

Informe sobre la epidemia mundial de

VIH/SIDA



Los estimados de VIH/SIDA de los países, publicados en el Informe sobre la Epidemia mundial de VIH/SIDA de 2002, están siendo revisados actualmente. Estos son actualizados cada dos años. Los estimados regionales son revisados anualmente y las nuevas cifras pueden ser consultadas en la publicación "Situación de la Epidemia de SIDA" de Diciembre de 2003. Los estimados más recientes de cada país serán comunicados en julio de 2004 y publicados en el Informe sobre la Epidemia mundial de VIH/SIDA de 2004.



2002



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID • OIT
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

ONUSIDA/02.26S (versión española, julio de 2002)
ISBN 92-9173-187-0

Versión original inglesa, UNAIDS/00.38 E, julio de 2002 :
Report on the global HIV/AIDS epidemic 2002
Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 2002. Reservados todos los derechos. El presente documento, que no es una publicación oficial del ONUSIDA, 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 opiniones expresadas en la presente publicación son de la exclusiva responsabilidad de sus autores.

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 aprueben 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.

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>

Diseño de portada: Poj Ongtaweekiat • Fotos: Getty Images (Thailand) Co., Ltd

Informe sobre la epidemia mundial de **VIH/SIDA**

Julio de 2002



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID • OIT
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL



Índice

	Agradecimientos	5
	Prefacio	6
	Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA, final de 2001	8
1	La lucha contra el SIDA: una nueva decisión mundial	9
2	Panorama mundial de la epidemia	21
3	El impacto creciente	43
	Foco de atención: SIDA y derechos humanos	63
	Foco de atención: SIDA y jóvenes	72
4	Prevención: aplicar las enseñanzas aprendidas	81
	Foco de atención: SIDA y mundo del trabajo	111
	Foco de atención: SIDA y poblaciones móviles	117
5	Donde convergen prevención y asistencia	123
	Foco de atención: SIDA y huérfanos	135
6	Atención, tratamiento y apoyo para las personas que viven con el VIH/SIDA	143
7	Atender las necesidades	163
8	Respuestas nacionales: cómo convertir el compromiso en acción	175
	Cuadro de las estimaciones y datos sobre el VIH/SIDA por países, final de 2001	191
	Anexo 1: Estimaciones y datos sobre el VIH/SIDA, final de 2001	205
	Anexo 2: Claves del cuadro 1	209
	Bibliografía	210

Figuras

Página	Fig.	
23	1	Prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas en Kampala (Uganda), 1991-2000
24	2	Tasas de prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas que acudieron a dispensarios prenatales, centros urbanos en el Camerún, 1989-2000
27	3	Uso del preservativo entre varones con parejas no habituales, países subsaharianos seleccionados, 1994-2000
29	4	Prevalencia del VIH entre profesionales del sexo en provincias seleccionadas, China, 1993-2000
33	5	Número acumulado de infecciones por el VIH notificadas por millón de habitantes, países de Europa oriental, 1993-2001
36	6	Prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas, Santo Domingo (República Dominicana), 1991-2000
40	7	Incidencia del VIH entre varones que tienen relaciones sexuales con varones en Vancouver, Madrid y San Francisco, 1995-2000
45	8	Cambios en la esperanza de vida en países africanos seleccionados con prevalencias del VIH elevadas y bajas, 1950-2005
45	9	Reducción de la esperanza de vida en comparación con un entorno sin SIDA, países seleccionados, 2000-2005
46	10	Número de defunciones estimadas y previstas en personas de 15 a 34 años de edad, con y sin SIDA; Sudáfrica, 1980-2025
52	11	Reducción en la población en edad escolar primaria prevista para 2010, países africanos seleccionados
54	12	Porcentaje de la fuerza laboral perdida por causa del SIDA para 2005 y 2020, países africanos seleccionados
55	13	Impacto del VIH/SIDA en las industrias: aspectos generales
68	14	Proporción de mujeres jóvenes que habían oído hablar del SIDA y habían mostrado por lo menos una actitud negativa hacia las personas que viven con SIDA
73	15	Porcentaje de varones y mujeres jóvenes (de 15 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años, 1998-2001
74	16	Porcentaje de muchachas sudafricanas con experiencia sexual que dijeron:
75	17	Porcentaje de varones que utilizaron un preservativo con una pareja no habitual reciente, por nivel de educación oficial, 1995-2000
84	18	Escenario hipotético de la epidemia en Tailandia, sin ninguna intervención hasta 2020, y curva epidémica observada
87	19	Prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas en Katmandú (Nepal), 1991-1999
88	20	Tasa de prevalencia del VIH entre profesionales del sexo y consumidores de drogas intravenosas en lugares seleccionados, Indonesia, 2000-2001
89	21	Aumento en el uso comunicado de preservativos con parejas no habituales, distritos seleccionados en Uganda, 1996-2000
90	22	Diferencias en la adquisición de preservativos en países de África subsahariana en 1999
94	23	Prevalencia del VIH entre varones que tienen relaciones sexuales con varones, países seleccionados, 1996-2000
102	24	Conocimientos y comportamiento entre los profesionales del sexo y sus clientes en Yakarta, Surabaya y Manado (Indonesia), 1996-2000
104	25	Prevalencia del VIH y uso sistemático del preservativo observado entre mujeres profesionales del sexo en Abidján (Côte d'Ivoire), 1992-1998
110	26	Necesidad estimada y administración probable de una vacuna de alta eficacia
110	27	Necesidad estimada y administración probable de una vacuna de eficacia moderada o baja
125	28	Asesoramiento y pruebas voluntarias como punto de entrada para la prevención y atención del VIH
127	29	Porcentaje de las mujeres de 15 a 49 años de edad que saben dónde pueden hacerse la prueba del VIH y de las que se han sometido a ella, 1998-2000
128	30	Funciones, capacitación y responsabilidades de los asesores encargados del asesoramiento y las pruebas voluntarias
136	31	Porcentaje de niños de 10 a 14 años de edad que siguen asistiendo a la escuela, estando con vida o no sus padres; países seleccionados, 1997-2001
146	32	Número de defunciones por SIDA y de personas que utilizan fármacos antirretrovíricos, por región
147	33	Costo de las compras de fármacos antirretrovíricos, reducción de gastos y costos finales para el Ministerio de Salud del Brasil, 1997-2001
148	34	Precios (US\$/año) de un tratamiento antirretrovírico de primera línea en Uganda, 1998-2001
154	35	Gastos anuales previstos para la atención y apoyo del VIH/SIDA para 2005, por región
157	36	El proceso continuo de la atención del VIH/SIDA
165	37	Fondos públicos, privados y de donantes para el VIH/SIDA, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2000
167	38	Recursos disponibles y necesidades de recursos previstas en países de ingresos bajos y medianos, 2003-2005
168	39	Gasto público en salud expresado como porcentaje del desembolso gubernamental general; países africanos, 1998
169	40	Recursos internacionales disponibles para el VIH/SIDA documentados, 2002
170	41	Recursos disponibles identificados para el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, por fuente, hasta abril de 2002
171	42	Nivel de eficacia de los documentos estratégicos para la reducción de la pobreza (DERP) en la lucha contra el SIDA
174	43	Asistencia oficial para el desarrollo (AOD) neta expresada como porcentaje del producto interno bruto (PIB), 2000
182	44	Evaluación mundial de la preparación de programas sobre el VIH/SIDA (114 países)

Agradecimientos

El presente informe ha sido preparado por Hein Marais y Andrew Wilson, juntamente con un equipo básico compuesto por Michael Bartos, Michel Caraël, Marika Fahlen, Peter Ghys, Craig McClure, Michel Sidibe, Neff Walker, Brian Williams y Anne Winter. El equipo de producción ha incluido a Efren Fadriqela, Nathalie Gouiran, Marie-Laure Granchamp, Lon Rahn, Elena Sannikova, Olga Sheean, Susan Squarey, Susan Timberlake, Sandra Woods y Elizabeth Zaniewski.

El informe no hubiese sido posible sin el apoyo y las valiosas aportaciones de nuestros colegas de las organizaciones copatrocinadoras del ONUSIDA, de la Secretaría del ONUSIDA, de los programas nacionales del SIDA y de las instituciones de investigación del mundo entero. Las siguientes personas son algunas de las que apoyaron el trabajo con importantes contribuciones y que por tanto merecen nuestra gratitud especial: Peter Aggleton, Calle Almedal, Rachel Baggeley, Andrew Ball, Hakan Bjorkman, Tim Brown, Jesus-María García Calleja, Mark Connolly, Mary Crewe, Karl Dehne, Susan Erskine, José Esparza, Nina Ferencic, Julian Fleet, Michael Fox, Jacob Gayle, Amaya Gillespie, John Harker, Mary Haour-Knipe, Jean-Louis Lamboray, Susan Leather, Gael Lescornec, Eric Lief, Miriam Maluwa, William McGreevey, Aurorita Mendoza, Henning Mikkelsen, Nicolette Moodie, Roeland Monasch, Francis Ndowa, Salvator Niyonzima, Jeanette Olsson, Víctor Ortega, Connie Osborne, Cyril Pervilhac, Jos Perriens, Elizabeth Pisani, Badara Samb, Godfrey Sikipa, Stephanie Urdang, Bruce Waring y Alan Whiteside.

Prefacio

El año 2001 marcó los 20 años del SIDA en el mundo. Esta fecha fue una ocasión para lamentar el hecho de que la epidemia se había revelado mucho más grave de lo previsto diciendo: “*Si tan sólo hubiésemos sabido entonces lo que sabemos ahora...*”. Pero lo cierto es que lo sabemos ahora. Sabemos que la epidemia se encuentra aún en sus primeras fases, que las respuestas eficaces son posibles pero sólo cuando reciben apoyo político y se aplican en gran escala, y que a menos que actuemos más enérgicamente hoy y mañana, la epidemia seguirá creciendo.

El presente informe expone las reflexiones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) –que está compuesto por ocho organizaciones del sistema de las Naciones Unidas– acerca de la situación de la epidemia de VIH/SIDA. También presenta ejemplos de respuestas a la epidemia en las que participan muchos asociados, incluidos los gobiernos, el sector empresarial y la sociedad civil.

El informe aporta pruebas claras de que, si se deja que siga su curso natural, el VIH causará una devastación de una magnitud sin precedentes. Uno a uno, se van haciendo añicos los peligrosos mitos nacidos del exceso de confianza.

En África austral, la prevalencia del VIH no se ha estabilizado aún a un cierto límite natural. Las tasas de VIH siguen aumentando, y en algunas localidades la infección afecta a más del 40% de las mujeres embarazadas. En África occidental, la aparente estabilidad de las tasas a niveles bajos también ha resultado ser una ilusión, ya que la epidemia ha vuelto a dispararse. El informe contradice la cómoda presunción de que algunas partes de Asia son de alguna manera inmunes al VIH. Indonesia, por ejemplo, donde hasta ahora prácticamente no se conocían casos de VIH a pesar de existir factores de riesgo previsible, se encuentra ahora con una epidemia creciente. En Europa oriental y Asia central, el supuesto de que la epidemia quedaría confinada a grupos marginados, como los consumidores de drogas intravenosas, se ha convertido en la peor de las ilusiones. Efectivamente, una tasa de crecimiento explosiva está teniendo la inevitable consecuencia de la propagación del virus entre la población general. Y en los países de ingresos elevados, donde en los últimos años los titulares de los periódicos han destacado la reducida mortalidad por SIDA, los aumentos en las prácticas sexuales peligrosas y en las infecciones por el VIH han pasado casi desapercibidos.

Si bien la falta de acción ha demostrado ser un error de consecuencias devastadoras, las pruebas de que la acción contra el SIDA consigue resultados positivos no habían sido nunca tan evidentes como ahora. El informe presenta muchos ejemplos de resultados satisfactorios: comunidades que se organizan autónomamente, programas sobre el VIH/SIDA en la escuela y en el lugar de trabajo, un importante liderazgo nacional y el despliegue de nuevos medios (desde los instrumentos de derechos humanos hasta los tratamientos antirretrovíricos). Dos grupos de población se perfilan como decisivos para alcanzar el éxito: los jóvenes, porque han encabezado la batalla para modificar los comportamientos y las normas, porque están desproporcionadamente afectados por la epidemia y porque el futuro depende del sostenimiento de su cambio de comportamiento; y las personas que viven con el VIH/SIDA –jóvenes y mayores, varones y mujeres–, no sólo porque sus vidas están en juego, sino también porque constituyen el mayor recurso sin explotar para luchar contra la epidemia.

Los éxitos de los que se hace eco el informe deben sopesarse con realismo con los desafíos que nos aguardan. Entre ellos destaca el desafío de la atención. Las pruebas que se aportan aquí no podrían ser más desoladoras: donde más se necesita la atención es donde menos accesible es. Se presentan con todo detalle los planes para desarrollar los medios de acción con miras a ampliar la asistencia a todos los que tienen necesidad de ella. Y, además de la prevención y atención, se insiste en la necesidad imperiosa de aumentar los recursos.

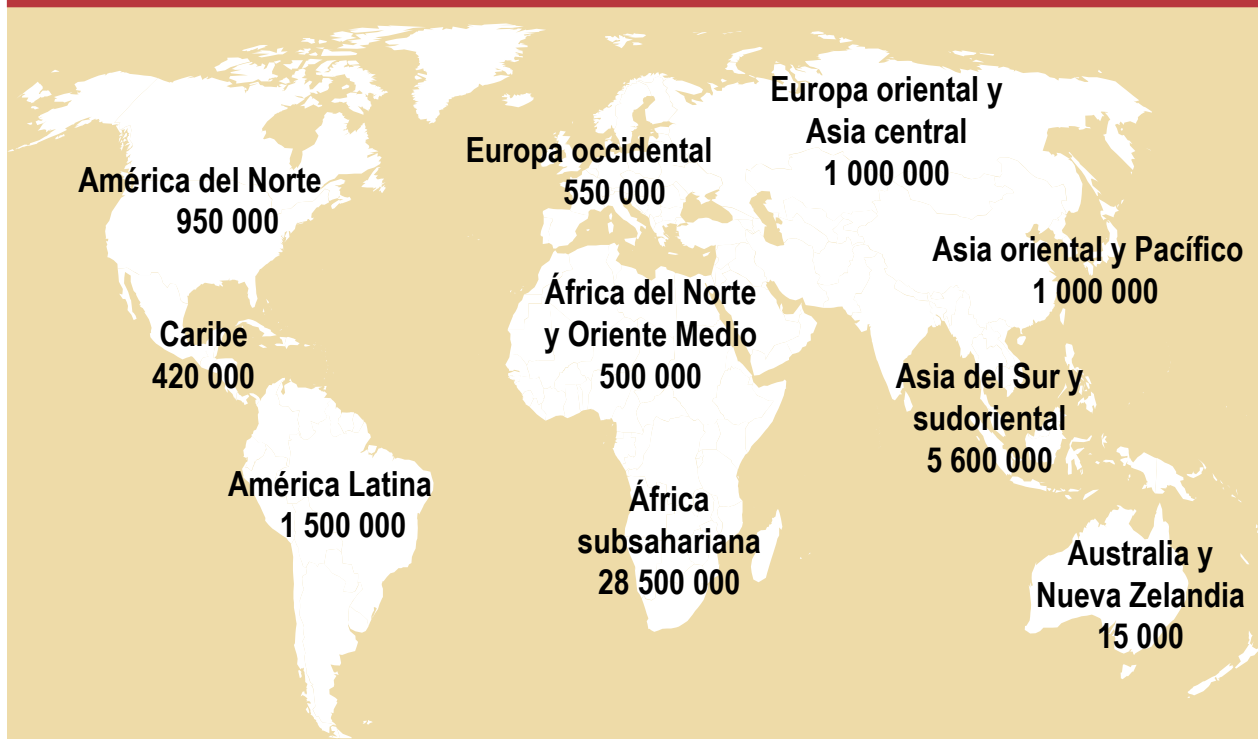
Las medidas poco eficaces y las respuestas fragmentadas no funcionan. Las Naciones Unidas han adoptado un programa para el cambio, y con ellas todas las naciones del mundo cuando ratificaron la Declaración de compromiso en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA celebrada en junio de 2001.

Ha llegado el momento de juntar todas las piezas. Se han trazado planes. Las necesidades están claras. Disponemos de soluciones. El liderazgo está cobrando ímpetu. ¡Actuemos!



Peter Piot
Director Ejecutivo
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA, final de 2001



Número estimado de adultos y niños que viven con el VIH/SIDA:

Nuevas infecciones por el VIH en 2001	Total	5 millones
	Adultos	4,2 millones
	Mujeres	2 millones
	Menores de 15 años	800 000
Personas que viven con el VIH/SIDA	Total	40 millones
	Adultos	37,1 millones
	Mujeres	18,5 millones
	Menores de 15 años	3 millones
Defunciones causadas por el SIDA en 2001	Total	3 millones
	Adultos	2,4 millones
	Mujeres	1,1 millones
	Menores de 15 años	580 000
Número total de niños huérfanos* por el SIDA, y con vida, final de 2001		14 millones

*Definidos como los niños de 0-14 años que, para final de 2001, habían perdido a uno de los padres o ambos por causa del SIDA.



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

1 La lucha contra el SIDA: una nueva decisión mundial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El compromiso de la sociedad civil y del gobierno

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

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

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

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

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

1

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

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

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

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

Ahora están claras las prioridades mundiales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Los objetivos de las reuniones

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

Cuadro 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cambios de paradigmas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Desarrollar una nueva capacidad para el éxito

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

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

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

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

1

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

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

Pagar la factura

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Los desafíos mundiales

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

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

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

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

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


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

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

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

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

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

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



Panorama mundial de la epidemia

Panorama mundial de la epidemia

La magnitud de la crisis del SIDA supera actualmente incluso las peores previsiones de hace tan sólo una década. Docenas de países ya están atrapados en epidemias devastadoras de VIH/SIDA, y muchos otros se encuentran al borde del abismo.

Se estima que, en todo el mundo, cinco millones de personas contrajeron la infección en 2001, entre ellas 800 000 niños. Durante el próximo decenio, si no reciben un tratamiento y asistencia eficaces, pasarán a engrosar las filas de los más de 20 millones de personas que ya han fallecido a causa de la enfermedad desde que en 1981 se comunicaron las primeras pruebas clínicas del VIH/SIDA. Es igualmente obvio que la inmensa mayoría de las personas –incluidas las que viven en países con una alta prevalencia nacional del VIH– todavía no ha contraído el virus. Capacitarlas para que se protejan contra la infección, y proporcionar un tratamiento y asistencia adecuados y asequibles a las personas que ya viven con el VIH, constituyen dos de los mayores desafíos a los que se enfrenta la humanidad actualmente.

África subsahariana

El VIH/SIDA representa una grave crisis de desarrollo en África subsahariana, que sigue siendo, con mucho, la región más afectada del planeta. Aparte del Senegal y Uganda, hay nuevos signos que alientan la esperanza de llegar a controlar la epidemia en esa región. Pero es necesario destinar

más recursos si se pretende que estos éxitos se mantengan y extiendan a otras zonas de la región.

En 2001 se produjeron aproximadamente 3,5 millones de nuevas infecciones, lo que eleva a 28,5 millones el número total de personas que viven con el VIH/SIDA en África subsahariana. Se ha

Declaración de compromiso

Para 2003 [...] establecer en todos los países estrategias, normas y programas que individualicen y comiencen a enfrentar los factores que hacen particularmente vulnerable a la infección por el VIH, entre ellos el subdesarrollo, la falta de seguridad económica, la pobreza, la falta de potenciación de la mujer, la falta de educación, la exclusión social, el analfabetismo, la discriminación, la falta de información y/o de productos para protegerse, y todo tipo de explotación sexual de mujeres, niñas y niños, incluso con fines comerciales [...] (párrafo 62).

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001, Nueva York.

calculado que, a finales de 2001, menos de 30 000 personas se estaban beneficiando de la terapia anti-retrovírica. Se estima que en la región viven 11 millones de niños huérfanos como consecuencia del SIDA. Aun en el caso de que se implantaran de inmediato programas de prevención, tratamiento y asistencia excepcionalmente eficaces, la magnitud de la crisis da a entender que las pérdidas humanas y socioeconómicas seguirán siendo significativas durante muchas generaciones.

Un largo trecho por recorrer

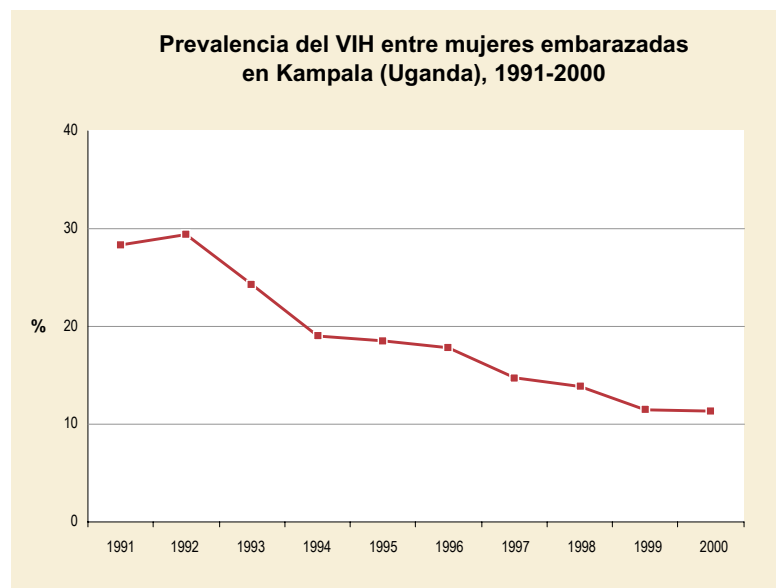
En África meridional (donde más se ha ensañado la epidemia) existe la esperanza de que el VIH/SIDA haya llegado a su «límite natural», más allá del cual no puede seguir creciendo. Así, se ha supuesto que las tasas muy elevadas de prevalencia del VIH en algunos países han alcanzado una fase estacionaria. Por desgracia, éste no parece ser el caso, al menos por el momento. En Botswana, la prevalencia mediana del VIH en las mujeres embarazadas de zonas urbanas ya era del 38,5% en 1997. En 2001 se había elevado al 44,9%. En otras zonas pueden constatarse patrones similares. En Zimbabwe, la prevalencia del VIH en las mujeres embarazadas aumentó del 29% en 1997 al 35% en 2000, mientras que en Namibia el incremento fue del 26% en 1998 al 29,6% en 2000, y en Swazilandia, del 30,3% al 32,3% durante el mismo periodo. Si existe realmente, el límite natural de prevalencia del VIH en esos países es mucho más alto de lo que se había creído hasta ahora.

Por asombrosos que sean estos niveles de prevalencia, no reflejan el riesgo real de contraer el VIH. Y las tasas de prevalencia son mayores en determinados grupos de edad. En Botswana, en 2001, vivía con el VIH/SIDA el 55,6% de las mujeres de 25-29 años edad que acudían a centros prenatales de zonas urbanas. En

Swazilandia, la tasa correspondiente de prevalencia en 2000 era del 33,9%, y en Zimbabwe, del 40,1%.

Según el Ministerio de Salud de Sudáfrica, la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales llegó al 24,8% en 2001, sin diferencias significativas respecto del 24,5% de 2000. Aproximadamente uno de cada nueve sudafricanos (o sea, unos cinco millones de personas) vive con el VIH/SIDA. Sin embargo, hay indicios de que ciertas tendencias positivas podrían estar cobrando cada vez más fuerza entre los adolescentes, cuyas tasas de prevalencia del VIH han disminuido ligeramente desde 1998. Al parecer, las campañas de información en gran escala y los programas de distribución de preservativos están teniendo sus frutos. En estudios recientes, un 55% de las adolescentes sexualmente activas indicó que siempre utilizaba preservativos durante sus relaciones sexuales. Pero estos avances se acompañan de incrementos inquietantes en la prevalencia en sudafricanos de 20-34 años, lo que subraya la necesidad de mayores esfuerzos de prevención dirigidos a grupos de edad más avanzada y adaptados a sus realidades y preocupaciones.

Figura 1



Fuente: Programa de Control de ETS/SIDA, Uganda (2001). Informe de vigilancia del VIH/SIDA

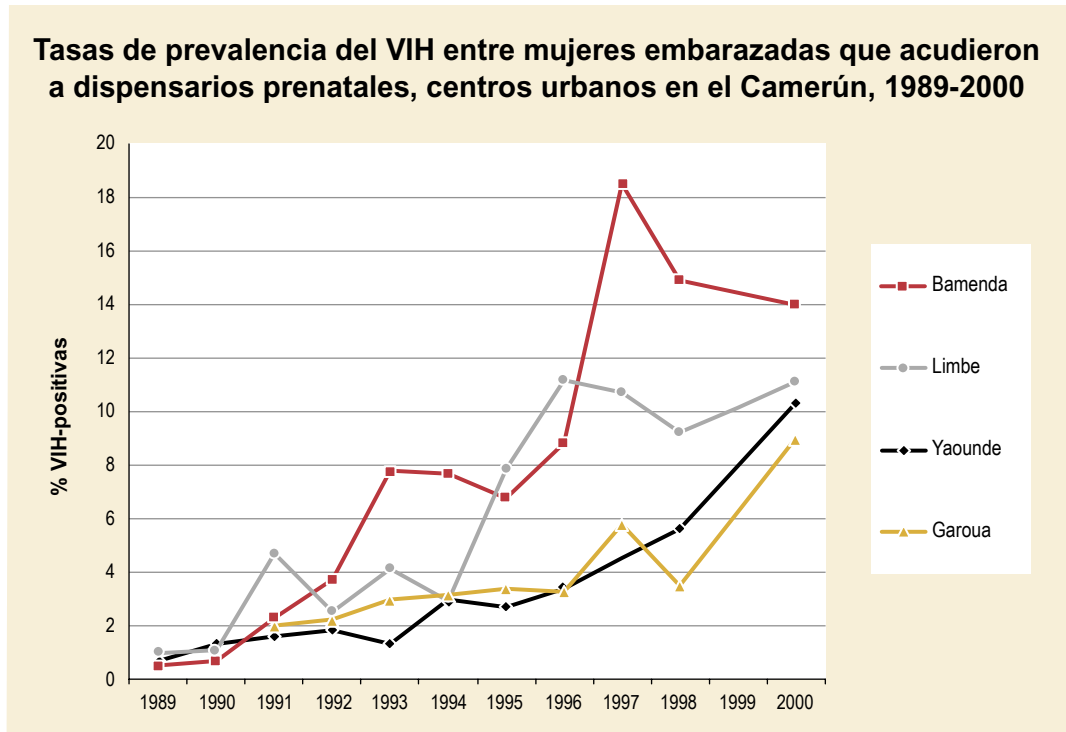
Al este del continente, la curva descendente en las tasas de prevalencia sigue manteniéndose en Uganda, el primer país africano que ha logrado contener una epidemia de VIH/SIDA de grandes proporciones. Gracias al mantenimiento de sus programas contra el SIDA, el país ha visto cómo la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas de Kampala, por ejemplo, disminuía por octavo año consecutivo, desde el 29,5% en 1992 hasta el 11,25% en 2000 (véase figura 1). Pero siguen persistiendo retos colosales. Continúan produciéndose nuevas infecciones a un ritmo muy elevado, y la prevalencia nacional entre la población adulta se situaba en el 5% a finales de 2001. Aunque los esfuerzos para ampliar el tratamiento y la asistencia han hecho aumentar el número de ugandeses que reciben fármacos antirretrovíricos, la inmensa mayoría de los que viven con el VIH carece de tal acceso. Y la crisis de huérfanos en Uganda seguirá

poniendo a prueba los recursos de la sociedad durante muchas décadas.

Nadie es inmune

En África occidental y central hay pruebas recientes de una propagación rápida del VIH. El Senegal parece estar cosechando todavía los frutos de su respuesta temprana y concertada al SIDA, mientras que en Malí un estudio de base comunitaria situó la prevalencia del VIH en el 1,7% de la población. Aunque en países como Burkina Faso, el Camerún, Côte d'Ivoire, Nigeria y Togo las tasas nacionales de prevalencia del VIH en adultos ya superaron la cota del 5% hace mucho tiempo, dichas tasas han permanecido relativamente estables durante los últimos 5-8 años. El peligro ha sido siempre que esto se confunda con una tendencia duradera. Algunos datos recientes del Camerún confirman la

Figura 2



Fuente: Programa Nacional del SIDA, Camerún (1989-2000). Datos recopilados por la Oficina del Censo de los Estados Unidos

absurdidad de tales presupuestos. La prevalencia del VIH en zonas urbanas del Camerún ya era casi del 2% en 1988. Durante los ocho años siguientes, la prevalencia urbana fue incrementándose hasta alcanzar el 4,7% en 1996. Sin embargo, el estudio de vigilancia del VIH efectuado en 2000 constató tasas nacionales de prevalencia del 11% entre las mujeres embarazadas (véase figura 2). El hecho de que las cifras más altas se observaran en personas jóvenes –11,5% en mujeres embarazadas de 15-19 años y 12,2% en las de 20-24 años– indica que esta tendencia podría marcar el comienzo de un aumento abrupto y continuado en las tasas de prevalencia. También preocupa que dichas tasas fueran casi idénticas en las zonas rurales y urbanas.

Estos datos son un aviso inequívoco para otros países de la región, y suscitan preocupaciones importantes por el curso de la epidemia en países como Nigeria, el más poblado de toda África subsahariana. Hasta hace poco, las tasas nacionales de prevalencia en Nigeria se habían mantenido relativamente bajas (al igual que en el vecino Camerún), aunque habían ido creciendo poco a poco desde el 1,9% en 1993 hasta el 5,8% en 2001. Pero algunos estados de Nigeria ya están registrando tasas de prevalencia del VIH tan altas como las existentes actualmente en el Camerún. Se estima que, hoy por hoy, más de tres millones de nigerianos están viviendo con el VIH/SIDA.

¿Cómo se propaga el VIH/SIDA en África?

No existe un factor único, biológico o de comportamiento, que determine la propagación de la infección por el VIH. El grueso de la transmisión del VIH en África subsahariana tiene lugar a través del coito heterosexual, mientras que las prácticas de inyección y transfusión sanguínea peligrosas representan una pequeña fracción del total de casos. Aunque el comportamiento sexual es el factor más importante que influye en la propagación del VIH en África, dicho comportamiento varía sustancialmente entre culturas, grupos de edad, clases socioeconómicas y géneros. El propio comportamiento sexual está influido por un sinfín de factores, desde los más cotidianos y pragmáticos (como las circunstancias económicas y sociales) hasta los más complejos y abstractos (como la cultura). Por ejemplo, se ha comprobado sistemáticamente que un mayor número de parejas sexuales se asocia a una mayor probabilidad de infección por el VIH, pero las posibilidades de que las personas mantengan relaciones con profesionales del sexo –y, por tanto, tengan más parejas– aumentan considerablemente cuando viven juntos un gran número de varones migrantes solteros. Esos colectivos de varones (como los que existen en las comunidades mineras de África meridional, por ejemplo) se han formado como resultado de una interacción compleja de factores económicos e históricos. Y se trata tan sólo de un ejemplo. Otros factores a tener en cuenta son la migración forzosa a causa de las guerras, los viajes prolongados por razones comerciales a través de rutas de tránsito y la falta de un sustento seguro.

La interacción de múltiples factores oscurece los nexos causales e impide extraer conclusiones categóricas. En un estudio llevado a cabo en cuatro ciudades de África (Cotonou, Kisumu, Ndola y Yaoundé), se puso de manifiesto que los factores biológicos y de comportamiento más comunes en esas ciudades con una alta prevalencia del VIH fueron: edad temprana de la mujer en el momento del primer coito; edad temprana en el momento del primer matrimonio; diferencia de edad entre los cónyuges; presencia de infección por el VHS-2 y tricomoniasis (una infección de transmisión sexual), e incircuncisión de los varones. Hay pruebas sustanciales de que las infecciones de transmisión sexual aumentan el riesgo de transmitir sexualmente el VIH, mientras que otros análisis sugieren que la circuncisión masculina puede asociarse a un menor riesgo de transmisión.

Se ha comprobado reiteradamente que las mujeres jóvenes tienen tasas más elevadas de infección por el VIH que los varones del mismo grupo de edad. La idea de que esto es consecuencia de que las mujeres tienen relaciones sexuales con varones de mayor edad sugiere un posible inductor intergeneracional para explicar la infección de varones a mujeres. Las mujeres jóvenes, en comparación con los varones jóvenes, también presentan una mayor susceptibilidad biológica a las infecciones de transmisión sexual. Por ejemplo, en Kisumu (Kenya), en 1998, la prevalencia de la infección por el VIH en las mujeres de 15-19 años era del 23%, mientras que en los varones de la misma edad se situaba tan sólo en el 3,5%. En muchos casos, los sistemas socioculturales también limitan el control de las mujeres sobre su vida sexual.

Además, una gran parte de la población de África subsahariana es joven y, por tanto, tiene mayores probabilidades de ser sexualmente activa. Esto contribuye a explicar la mayor incidencia del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

En ausencia de estos factores facilitadores, la infección por el VIH puede permanecer «oculta» durante muchos años. Sin embargo, si existen factores sociales, socioeconómicos y biológicos que favorecen la propagación, la epidemia puede crecer con gran rapidez. Aunque la interacción compleja de factores dificulta la estimación del crecimiento probable de la epidemia, los datos de la última década indican que el VIH puede propagarse de forma rápida y extensa a partir de niveles muy bajos de seroprevalencia en la población general. Todos los países con factores de riesgo deben utilizar la amplia gama de políticas y programas existentes (que se detallan a lo largo del presente informe) con el fin de evitar una epidemia de alta prevalencia.

Las respuestas correctas pueden deparar éxitos

Uganda, mejor que ningún otro país, realza el hecho de que es posible llegar a controlar una epidemia de VIH/SIDA desenfrenada. Existen pruebas crecientes de que los esfuerzos de prevención están resultando fructíferos, incluso en algunos de los países de África subsahariana más afectados por la epidemia. Sin embargo, gran parte de los progresos sigue produciéndose en contextos localizados.

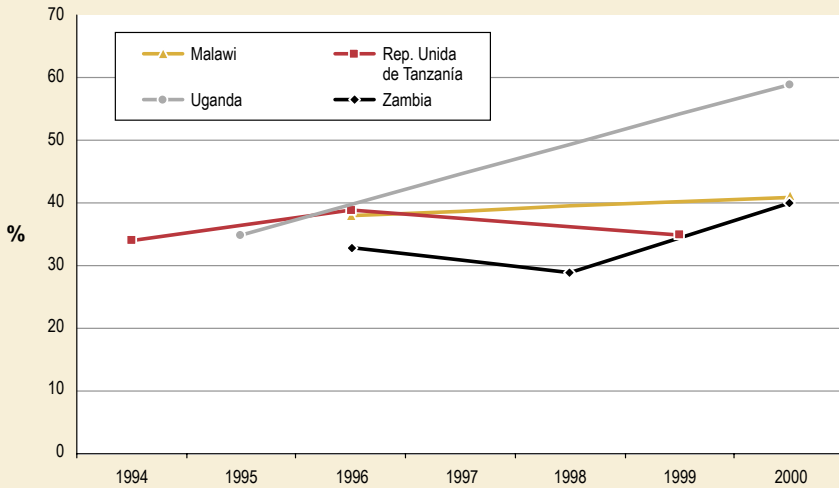
Un estudio reciente en Zambia ha comprobado que los varones y mujeres urbanos comunican una menor actividad sexual, menos parejas múltiples y un uso más regular de preservativos. Esto concuerda con los hallazgos recién publicados de que la prevalencia del VIH ha disminuido significativamente entre las mujeres urbanas de 15-19 años (del 28,3% en 1996 al 24,1% en 1999), así como entre las mujeres rurales de 15-24 años (del 16,1% al 12,2% durante el mismo periodo). Aunque esas cifras todavía son inaceptablemente altas, este descenso ha suscitado la esperanza de que Zambia, si continúa reforzando su respuesta, pueda con-

vertirse en el segundo país africano (después de Uganda) que revierte una epidemia con proporciones de crisis. Sin embargo, persisten múltiples obstáculos que separan al país de tal hito. El uso de preservativos entre varones rurales sigue siendo muy bajo (15% en 2001, frente al 68% de los varones urbanos, durante la última relación sexual con una pareja esporádica o remunerada). Agobiado por una gran deuda externa, un mal rendimiento de la economía y retos socioeconómicos masivos, Zambia no es diferente de muchos otros países de África subsahariana en los que los recursos financieros nacionales no están a la altura de la tarea encomendada. De todos modos, la movilización masiva y las campañas de sensibilización por parte de organizaciones comunitarias y religiosas han dado lugar a un cierto cambio de comportamiento, que se ha traducido en una reducción de las nuevas infecciones. Los programas descentralizados de atención domiciliaria también han contribuido a mejorar la asistencia y el tratamiento de las personas que viven con SIDA.

Del otro extremo del continente llegan nuevos datos que refrendan la eficacia de las tareas de

Figura 3

Uso del preservativo entre varones con parejas no habituales, países subsaharianos seleccionados, 1994-2000



Fuente: Macro International (1994-2000), Encuestas demográficas de salud; Measure Evaluation

prevención. Una revisión reciente de los esfuerzos dirigidos a profesionales del sexo femeninas que acuden a un dispensario de Abidján (Côte d'Ivoire) indica que la prevalencia de la infección por el VIH entre dichas mujeres disminuyó del 89% al 32% durante el periodo 1991-1998. Este dato positivo se explica en parte por el hecho de que el porcentaje de profesionales del sexo que comunicaron el uso de preservativos durante su último día de trabajo aumentó del 20% en 1992 al 78% en 1998. Los esfuerzos sostenidos de prevención, basados en iniciativas locales, han desempeñado un papel crucial en este cambio.

Nuevas preocupaciones en las zonas en conflicto

En Angola se ha detectado un incremento preocupante en la prevalencia del VIH. Aunque la guerra civil del país ha entorpecido la recopilación de datos, se ha documentado un aumento significativo de la prevalencia entre las mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales de la capital, Luanda. En 2001, el 8,6% de las mujeres

eran VIH-positivas, un incremento sustancial con respecto al 1,2% de 1995. Teniendo en cuenta que la capital sirve como refugio para decenas de miles de personas desplazadas a causa de la guerra, esta tendencia al alza supone un aviso preocupante. (En las provincias de Huila y Benguela, en cambio, las cifras correspondientes fueron del 4,4% y 2,6%, respectivamente.) Hay motivos para temer una tendencia similar en la región de los Grandes Lagos. Mientras que la guerra y otros obstáculos dificultan la recopilación de datos de vigilancia precisos, el desplazamiento masivo de personas y la ruptura de los sistemas sociales y de gobierno

están agravando la vulnerabilidad de un número ingente de individuos. En países como Burundi, la República Democrática del Congo o Rwanda no puede descartarse una tendencia al alza como la que están experimentando actualmente ciertas regiones de Angola. En otros lugares se han introducido iniciativas, como la de Mano River Union (que engloba a Côte d'Ivoire, Guinea, Liberia y Sierra Leona), que pretenden abordar el problema del movimiento de refugiados en las zonas en conflicto potenciando el desarrollo económico y respaldando los esfuerzos de pacificación.

Contra todas las adversidades

En muchas zonas de África subsahariana, como en el resto del mundo, las desigualdades de género y la privación económica contribuyen a impulsar la epidemia. Al mismo tiempo, los esfuerzos para contener la propagación del VIH/SIDA se ven socavados por la escasez de recursos, el deterioro de las condiciones de comercio y los bajos índices de crecimiento económico, a pesar de que las economías de muchos países se han reestructurado durante las dos últimas décadas.

Aun así, hay signos alentadores de que un número creciente de gobiernos no está dispuesto a permitir que estos obstáculos retrasen su respuesta. En el campo de la asistencia y el tratamiento se están realizando progresos lentos pero continuados. En la región de África meridional, Botswana, un país relativamente próspero, ha sido el primero en adoptar una política que, en última instancia, pretende suministrar antirretrovíricos a todos los ciudadanos que los necesiten a través de su sistema de salud pública.

El compromiso político para frenar la avalancha del SIDA parece más firme que nunca. Diversos encuentros internacionales, como la reunión del Foro para el Desarrollo Africano (en 2000) y la Cumbre de la Organización para la Unidad Africana sobre el VIH/SIDA, la Tuberculosis y otras Enfermedades Infecciosas Relacionadas (en abril de 2001), han comenzado a cimentar las bases para una solución. En esa última reunión, los jefes de Estado acordaron destinar a la mejora de los sectores sanitarios al menos el 15% de los presupuestos anuales de sus países (véase la sección «Atender las necesidades»). Se han emprendido diversas iniciativas regionales para invertir el curso de la epidemia. Algunas de ellas, como las que agrupan a los países de la región de los Grandes Lagos, la cuenca del lago Chad y África occidental, están concentrando sus esfuerzos en reducir la vulnerabilidad de los refugiados y demás poblaciones móviles.

Otras iniciativas son de ámbito continental, como la Asociación Internacional contra el SIDA en

África. Conjuntando las fuerzas de sus miembros (gobiernos, las Naciones Unidas, donantes y los sectores privado y comunitario), la Asociación, en sus dos primeros años de existencia, ha ayudado a galvanizar las respuestas nacionales contra el VIH/SIDA. Diecinueve países han formado consejos o comisiones nacionales sobre el VIH/SIDA compuestos por altos funcionarios gubernamentales, y las respuestas locales están creciendo en número y vigor. Treinta y cuatro países de toda la región ya han elaborado planes estratégicos nacionales contra el SIDA, y otros siete planes estaban a punto de completarse en marzo de 2002. Estos planes sirven como base para las estrategias más detalladas de diversos ministerios, provincias, distritos, sociedad civil y sector empresarial.

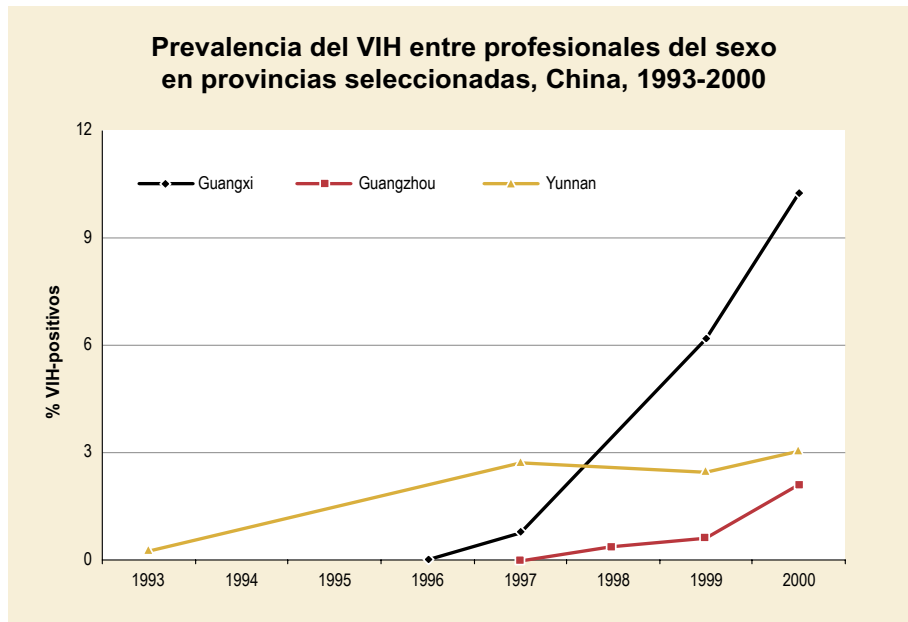
A pesar de los progresos, demasiados países siguen comprobando que, cuanto más se retrasa la acción eficaz, más difícil resulta modificar el curso de la epidemia. Es imperativa una planificación a largo plazo con el fin de frenar la epidemia y reducir su impacto. Igualmente importante es redoblar los esfuerzos para proteger de la infección a los millones de personas que todavía son seronegativas (especialmente los jóvenes). Esto significa capacitar al más del 90% de los africanos que no son VIH-positivos para que se protejan de la infección. El otro reto en gran escala consiste en asegurar que el 9% estimado de adultos africanos (de 15-49 años) que son VIH-positivos reciban el tratamiento y la asistencia que necesitan.

Asia y el Pacífico

A pesar de que en unos pocos países existen programas satisfactorios y bien documentados de prevención del VIH, la epidemia de VIH/SIDA continúa propagándose por Asia y el Pacífico. Durante los dos últimos años, la situación ha cambiado rápidamente en algunas partes de la región.

La región de Asia y el Pacífico sirve para recordar que ningún país es inmune a la grave epidemia de VIH. Las tasas nacionales de prevalencia bajas esconden epidemias importantes y localizadas en diversas zonas, incluidas China y la India, donde existe un gran número de personas infectadas y afectadas (una prueba más de que las cifras naciona-

Figura 4



Fuente: Programa Nacional del SIDA, China (1993-2000). Datos recopilados por la Oficina del Censo de los Estados Unidos

les de prevalencia del VIH no explican toda la historia sobre la epidemia). De hecho, la región, en su conjunto, alberga a más personas con el VIH/SIDA que cualquier otra zona del planeta, aparte de África subsahariana. Se estima que, a finales de 2001, había 6,6 millones de personas que vivían con el VIH/SIDA, incluido el millón de adultos y niños que habían contraído la infección de novo durante ese año. Menos de 30 000 personas de la región están recibiendo tratamiento antirretrovírico.

Las apariencias pueden engañar

En China, que alberga una quinta parte de la población mundial, el VIH se está desplazando hacia nuevos grupos de personas, lo que suscita el espectro de una epidemia mucho más generalizada. Escasean los datos de vigilancia en la ingente población china, pero se estima que en 2001 había 850 000 personas que vivían con el VIH/SIDA, y que el número de infecciones comunicadas había aumentado más del 67% durante los seis primeros meses del pasado año.

En diferentes partes de este enorme país han empezado a observarse diversas epidemias de VIH que afectan a determinados grupos de población.

Esas epidemias de VIH, graves y localizadas, están incidiendo en los consumidores de drogas intravenosas de como mínimo siete provincias, con tasas de prevalencia superiores al 70% entre esos colectivos en zonas como la prefectura de Yili, en Xinjiang, y el condado de Ruili, en Yunnan. Es posible que otras nueve provincias estén a punto de experimentar epidemias similares de VIH debido a las altísimas tasas de uso compartido de agujas. También hay signos de epidemias de VIH de transmisión sexual en al menos tres provincias (véase figura 4), donde, en 2000, las tasas de prevalencia del VIH llegaban casi al 11% en poblaciones centinela de profesionales del sexo.

Se ha prestado gran atención a las graves epidemias que afectan a la provincia de Henan, en China central, donde decenas de miles de aldeanos (y posiblemente más) han contraído el VIH desde comienzos de los años noventa como resultado de vender su sangre a centros de transfusión que no cumplían los procedimientos básicos de seguridad en donación sanguínea. Preocupa que tragedias similares puedan estar esparciéndose por otras provincias, incluidas las de Anhui y Shanxi. En conjunto, se estima que unas 150 000 personas (y posiblemente muchas más) han contraído la infección a causa de esas prácticas.

Otros factores subrayan la necesidad de una acción inmediata si se pretende prevenir una epidemia mucho más grave. El número de infecciones de transmisión sexual notificadas se elevó significativamente de 430 000 casos en 1997 a 860 000 casos en 2000. Esto sugiere que en China están aumentando las prácticas sexuales sin protección con parejas no monógamas. Además, la movilidad masiva de la población (se calcula que unos 100 millones de chinos viven temporal o permanentemente fuera de sus domicilios registrados) y las crecientes desigualdades socioeconómicas incrementan las probabilidades de una propagación más generalizada del VIH.

Ampliando los esfuerzos de prevención y asistencia a todo el país, China puede evitar millones de infecciones por el VIH y salvar millones de vidas durante la próxima década. El plan quinquenal de acción contra el SIDA, promulgado a mediados de 2001, refleja el compromiso evidente de afrontar tal desafío.

La India también está experimentando epidemias importantes y localizadas. A finales de 2001, la tasa nacional de prevalencia del VIH en adultos era inferior al 1%; aun así, esto significa que, según las estimaciones, unos 3,97 millones de indios estaban viviendo con el VIH/SIDA, más que en cualquier otro país del mundo aparte de Sudáfrica. La epidemia se está propagando a la población general, más allá de los grupos con comportamientos de alto riesgo. De hecho, la prevalencia mediana del VIH entre mujeres que acudían a dispensarios prenatales era mayor del 2% en Andhra Pradesh y superaba el 1% en otros cuatro estados (Karnataka, Maharashtra, Manipur y Tamil Nadu). La epidemia en la India también muestra una notable diversidad, tanto entre los estados como dentro de ellos.

En la sombra

En toda la región existen factores que facilitan la propagación rápida de las epidemias de VIH/SIDA. Esto se refleja en el hecho de que muchos

países estén registrando tasas elevadas de infección por el VIH en determinados grupos de población, principalmente usuarios de drogas intravenosas, profesionales del sexo y varones que tienen relaciones sexuales con varones. En Ciudad Ho Chi Minh (Viet Nam), por ejemplo, el porcentaje de profesionales del sexo con el VIH ha aumentado espectacularmente desde 1998 hasta superar el 20% en 2000. En toda la región, el consumo de drogas intravenosas brinda a la epidemia enormes posibilidades de crecimiento. Más del 50% de los usuarios de drogas intravenosas ya han contraído el virus en Myanmar, Nepal, Tailandia y Manipur (India). Algunos estudios recientes revelan tasas muy elevadas de uso compartido de agujas entre los usuarios de otros países, incluidos Bangladesh y Viet Nam. Es fundamental introducir programas más eficaces de prevención del VIH para consumidores de drogas intravenosas.

Las relaciones sexuales entre varones son una realidad constatada en todos los países de la región y afectan significativamente la epidemia, a pesar de la rotunda negación oficial. Los países que han determinado la prevalencia del VIH en varones que tienen relaciones sexuales con varones han encontrado tasas ciertamente elevadas; por ejemplo, del 14% en Camboya en 2000 (aproximadamente el mismo nivel que en profesionales del sexo masculinos de Tailandia) y hasta el 10% en diversos estados de Malasia (véase la sección «Prevención»).

Indonesia —el cuarto país más poblado de la Tierra— ilustra la enorme rapidez con la que puede emerger una epidemia de VIH/SIDA. Después de más de una década de tasas insignificantes de prevalencia del VIH, el país está experimentando un incremento acelerado de dichas tasas entre usuarios de drogas intravenosas y profesionales del sexo (en algunos lugares), así como un aumento exponencial de la infección entre donantes de sangre (un indicador de la propagación del VIH a la población general). Aunque en este país el

consumo de drogas intravenosas es un fenómeno relativamente reciente, la prevalencia del VIH determinada en un centro de desintoxicación de la capital, Yakarta, aumentó del 15,4% en 2000 a más del 40% a mediados de 2001. La situación en Indonesia subraya el hecho de que, allí donde existen comportamientos de riesgo, la epidemia puede acabar propagándose, aunque pasen algunos años antes de que la propagación resulte evidente.

Entre los países y territorios de las islas del Pacífico, Papua Nueva Guinea es el que ha comunicado las tasas más altas de infección por el VIH. Aunque la prevalencia del VIH sigue siendo baja en la población general, algunos estudios recientes en la capital, Port Moresby, han constatado niveles elevados de prevalencia entre profesionales del sexo femeninas (17%) y personas que acuden a dispensarios de infecciones de transmisión sexual

(7% en 1999). Teniendo en cuenta los bajísimos niveles de uso de preservativos y las tasas muy elevadas de infecciones de transmisión sexual, el país podría experimentar una propagación del VIH más allá de estos grupos concretos.

Filipinas, por su parte, ha tomado medidas enérgicas contra el VIH/SIDA. Hasta la fecha, esto ha contribuido a mantener niveles bajos de prevalencia del VIH, pero existe el peligro de que la epidemia empiece a crecer, en especial si no se amplían rápidamente los esfuerzos en curso. Las elevadas tasas de otras infecciones de transmisión sexual entre profesionales del sexo, sus clientes y varones que tienen relaciones sexuales con varones ponen de manifiesto el escaso uso de preservativos en Filipinas. Menos de la mitad de los profesionales del sexo filipinos indican que utilizan preservativos con todos sus clientes.

Luchar contra el reloj

Los niveles de prevalencia del VIH en Bangladesh todavía son bajos, incluso en grupos de población que corren un alto riesgo de infección. Pero los factores de riesgo están tan generalizados que, una vez que se introduzca el virus, es probable que se propague con gran rapidez. Por ejemplo, sólo el 0,2% de los profesionales del sexo que trabajaban en prostíbulos en la región central de Bangladesh indicó que utilizaba preservativos de forma regular durante las relaciones sexuales remuneradas, y el uso de preservativos también es muy bajo entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones. En la región central de Bangladesh, nunca utilizan preservativos –o los utilizan de forma excepcional– el 93% de los varones que venden sus relaciones sexuales con otros varones y el 95% de los varones que pagan por tener relaciones sexuales. Al mismo tiempo, el uso compartido de agujas es una práctica común entre los consumidores de drogas intravenosas; así, un estudio efectuado en 2001 reveló que compartían sus equipos de inyección más del 60% de los usuarios de drogas intravenosas del norte de Bangladesh y el 93% de los de la región central del país.

Consciente de estos peligros, Bangladesh ha puesto en marcha una respuesta inmediata secundada por un firme compromiso político. El presidente del país también es el director del Programa Nacional del SIDA y las ITS, y se ha formado un comité ministerial especial que ayuda a coordinar la lucha contra el SIDA dentro del Gobierno. Las organizaciones no gubernamentales están llevando a cabo proyectos innovadores con grupos de personas de alto riesgo, incluidos trabajadores migratorios y jóvenes. Una red nacional de organizaciones relacionadas con el SIDA forma parte del Comité Nacional sobre el SIDA y desempeña un papel activo en la formulación de políticas. Asimismo, como uno de los principales proveedores de fuerzas de mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas, Bangladesh ha desarrollado un programa satisfactorio para prevenir la infección por el VIH entre su personal de mantenimiento de la paz.

Los esfuerzos reportan beneficios

Tailandia y Camboya han demostrado la posibilidad de modificar el curso «natural» de la epidemia. Los programas de prevención tempranos y en gran escala, que incluyen esfuerzos dirigidos tanto a los individuos con comportamientos de alto riesgo como a la población general, permiten mantener tasas de infección bajas en grupos específicos y reducir el riesgo de una amplia propagación del VIH en la población general.

En los dos últimos años, Camboya ha puesto de relieve que es posible llegar a controlar la epidemia con un compromiso político coherente a todos los niveles. La prevalencia del VIH en las mujeres embarazadas de zonas urbanas importantes disminuyó del 3,2% en 1996 al 2,7% a finales de 2000, gracias a una respuesta polifacética que incluye un programa de uso sistemático del preservativo y medidas para contrarrestar el estigma y reducir la vulnerabilidad de las personas. En 2001, el país dio un nuevo paso adelante al promulgar un nuevo plan estratégico nacional contra el SIDA, inclusivo y basado en los análisis realizados por las autoridades camboyanas. El VIH/SIDA es actualmente un componente central de los planes

estratégicos de diversos ministerios, incluido el de Defensa Nacional. Esto permite que Camboya amplíe proyectos satisfactorios a escala nacional y aborde cuestiones que, como la seguridad hematólogica, siguen constituyendo una preocupación importante.

Tailandia, sin embargo, también nos recuerda que los éxitos pueden ser relativos. Sus extensos programas de prevención, bien financiados y respaldados políticamente, han salvado millones de vidas y han reducido el número de nuevas infecciones de 143 000 en 1991 a 29 000 en 2001. A pesar de ello, uno de cada 100 tailandeses (en un país con 63,6 millones de habitantes) está infectado por el VIH, y el SIDA ha pasado a ser la primera causa de mortalidad a nivel nacional. Preocupa que, a menos que los esfuerzos de prevención se adapten a los cambios que está experimentando la epidemia, pueda romperse la tendencia actual y vuelva a aumentar la propagación. Entre las personas con un riesgo especial figuran los cónyuges de clientes de profesionales del sexo, los jóvenes, los consumidores de drogas intravenosas, los varones que tienen relaciones sexuales con varones y las poblaciones móviles.

Europa oriental y Asia central

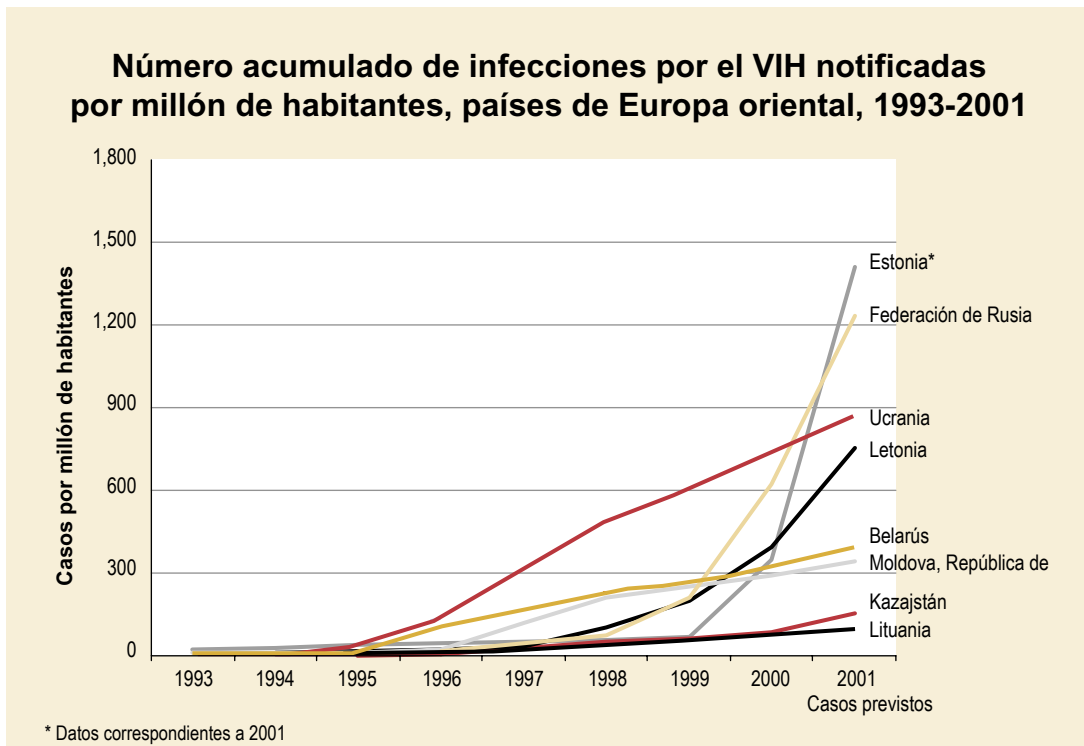
El VIH/SIDA se está propagando con rapidez por los países de esta región, que sigue presentando la epidemia de crecimiento más rápido en el mundo. En 2001 se produjeron, según las estimaciones, 250 000 nuevas infecciones, lo que eleva a un millón el número de personas que viven con el VIH/SIDA. Se calcula que menos de 1000 personas están recibiendo tratamiento antirretrovírico.

La Federación de Rusia continúa al frente de la epidemia en esta región, pero muchos otros países están sufriendo epidemias de crecimiento acelerado, tal como muestra la figura 5. Exceptuando algunas epidemias aisladas a principios de los años

noventa (relacionadas con el consumo de drogas intravenosas en Polonia y con infecciones nosocomiales en miles de niños de Rumania), ningún país de la región comunicó un número apreciable de infecciones por el VIH en 1994. La situación empezó a cambiar con el primer brote extenso de VIH en Ucrania y Belarús en 1995. A partir de entonces, la epidemia comenzó a enraizar en otros países de la región: la República de Moldova en 1996 y la Federación de Rusia en 1998, seguidas por Letonia y posteriormente Kazajstán.

En la Federación de Rusia persiste el incremento alarmante del número de infecciones por el VIH

Figura 5



Fuente: Programas nacionales del SIDA (2001). *Vigilancia del VIH/SIDA en Europa. Informe de medio año*. Datos recopilados por el Centro Europeo de Vigilancia Epidemiológica del SIDA.

registrado en los últimos años (los nuevos diagnósticos se duplican prácticamente cada año desde 1998). En 2001 se notificaron casi 83 000 nuevos casos de seropositividad, lo que elevó a más de 173 000 el número total de infecciones por el VIH comunicadas desde el inicio de la epidemia (un incremento muy significativo respecto a las 10 993 de finales de 1998). Se cree que el número real de personas que viven actualmente con el VIH/SIDA en la Federación de Rusia es unas cuatro veces mayor que las cifras comunicadas.

La incidencia notificada del VIH también está aumentando de forma abrupta en otros países. En Estonia, las infecciones comunicadas pasaron de 12 en 1999 a 1474 en 2001. El mismo patrón se observa en Letonia, donde las infecciones de novo aumentaron de 25 en 1997 a 807 en 2001. La epidemia también está creciendo en Kazajistán, donde en 2001 se notificaron 1175 infecciones por el VIH. La propagación rápida del VIH es igual-

mente evidente en Azerbaiyán, Georgia, Kirguistán, Tayikistán y Uzbekistán.

Ucrania, con una tasa estimada de prevalencia del VIH en adultos del 1%, sigue siendo el país más afectado de la región y, de hecho, de toda Europa. Se calcula que unas 250 000 personas están viviendo con el VIH en este país de casi 50 millones de habitantes. Aunque las tres cuartas partes de las infecciones por el VIH acumuladas en Ucrania se relacionan con el consumo de drogas intravenosas, está creciendo la proporción de infecciones por el VIH transmitidas sexualmente. A pesar de que las cifras absolutas continúan siendo bajas, un número creciente de personas (principalmente mujeres) parece estar contrayendo el virus por transmisión sexual, y más mujeres embarazadas resultan positivas en la prueba del VIH, lo que sugiere un desplazamiento de la epidemia hacia la población general.

Entre las secuelas psicológicas y socioeconómicas de los recientes conflictos en los Balcanes, destaca el

hecho de que los jóvenes se hayan vuelto más vulnerables al VIH. En la actualidad hay pocos datos indicativos de que la epidemia de VIH/SIDA se haya establecido de forma sólida en la zona, pero los escasos datos de vigilancia disponibles denotan que no están muy claros los niveles y tendencias reales de la epidemia. Un reciente estudio de evaluación rápida y exhaustiva a cargo de la OMS y el UNICEF constató niveles elevados de consumo de drogas intravenosas en algunos lugares, junto con el uso compartido habitual de los equipos de inyección. Tanto los varones que tienen relaciones sexuales con varones como los profesionales del sexo comunican un uso muy limitado de preservativos. El estudio también observó una amplia superposición entre estos grupos de alto riesgo. En Serbia, por ejemplo, se comprobó que el 18% de los varones que tienen relaciones sexuales con varones y el 20% de los profesionales del sexo también se inyectan drogas.

Terrenos fértiles

Varios factores están creando un entorno fértil para la epidemia. La apertura de las fronteras ha arrastrado a algunos países de la zona hacia los circuitos mundiales del tráfico de drogas. El paro masivo y la inseguridad económica asolan gran parte de la región. Se ha erosionado el rígido control social del pasado, y todavía no se han establecido con firmeza nuevas normas y valores comunes. La salud pública y otros servicios se están deteriorando progresivamente en algunos países. Un número sin precedentes de jóvenes no completa la escolarización secundaria. Belarús, Bulgaria, la Federación de Rusia, Letonia, Lituania, la República de Moldova, Rumania y Ucrania están experimentando retrocesos en el índice de desarrollo humano alcanzado durante las dos últimas décadas. (Este índice mide los logros promedio de un país en cuanto a esperanza de vida, nivel educativo y producto interior bruto real por habitante.)

En la Comunidad de Estados Independientes, la inmensa mayoría de las infecciones por el VIH comunicadas corresponde a jóvenes, principalmente consumidores de drogas intravenosas. Se calcula que hasta el 1% de la población de esos países se inyecta drogas, lo que expone a estas personas y sus parejas sexuales a una situación de alto riesgo de infección. Por ejemplo, un estudio de vigilancia centinela efectuado en San Petersburgo en 2000 reveló que, en el plazo de un año, la prevalencia del VIH entre usuarios de drogas intravenosas había aumentado del 12% al 19,3%. También en 2000, otro estudio de vigilancia centinela constató una tasa asombrosa de prevalencia del VIH del 62% entre usuarios de drogas intravenosas de la ciudad belarusa de Svetlogorsk.

Hay pruebas de que los jóvenes de diversos países están iniciando la actividad sexual a edades más tempranas y que están aumentando las relaciones sexuales prematrimoniales. Por ejemplo, se observa un incremento uniforme de las relaciones sexuales prematrimoniales en las muchachas adolescentes de Rumania (15-19 años de edad). El porcentaje comunicado de relaciones sexuales prematrimoniales en 1993 (9%) se había más que duplicado en 1999 (22%); por otra parte, un informe elaborado en Ucrania en 2000 puso de manifiesto que el 51% de las mujeres de 15-24 años había tenido relaciones sexuales prematrimoniales.

En algunas repúblicas de Asia central, la sensibilización respecto al VIH/SIDA seguía siendo desalentadora entre los grupos vulnerables, como las muchachas adolescentes de 15-19 años (en Tayikistán, sólo el 10% de ellas había oído hablar del VIH/SIDA). En 2001, en Azerbaiyán y Uzbekistán, menos del 60% tenía conocimiento de la enfermedad. En esos países, el porcentaje de muchachas que tenían como mínimo un concepto erróneo importante sobre el VIH/SIDA oscilaba entre el 94% y el 98%. En Ucrania, que tiene la máxima prevalencia del VIH en Europa, sólo el 9% de las adolescentes conocía métodos para prevenir la infección.

Aunque en algunos países están mejorando, los niveles de uso de preservativos siguen siendo bajos. En el informe ucraniano de 2000 antes mencionado, sólo el 28% de las mujeres jóvenes empleó un preservativo en su primera relación sexual. Al mismo tiempo, tanto en Europa oriental como en Asia central continúan registrándose tasas muy elevadas de infecciones de transmisión sexual, lo que acrecienta las probabilidades de que el VIH se transmita por medio de contactos sexuales no protegidos. En 2000, el número de nuevos casos de sífilis comunicados en la Federación de Rusia se situó en 157 por 100 000 habitantes, frente a 4,2 por 100 000 en 1987. Se observan tendencias generales similares en otros países de la Comunidad de Estados Independientes, las repúblicas bálticas y Rumania.

El riesgo de contraer el VIH también es elevado en los varones que tienen relaciones sexuales con varones, entre los cuales son frecuentes las parejas múltiples y las prácticas sexuales no protegidas. Aunque en la mayoría de los países de la antigua Unión Soviética se han abolido las leyes que castigaban con prisión las actividades homosexuales, este grupo todavía es objeto de un fuerte estigma social. Recientemente, diversos grupos *gays* han emprendido actividades de prevención del VIH para varones que tienen relaciones sexuales con varones en Belarús, Ucrania y varias repúblicas de Asia central. En conjunto, sin embargo, la cobertura sigue siendo mínima.

Algunos motivos para el optimismo

Europa central ofrece motivos para un moderado optimismo. Gracias al desarrollo de una fuerte respuesta nacional, el Gobierno polaco ha logrado frenar la epidemia entre los usuarios de drogas intravenosas y ha impedido que avance hacia la población general. La prevalencia sigue siendo baja en países como la República Checa, Hungría y Eslovenia, donde están funcionando programas

nacionales contra el VIH/SIDA bien diseñados.

Hay otros signos de un mayor compromiso político en la región. Algunos miembros de la Comunidad de Estados Independientes fueron los primeros en organizar un seguimiento regional del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2001), y también han aprobado recientemente un Programa Regional de Trabajo sobre el VIH/SIDA. En países como Bulgaria, la Federación de Rusia, Rumania y Ucrania se han incrementado considerablemente los presupuestos para los programas nacionales sobre el SIDA. También se están creando asociaciones más sólidas entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales y el sector privado. Ucrania constituye un buen ejemplo en este sentido.

A pesar de las dificultades económicas y los recortes en el gasto público, que están debilitando los sistemas sanitarios y las infraestructuras de muchos países, la capacidad de la región sigue siendo buena en términos generales. Esto es particularmente cierto en el caso de los recursos humanos. Las personas suelen tener un buen nivel educativo, y el analfabetismo es excepcional. Muchos países han logrado adoptar prácticas óptimas, y se están realizando esfuerzos considerables por lo que respecta a formación y generación de capacidades en cuanto a prevención y asistencia. En muchos casos, se han elaborado planes estratégicos nacionales sobre el VIH/SIDA que confieren máxima prioridad a los jóvenes y grupos vulnerables. En toda la región hay en funcionamiento actualmente más de 150 proyectos de prevención del VIH/SIDA entre usuarios de drogas intravenosas; también se han desarrollado proyectos enfocados a otras poblaciones vulnerables, como reclusos, profesionales del sexo y varones que tienen relaciones sexuales con varones.

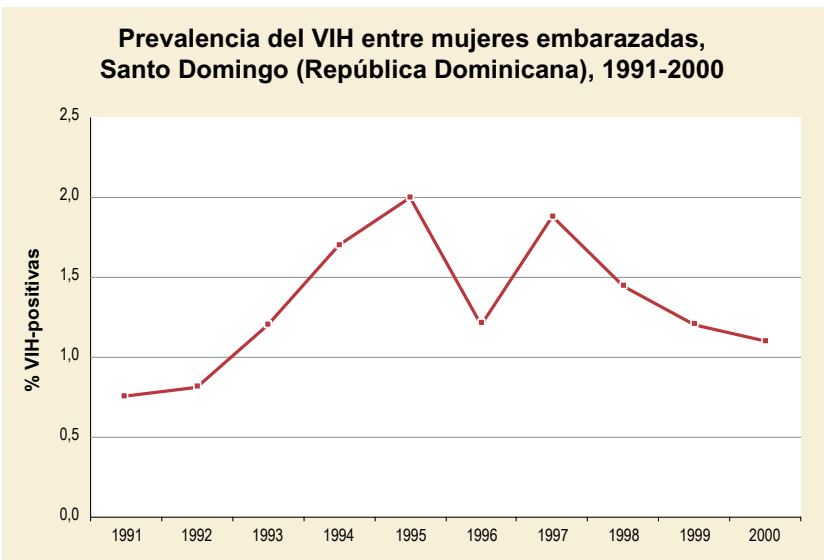
Aparte de consolidar estos logros, el desafío actual consiste en ampliar la cobertura, desarrollar y ejecutar planteamientos más exhaustivos que reduzcan la vulnerabilidad de los jóvenes y mejorar el acceso a la asistencia para las personas ya infectadas.

América Latina y el Caribe

En América Latina y el Caribe la epidemia está bien consolidada, y existe el peligro de que se propague de forma más rápida y extensa en ausencia de respuestas eficaces. Se calcula que en la región viven con el VIH 1,9 millones de adultos y niños, cifra que incluye a las 200 000 personas que, según las estimaciones, contrajeron el virus en 2001. Unos 1,5 millones de personas viven con el VIH/SIDA en América Latina, y 420 000 en el Caribe. Las estimaciones indican que, a finales de 2001, unas 170 000 personas estaban recibiendo terapia antirretrovírica.

En 12 países de esta región (incluidos la República Dominicana y Haití; algunos países de América central, como Belice y Honduras, y Guyana y Suriname), la prevalencia estimada del VIH en mujeres embarazadas es igual o superior al 1%. En estas zonas, la epidemia está muy arraigada en la población general y se propaga principalmente a través del coito heterosexual.

Figura 6



Fuente: Programa Nacional del SIDA, República Dominicana, 1991-2000

En algunos de los países que forman la cuenca del Caribe, las tasas de prevalencia del VIH en adultos sólo van a la zaga de las que presenta África subsahariana, lo que los convierte en la segunda región más afectada del mundo. En algunos de dichos países, el VIH/SIDA es actualmente la causa principal de mortalidad. Los efectos más deletéreos de la epidemia se registran en Haití (con una prevalencia nacional del VIH en adultos superior al 6%) y las Bahamas (donde la prevalencia se aproxima al 4%). Los datos de vigilancia publicados en 2000 indican que, en la población adulta de la República Dominicana, la tasa de prevalencia del VIH se ha estabilizado relativamente en torno al 2%, después de los incrementos registrados a lo largo de los años noventa.

Factores de inducción

Uno de los factores que favorecen la propagación del VIH es la combinación de desarrollo socioeconómico desigual y gran movilidad de la población, tal como ocurre en América central. En esa región, la epidemia se está exacerbando y tiende a concentrarse sobre todo en los grupos socialmente marginados. La movilidad de la población (espoleada por los elevados índices de desempleo y pobreza) se está erigiendo en un factor significativo para el crecimiento de la epidemia, hasta el punto de que algunas investigaciones recientes subrayan la necesidad de intervenciones en los puestos fronterizos y estaciones de tránsito con el fin de ayudar a proteger de la infección

a los trabajadores migratorios y los profesionales del sexo. La posición geográfica de América central también la convierte en una zona de tránsito importante para las personas que se desplazan entre el resto de la región y los países de Norteamérica. Proteger a las poblaciones móviles vulnerables, incluidas las muchachas adolescentes y las mujeres jóvenes, es actualmente el foco de atención de una iniciativa regional.

En México, la prevalencia del VIH en adultos de la población general se encuentra todavía muy por debajo del 1%, pero en ciertas zonas del país han empezado a detectarse tasas de prevalencia mucho más elevadas en grupos específicos de la población: hasta el 6% en consumidores de drogas intravenosas y 15% en varones que tienen relaciones sexuales con varones. En México, al igual que en otros países de América Latina y el Caribe, la epidemia se está propagando principalmente a través de estos modos de transmisión. Y existe una superposición significativa entre ambos grupos, especialmente en el Brasil y los países del cono sur, donde el consumo de drogas intravenosas es un fenómeno social al alza.

Progresos alentadores

En el Brasil, donde los programas de prevención para usuarios de drogas intravenosas ocupan un lugar destacado dentro de la respuesta del país, se ha observado un descenso significativo de la prevalencia del VIH en consumidores de drogas intravenosas de diversas grandes zonas metropolitanas. Además, una encuesta de ámbito nacional ha revelado un aumento del uso de preservativos en este subgrupo de población (del 42% en 1999 al 65% en 2000), un signo de que los esfuerzos sostenidos de educación y prevención están depurando sus frutos. En 2001, la Argentina autorizó a su Ministerio de Salud para que introdujera

una política nacional sobre reducción del daño, y también está colaborando con Chile, Paraguay y Uruguay para establecer esquemas similares enfocados a usuarios de drogas intravenosas.

El compromiso de los países para frenar la epidemia y limitar su impacto resulta aún más evidente en los esfuerzos para distribuir fármacos antirretrovíricos a los pacientes con el VIH/SIDA. Tal como se detalla en la sección «Atención, tratamiento y apoyo», esta región ha realizado progresos significativos en el acceso al tratamiento y atención. Se estima que, al reducir la morbilidad relacionada con el VIH/SIDA, el programa de tratamiento y atención del Brasil evitó 234 000 hospitalizaciones durante el periodo 1996-2000.

El fortalecimiento de la resolución política queda patente en diversas iniciativas regionales. Creada en febrero de 2001, la Asociación Pancaribeña contra el VIH/SIDA, por ejemplo, vincula los recursos de los gobiernos y la comunidad internacional con los de la sociedad civil a fin de reforzar las respuestas nacionales y regionales. La asociación está coordinada por la Secretaría de la Comunidad Caribeña (CARICOM). Los programas nacionales sobre el SIDA también se han unido en un esquema cooperativo para compartir asistencia técnica en toda América Latina y el Caribe. Conocida como Grupo de Cooperación Técnica Horizontal, la alianza reúne a más de 20 países de la región. Y, sobre la base de la Declaración de Nassau, de julio de 2001, y como seguimiento del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, los jefes de gobierno caribeños también están preparando formas de apoyar recíprocamente los programas nacionales sobre el VIH/SIDA y negociar en conjunto precios razonables para los fármacos antirretrovíricos.

Oriente Medio y África del Norte

En los países de Oriente Medio y África del Norte, también se aprecia una tendencia al alza en las tasas de infección por el VIH, aunque los niveles siguen siendo muy bajos en la mayoría de los países. En gran parte de la región se han reforzado los sistemas de vigilancia existentes, y se estima que 80 000 personas contrajeron el virus en 2001, lo que eleva a 500 000 el número total de personas que viven con el VIH/SIDA.

A pesar de la llegada relativamente tardía de la epidemia a esta región, en diversas zonas se están registrando incrementos significativos en el número de infecciones por el VIH, especialmente entre grupos concretos de la población. Aunque se reconoce la necesidad de esfuerzos de prevención más eficaces, sostenidos y de mayor alcance, las capacidades existentes en la región todavía son limitadas, y la respuesta al VIH/SIDA sigue concentrándose en el sector sanitario exclusivamente. Aun así, sólo un número muy reducido de personas que viven con el VIH/SIDA –menos de 2000– se beneficia de la terapia antirretrovírica.

Por desgracia, apenas se han realizado análisis sistemáticos de los factores que impulsan la epidemia en la mayoría de los países de la región. En consecuencia, las respuestas al VIH/SIDA pocas veces se basan en una comprensión clara de los patrones de infección o de los comportamientos y necesidades de grupos concretos de alto riesgo. De acuerdo con los conocimientos actuales, sin embargo, el coito heterosexual sigue siendo la vía dominante de transmisión, aunque se han registrado brotes significativos de infección por el VIH entre usuarios de drogas intravenosas. Por otro lado, en diversos países de la región existen condiciones que favorecen una propagación más rápida y extensa del VIH (como altos niveles de movilidad de la población, desigualdades socioeconómicas y emergencias complejas).

Djibouti y el Sudán ya tienen epidemias amplias y difusas que se ven favorecidas por distintas combinaciones de desigualdades socioeconómicas, movilidad de la población en gran escala e inestabilidad política. Y es posible que otros países de la región también se estén encaminando hacia una propagación más generalizada.

Un estudio de vigilancia en Argelia ha detectado tasas de prevalencia del VIH del 1% en las mujeres embarazadas del sur del país. Estos hallazgos suscitan la preocupación de que, en medio de la ruptura social causada por los conflictos civiles, pueda emerger rápidamente una epidemia generalizada de VIH. En 2001 se puso de manifiesto el enérgico compromiso político para evitar tal evolución, y diversos ministerios ya han empezado a afrontar activamente el desafío del SIDA.

En el vecino Marruecos, la prevalencia nacional del VIH se situaba muy por debajo del 1% en 2001. Sin embargo, ese mismo año, el Programa Nacional de Control del SIDA detectó una prevalencia relativamente alta de otras infecciones de transmisión sexual, un indicador de que los comportamientos de riesgo (como tener relaciones sexuales con múltiples parejas o con profesionales del sexo) podrían estar mucho más generalizados de lo que se cree habitualmente.

Nuevas cotas peligrosas

Excepto el Sudán y la República del Yemen, todos los países de la región han comunicado la transmisión del VIH a través del consumo de drogas intravenosas. A menos que se aborde rápidamente por medio de programas para la reducción del daño y otros enfoques preventivos, la epidemia entre usuarios de drogas intravenosas podría crecer de forma inexorable y propagarse a la población general.

También se están produciendo brotes de VIH en otras zonas de África del Norte, como la Jamahiriya Árabe Libia, donde, salvo contadas excepciones, todas las nuevas infecciones por el VIH comunicadas en 2000 correspondieron a usuarios de drogas intravenosas. Las tasas de infección por el VIH en reclusos de la República Islámica del Irán aumentaron del 1,37% en 1999 al 2,28% en 2000. En 2001, 10 prisiones iraníes notificaron infecciones por el VIH entre consumidores de drogas intravenosas. La prevalencia del VIH entre reclusos que se inyectan drogas llegó al 12% en 2001, y un centro comunicó una prevalencia de hasta el 63%. Estas cifras podrían reflejar el hecho de que los consumidores de drogas intravenosas tienen mayores probabilidades de ser arrestados y encarcelados, pero lo más seguro es que denoten un cierto nivel de transmisión del VIH en el interior de los centros penitenciarios.

También hay signos de que en algunos países está creciendo la morbilidad doble por VIH y tuberculosis. A mediados de 2001, las tasas de infección

por el VIH, que están aumentando progresivamente entre los pacientes tuberculosos, se elevaron al 8% en el Sudán, 4,8% en Omán y 4,2% en la República Islámica del Irán.

Al mismo tiempo, en diversos países se aprecia la voluntad política de organizar una respuesta más potente a la epidemia, y algunos de ellos ya han empezado a introducir planteamientos innovadores. Algunos ejemplos son la movilización de organizaciones no gubernamentales en torno a programas de prevención en el Líbano, así como una serie de iniciativas de reducción del daño entre usuarios de drogas intravenosas de la República Islámica del Irán. A finales de 2001 se produjo un avance potencialmente significativo en la repuesta cuando se reunieron altos representantes del ONUSIDA y de programas nacionales sobre el SIDA de toda la zona y, por primera vez a nivel regional, acordaron redoblar los esfuerzos para proteger de la epidemia a los jóvenes, las poblaciones móviles, las personas desplazadas y los consumidores de drogas intravenosas.

Países ricos

El VIH/SIDA también sigue constituyendo una amenaza para los países más ricos, donde, en 2001, el VIH infectó aproximadamente a unas 75 000 personas. En la actualidad viven con el virus unos 1,5 millones de personas en esos países, en los que se han observado dos cambios notables durante los últimos años. Unas 500 000 personas están recibiendo antirretrovíricos.

Las tasas más elevadas de infecciones de transmisión sexual apuntan a un incremento de las relaciones sexuales peligrosas y subrayan la necesidad de nuevos esfuerzos de prevención, dirigidos especialmente a los jóvenes. Además, la transmisión heterosexual del VIH representa en la actualidad un porcentaje cada vez mayor de las nuevas infec-

ciones. El riesgo parece ser más elevado entre las personas jóvenes y socialmente desfavorecidas. No puede descartarse la perspectiva de epidemias de VIH/SIDA cada vez más extensas si no se aborda el exceso generalizado de confianza pública, y si no se reajustan los esfuerzos de prevención inapropiados u obsoletos para que reflejen los cambios que está experimentando la epidemia

En Europa occidental, la epidemia de VIH es el resultado de un sinfín de epidemias que difieren en cuanto a cronología, magnitud y poblaciones afectadas. En España, una proporción significativa de las infecciones por el VIH (24%) se asocia a la transmisión heterosexual. Pero el uso de drogas intravenosas sigue siendo el principal modo de

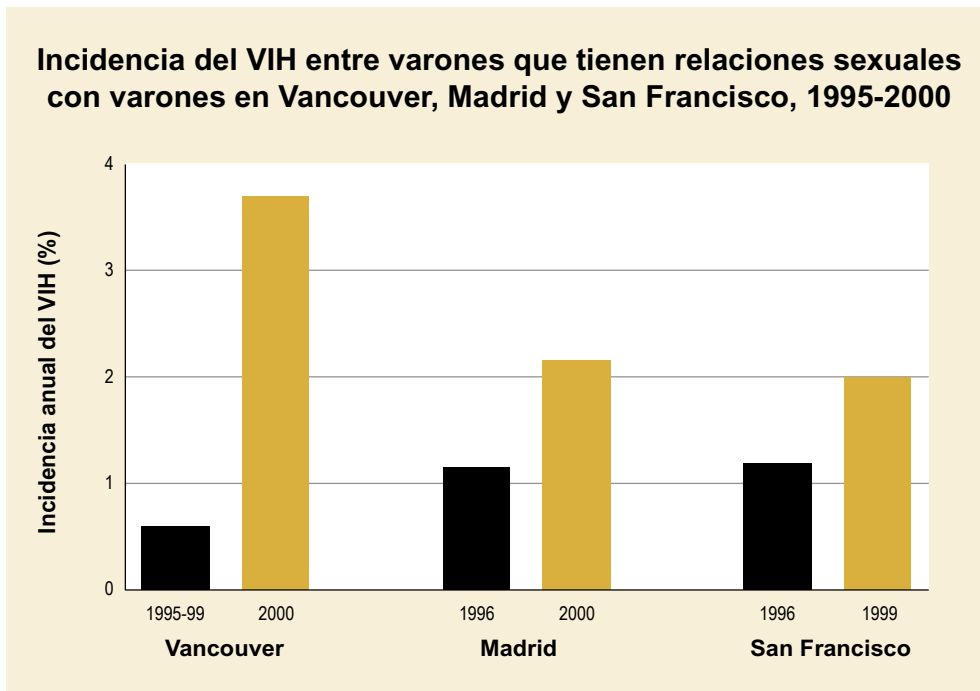
transmisión. En 2000, según los informes oficiales, la prevalencia nacional del VIH entre usuarios de drogas intravenosas fue del 20-30% (aunque dos estudios han demostrado tendencias decrecientes, del 44% en 1996 al 36% en 1999). En Francia, por otra parte, las tasas de prevalencia oscilaban entre el 10% y el 23%. Portugal se enfrenta a una grave epidemia entre los consumidores de drogas intravenosas. De las 3680 nuevas infecciones por el VIH comunicadas en 2000, más de la mitad eran atribuibles al consumo de drogas intravenosas, y poco menos de un tercio se produjo como consecuencia de relaciones heterosexuales. Con una tasa de 37,3 por 100 000 habitantes, las cifras de nuevas infecciones en Portugal son las más elevadas de toda Europa occidental.

Una proporción creciente de los nuevos diagnósticos de VIH corresponde a infecciones transmitidas por vía heterosexual. En el Reino Unido, por ejemplo, casi la mitad de las 3400 nuevas infecciones diagnosticadas en 2000 (un incremento

respecto a años anteriores) fueron consecuencia de relaciones heterosexuales, en comparación con el 21% de las nuevas infecciones de hace una década. En el Reino Unido, como en otros países de Europa, una gran proporción de las infecciones por el VIH parece haberse contraído en países donde la epidemia está generalizada. El aumento de las prácticas sexuales peligrosas también puede estar desempeñando un papel en el crecimiento de la prevalencia del VIH en el Reino Unido, ya que se ha notificado un aumento de los casos de blenorragia en varones tanto heterosexuales como homosexuales.

Hay pruebas de que, en algunos países de ingresos elevados, el VIH se está desplazando hacia los colectivos más pobres y desfavorecidos, y que las mujeres corren un riesgo particular de infección. En los Estados Unidos de América, los adultos jóvenes pertenecientes a minorías étnicas (incluidos los varones que tienen relaciones sexuales con varones) tienen muchas más probabilidades

Figura 7



Fuentes: (Vancouver) Hogg RS et al. (2001) *AIDS*. (Madrid) Del Romero J et al. (2001) *AIDS*. (San Francisco) Katz MH et al. (2002) *Am J of Public Health*

de infectarse que antes. Los afroamericanos, por ejemplo, constituyen tan sólo el 13% de la población de los Estados Unidos, pero se estima que en 2000 representaron el 54% de todas las nuevas infecciones por el VIH. Un estudio en seis ciudades de los Estados Unidos de América constató que los niveles de prevalencia del VIH llegaban al 30% en varones afroamericanos de 23-29 años que tuvieron relaciones sexuales con varones. Un 70% de las nuevas infecciones incide en varones, y las relaciones sexuales entre ellos siguen constituyendo el principal modo de transmisión. Pero las mujeres jóvenes más desfavorecidas (especialmente las afroamericanas e hispanas) muestran una vulnerabilidad creciente a la infección. Alrededor del 82% de las mujeres que se estima que contrajeron el VIH en 2000 eran afroamericanas o hispanas. Ese mismo año, casi un tercio de todos los nuevos casos de VIH se diagnosticó en mujeres. En este grupo de población, el solapamiento entre consumo de drogas intravenosas y coito heterosexual parece estar impulsando la epidemia. De hecho, el uso de drogas intravenosas se ha convertido en una vía más prominente de infección por el VIH, que, según las estimaciones, es responsable de un 30% de los nuevos casos de SIDA comunicados. En el Canadá, asimismo, las mujeres representan actualmente el 24% de las nuevas infecciones por el VIH, en comparación con el 8,5% en 1995.


Hay signos de que en el Japón el comportamiento sexual de los jóvenes podría estar cambiando significativamente, lo que colocaría a este grupo en una situación de mayor riesgo de infección por el VIH. Las tasas más elevadas de infecciones por Chlamydia en las mujeres y de blenorragia en los varones, así como la duplicación del número de abortos inducidos en muchachas adolescentes durante los últimos cinco años, sugieren un incremento de las prácticas sexuales no protegidas. Las relaciones sexuales entre varones siguen siendo una vía importante de transmisión en diversos países, y están adquiriendo una prominencia cada

vez mayor en otros, como el Japón. En ese país, el número de infecciones por el VIH detectadas en varones que tienen relaciones sexuales con varones ha aumentado espectacularmente durante los últimos años. En la actualidad, el número de infecciones por el VIH es más de dos veces mayor en los varones con prácticas homosexuales que en los varones con prácticas heterosexuales; hace dos años, el número de nuevas infecciones comunicadas era prácticamente igual en ambos grupos.

En Australia, el Canadá, los Estados Unidos de América y los países de Europa occidental, un incremento aparente de las prácticas sexuales peligrosas está provocando tasas más elevadas de infecciones de transmisión sexual y, en algunos casos, una mayor incidencia del VIH en varones que tienen relaciones sexuales con varones. El aumento de las nuevas infecciones por el VIH en este subgrupo de población es muy acusado, tal como muestra la figura 7. La incidencia creciente de otras infecciones de transmisión sexual entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones (en Amsterdam, Sydney, Londres y el sur de California, por ejemplo) confirma que la mayor adopción de riesgos está eclipsando la ética de las relaciones sexuales más seguras promovida con tanta eficacia durante gran parte de los años ochenta y noventa. En Los Ángeles, en 2001, un brote de sífilis en varones que tenían relaciones sexuales con varones confirmó que las prácticas sexuales seguras estaban retrocediendo en dicha ciudad. En un estudio llevado a cabo en Francia en 2000, el 38% de los varones VIH-positivos encuestados que mantenían relaciones sexuales con varones comunicó que recientemente había realizado prácticas sexuales peligrosas, en comparación con el 26% en 1997.

No están claras las razones de esta tendencia. La explicación podría radicar en parte en los presuntos efectos «salvadores» de la terapia antirretrovírica, introducida en los países ricos en 1996. En los Estados Unidos de América, por ejemplo,

2 las defunciones atribuidas al VIH en 1996-97 experimentaron una reducción notable del 42%. Desde entonces, este descenso se ha estabilizado, con una cifra estimada de 15 000 defunciones por SIDA en 2001. Por otra parte, los estudios

indican que sólo una minoría de los varones gays que comunican una mayor adopción de riesgos asocian sus acciones a una menor preocupación por infectarse o un mayor optimismo acerca del tratamiento del VIH/SIDA. 

¿Un vínculo entre la disponibilidad de tratamiento y las prácticas sexuales peligrosas?

Se ha suscitado un debate sobre la posibilidad de que la disponibilidad generalizada de la terapia antirretrovírica de alta potencia (HAART) en los países ricos esté fomentando prácticas sexuales peligrosas al inducir a creer que la infección por el VIH no es tan devastadora como parecía. Sin embargo, ningún estudio ha observado una relación causal entre el llamado «optimismo terapéutico» y las prácticas sexuales no protegidas. En 2001, una revisión de diversos estudios efectuados desde 1996 comprobó que sólo una minoría de los encuestados (10-20%) indicaba que las nuevas opciones terapéuticas habían reducido su preocupación acerca de la infección por el VIH. Sin embargo, una minoría significativa de los varones gays entrevistados (30% en un estudio de 1998 en Londres, 16% en un estudio francés de 2000 y 13% en un estudio de 1997 en los Estados Unidos) comunicó que contemplaba el VIH/SIDA como una amenaza menos seria desde la introducción de la HAART.

Aunque la disponibilidad de la HAART podría ser un factor contribuyente, otras explicaciones parecen tener un peso igualmente importante. En contextos con una disponibilidad generalizada de terapia antirretrovírica han disminuido en los últimos años la intensidad y visibilidad de los esfuerzos de prevención dirigidos a los varones que tienen relaciones sexuales con varones, así como la prevención y tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual. También es posible que las campañas de prevención se hayan vuelto demasiado genéricas para tañer las cuerdas apropiadas en colectivos que están tan socialmente estratificados como el resto de la sociedad.

El impacto creciente



El impacto creciente

Veinte años después de que el mundo tuviera conocimiento del SIDA por primera vez, es evidente que la humanidad se enfrenta a una de las epidemias más devastadoras de la historia, una epidemia que amenaza el desarrollo en extensas regiones del planeta.

Desde los años sesenta, la mayoría de los países ha realizado avances impresionantes en el desarrollo humano. Sin embargo, la epidemia está socavando esos logros conforme los países pierden población joven y productiva, se tambalean las economías, los hogares se hunden en una pobreza más profunda y continúan multiplicándose los costos de la epidemia. No obstante, y a pesar de este panorama desolador, es evidente que la epidemia se encuentra todavía en sus albores.

Los países que no consiguen controlar la epidemia se arriesgan a entrar en un círculo vicioso en el que el empeoramiento de las condiciones económicas hace que las personas, empresas y comunidades se vuelvan más vulnerables al VIH/SIDA. Sin embargo, es posible luchar contra las repercusiones del SIDA sobre las sociedades y economías. Ya sea a través de la acción comunitaria o de programas nacionales, es posible reinstrumentalizar las instituciones y desarrollar los medios de acción para defender las sociedades frente a los peores estragos del SIDA.

El impacto demográfico

Desde que comenzó la epidemia, el virus ha infectado a más de 60 millones de personas. Actualmente, el VIH/SIDA es, con mucho, la primera causa de mortalidad en África subsahariana, y la cuarta a nivel mundial. En 2001, la epidemia se cobró unos 3 millones de vidas.

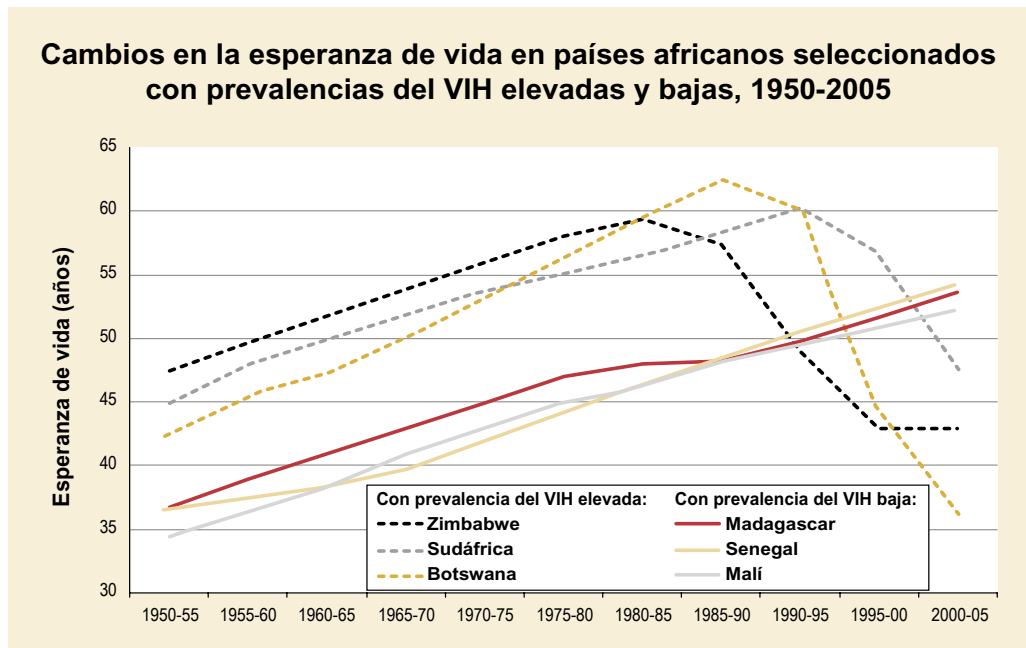
Sigue disminuyendo la esperanza de vida

En muchos países, el SIDA está borrando décadas de progresos alcanzados en la prolongación de la esperanza de vida. En la actualidad, en África subsahariana la esperanza de vida promedio es de 47 años, cuando habría sido de 62 años si no hubiera existido el SIDA. En Botswana, la esperanza de vida al nacer ha retrocedido hasta niveles

no vistos en el país desde antes de 1950. En otros países africanos, la esperanza de vida ha tenido descensos menos acusados, pero, aun así, sigue situándose muy por debajo de la que hubiera sido sin el SIDA. La figura 8 ilustra el profundo descenso de la esperanza de vida en tres países de alta prevalencia, en comparación con el incremento uniforme en países con una prevalencia del VIH significativamente menor.

El impacto del SIDA en la esperanza de vida, que supone un golpe importante para el desarrollo de las sociedades, se ha extendido más allá de África. En Haití, la esperanza de vida para el periodo 2000-2005 es casi seis años inferior a la que hubiera sido en ausencia del SIDA. En Asia, Camboya ha experimentado una reducción de cuatro años.

Figura 8

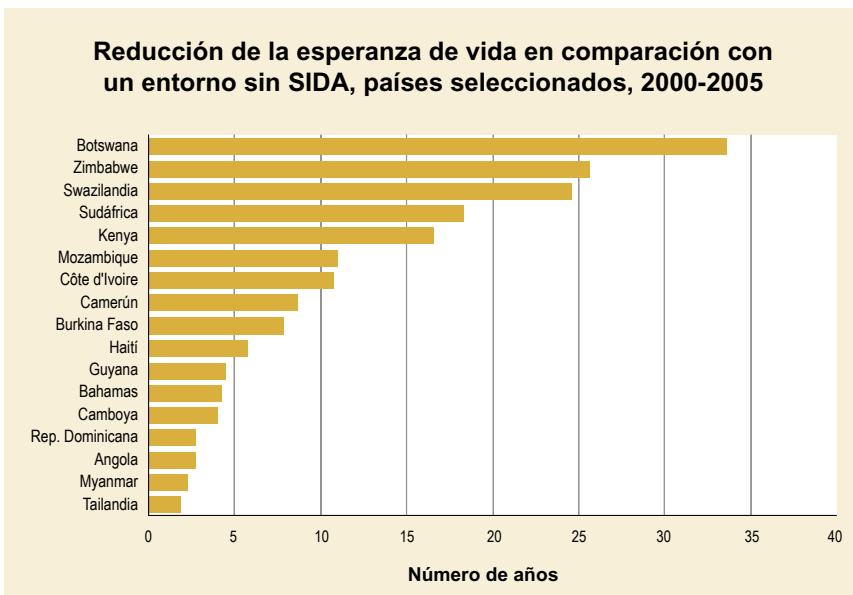


Fuente: Departamento de las Naciones Unidas de Asuntos Sociales y Económicos Internacionales (2001). *Perspectivas demográficas mundiales, revisión de 2000*

Los niveles actuales de prevalencia del VIH insinúan simplemente la probabilidad mucho mayor de contraer el VIH a lo largo de la vida. En Leshoto, por ejemplo, se estima que una persona que cumplió 15 años en 2000 tenía una probabilidad

del 74% de estar infectada por el VIH a esa edad. Hoy día, incluso una prevalencia relativamente baja puede implicar grandes probabilidades de contraer el VIH. En Guyana, donde la prevalencia en adultos es del 2,7%, la probabilidad de contraer el VIH entre los 15 y 50 años de edad durante el periodo 2000-2035 será del 19%. Por más altas que parezcan esas cifras, las estimaciones son conservadoras y presuponen que las tasas de infección por el VIH disminuirán en el futuro a medida que fructifiquen las nuevas medidas de prevención.

Figura 9



Fuente: Departamento de las Naciones Unidas de Asuntos Sociales y Económicos Internacionales (2002). *Perspectivas demográficas mundiales, revisión de 2000*

Aumenta el número de víctimas

En los 45 países más afectados del mundo se prevé que, entre 2000 y 2020, 68 millones de personas fallecerán antes de lo que lo hubieran hecho en ausencia del SIDA. Esas proyecciones se basan en el

supuesto de que, en la mayoría de los países, los programas de prevención, tratamiento y atención tendrán un efecto discreto sobre el crecimiento y las consecuencias de la epidemia durante las dos próximas décadas. Estos presupuestos no incluyen una reducción en el número anual de nuevas infecciones, que podría conseguirse mediante el uso de una futura vacuna o la aplicación de otros avances tecnológicos. Tampoco tienen en cuenta el efecto potencial de incrementar el acceso a la terapia antirretrovírica sobre la supervivencia de las personas infectadas por el VIH/SIDA.

Las proyecciones más preocupantes corresponden a África subsahariana, donde cabe esperar otros

55 millones de fallecimientos, un 39% más de los previstos en ausencia del SIDA.

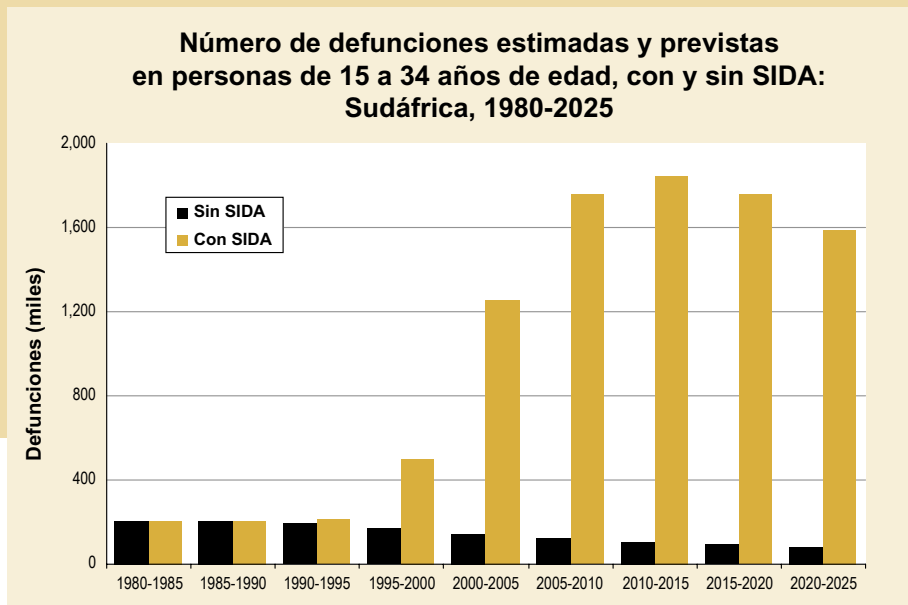
El SIDA tiene un impacto especialmente grave sobre la mortalidad de los niños de 1-5 años de edad. La mayoría de los niños infectados en el parto o durante la lactancia materna desarrollará SIDA y fallecerá antes de cumplir los cinco años. En los países más afectados, el VIH/SIDA ya ha tenido un impacto significativo sobre la supervivencia infantil. En siete países de África subsahariana, la mortalidad de los niños menores de cinco años ha aumentado en un 20-40% a causa del VIH/SIDA.

El futuro no es como hubiera sido

En la joven democracia de Sudáfrica, donde la prevalencia del VIH aumentó rápidamente durante los años noventa, se prevé que el número de fallecimientos relacionados con el SIDA entre adultos jóvenes alcance su cota máxima en el periodo 2010-2015. Se estima que el número de defunciones entre las personas de 15-34 años se multiplicará por 17 en relación con el que hubiera sido en ausencia del SIDA, tal como ilustra la figura 10.

Incluso en los países con una prevalencia más baja de VIH/SIDA, la mortalidad entre las personas de 15-34 años está aumentando en comparación con la que se hubiera producido en ausencia del SIDA. Así, es aproximadamente 2,5 veces más alta en las Bahamas y Guyana, y el doble en la República Dominicana y Tailandia.

Figura 10



Fuente: Departamento de las Naciones Unidas de Asuntos Sociales y Económicos Internacionales (2002). *Perspectivas demográficas mundiales, revisión de 2000*

Declaración de compromiso

Para 2003, evaluar los efectos económicos y sociales de la epidemia del VIH/SIDA y elaborar estrategias multisectoriales para: hacer frente a esos efectos en los planos individual, familiar, comunitario y nacional; elaborar y acelerar la ejecución de estrategias nacionales de erradicación de la pobreza para hacer frente a los efectos del VIH/SIDA en los ingresos de los hogares, los medios de vida y el acceso a los servicios sociales básicos [...] (párrafo 68).

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001, Nueva York.

El impacto en los hogares

El precio que se está cobrando el VIH/SIDA en los hogares puede ser muy alto. En muchos casos, la presencia del SIDA significa la disolución de la familia, conforme los padres fallecen y los hijos son enviados a casa de parientes para que los cuiden y críen. Un estudio en Zambia reveló que se había disuelto el 65% de los hogares en los que la madre había fallecido. Pero la familia ha de soportar muchas otras cargas antes de que se produzca la disolución. El VIH/SIDA despoja a la familia de sus bienes y de quienes los ganan, empobreciendo aún más a los que ya son pobres.

En Zambia, el SIDA ha provocado que muchos hogares pasen rápidamente de una riqueza relativa a una pobreza relativa. Las investigaciones indican que, en los dos tercios de las familias en las que había fallecido el padre, la renta disponible mensual disminuyó más del 80%. Un estudio en Côte d'Ivoire reveló que la renta en los hogares afectados era la mitad de la renta familiar promedio. A menudo, esto era debido no sólo a la pérdida de ingresos por la enfermedad de algunos miembros de la familia, sino también al hecho de que otros miembros pudieran dedicar menos tiempo y esfuerzo a actividades generadoras de ingresos. Un estudio en tres países (Burkina Faso, Rwanda y Uganda) ha calculado que el SIDA no sólo revertirá los esfuerzos para reducir la pobreza,

sino que incrementará el porcentaje de las personas que viven en extrema pobreza, del 45% en 2000 al 51% en 2015. En Botswana se espera que la renta familiar por habitante disminuya un 13% en el cuartil más pobre de los hogares; al mismo tiempo, en esta categoría cabe esperar que cada persona que genera ingresos tenga que mantener a cuatro dependientes más como resultado del VIH/SIDA.

La pérdida de ingresos, los gastos adicionales relacionados con la asistencia, la menor capacidad de los cuidadores para trabajar y los costos crecientes en conceptos médicos y funerarios se combinan para conducir a las familias afectadas hacia una mayor pobreza. Según un estudio en Côte d'Ivoire, los gastos sanitarios aumentaban hasta un 400% cuando un miembro de la familia tenía el SIDA. Los infortunios no terminan ahí. Algunos estudios efectuados en Tailandia y la República Unida de Tanzania indican que la carga financiera del fallecimiento puede ser mucho mayor que la de la enfermedad. En esos países se ha comunicado que las familias gastan hasta un 50% más en servicios funerarios que en asistencia médica. Las tradiciones en muchas sociedades exigen que los parientes y miembros de la comunidad se reúnan (a veces durante diversos días) en la casa del fallecido para expresar su duelo y su apoyo a los familiares

afligidos. En muchos casos se requieren largos desplazamientos para llegar al lugar del entierro.

Las familias afectadas parecen estar adoptando tres estrategias principales para afrontar la situación. Se gastan los ahorros o se venden bienes; se recibe ayuda de otras familias, y tiende a modificarse la composición de los hogares en los que se pierde a adultos en edad de máxima productividad.

Gastar los ahorros y asumir una mayor deuda (a menudo en forma de transferencias de dinero o préstamos por parte de parientes lejanos o de la comunidad local) suelen ser el primer recurso de las familias que se esfuerzan por pagar el tratamiento médico o los costos funerarios. En un

estudio continuado que se está llevando a cabo en la provincia sudafricana de Free State, las familias gastaron, en promedio, 21 meses de ahorros para pagar los gastos médicos y funerarios. En la República Unida de Tanzania, un estudio de casos ha revelado que, en los hogares en los que había una persona enferma de SIDA, el 29% de los ahorros se redestinó a luchar contra la enfermedad.

A medida que crecen las deudas, se venden bienes valiosos, como bicicletas, ganado e incluso tierra. Una vez despojadas de sus bienes productivos, las familias tienen cada vez menos probabilidades de recuperar y reconstruir sus medios de sustento. En un estudio realizado en Chiang Mai (Tailandia), el

Marcar la diferencia

Los programas de protección social para personas, familias y comunidades afectadas por la epidemia pueden producir enormes beneficios. Dado que la carga más onerosa del VIH/SIDA recae en las mujeres (como cuidadoras y mantenedoras de la familia), es necesario crear nuevas redes de seguridad. Los planes de microcréditos que tienen en cuenta las necesidades especiales de las mujeres pueden ser herramientas importantes que también contribuyan a establecer unas relaciones sociales más equitativas a nivel local. Los programas de microfinanzas, como la Iniciativa Africana de Creación de Microempresas y SIDA, han brindado oportunidades para que las mujeres operen iniciativas empresariales y creen medios de sustento relativamente autónomos. Esto las ayuda a generar unos ingresos suficientes para organizar su horario de trabajo y adaptarlo a las exigencias del cuidado relacionado con el VIH/SIDA. Igualmente valiosas son las iniciativas de subvenciones y becas que permiten que las niñas asistan a la escuela y prolonguen su formación.

Se requieren esfuerzos extraordinarios para atender las necesidades de los niños huérfanos a causa de la epidemia, en especial medidas que les permitan acceder a educación, alimentación, asistencia sanitaria y otros servicios de apoyo social (véase «Foco de atención: SIDA y huérfanos»). Los Servicios de Salud de Chikankata, una organización de índole religiosa que opera en la región central de Zambia, constituyen uno de los muchos proyectos que están intentando cubrir este vacío. En 1995, los miembros de la organización emprendieron el Proyecto de Apoyo a los Huérfanos de la Comunidad, con el respaldo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), a fin de ofrecer apoyo educativo y médico a los huérfanos de cinco comunidades. En la actualidad se brinda asistencia a 1500 huérfanos y se facilitan proyectos de generación de ingresos para otros residentes locales. En Malawi, ya en 1992, el Grupo Nacional de Trabajo en favor de los Huérfanos desarrolló una serie de directrices sobre la asistencia a este sector de la población. Existen diversas iniciativas que, operando en el ámbito de tales directrices, vinculan organizaciones no gubernamentales y de base comunitaria con estructuras gubernamentales y autoridades de distrito con objeto de agilizar la planificación e introducción de programas para huérfanos. Los agentes de extensión forman parte de Comités de Asistencia a los Huérfanos de la Comunidad y ayudan a las comunidades a establecer o mantener pequeñas explotaciones agrícolas.

41% de las familias afectadas por el SIDA comunicó que había vendido tierra, el 57% gastó sus ahorros y el 24% pidió dinero prestado a fondos cooperativos u otras instituciones locales de financiación. En respuesta a la epidemia, muchas familias se ven obligadas a reestructurarse: es posible que los hijos pequeños sean enviados a vivir con parientes, o que parientes se incorporen al hogar afectado para ayudar en las tareas agrícolas o domésticas. Entre las familias pobres, una de las respuestas más lamentables al fallecimiento de un adulto en edad productiva es sacar a los hijos (y especialmente a las hijas) de la escuela, porque no pueden costear los uniformes y las matrículas y porque necesitan el trabajo y la generación de ingresos potencial de las niñas.

Casi siempre, la carga de afrontar la situación recae en las mujeres, que tienen que multiplicarse para efectuar un trabajo lucrativo, asumir las labores domésticas y cuidar de los hijos y familiares enfermos. Es frecuente que, cuando enferman los varones, las mujeres asuman sus papeles fuera del hogar; en ciertas regiones de Zimbabue, por ejemplo, las mujeres se están incorporando de forma progresiva a la industria de la carpintería, dominada tradicionalmente por los hombres. A pesar de que la supervivencia de los hogares depende de las mujeres, dos estudios efectuados en Côte d'Ivoire y Tailandia a finales de los años noventa revelan que, cuando el VIH/SIDA afecta a un miembro de la familia, tiende a gastarse más

dinero en la asistencia sanitaria de los varones que de las mujeres.

Pasar hambre: el impacto sobre la seguridad alimentaria

El VIH/SIDA plantea una amenaza potencialmente importante para la seguridad alimentaria y la nutrición, sobre todo porque reduce la disponibilidad de alimentos (por el descenso de la producción y la pérdida de mano de obra, tierra, ganado y otros bienes de las familias) y dificulta el acceso a los mismos a medida que los hogares tienen menos dinero para comprar comida. Algunas investigaciones en la República Unida de Tanzania indicaron que, en los hogares más pobres, el consumo individual de alimentos disminuyó un 15% después del fallecimiento de un adulto. La perspectiva de escasez generalizada de alimentos y hambruna es real. Se estima que un 20% de las familias rurales de Burkina Faso ha reducido su trabajo agrícola o incluso ha abandonado sus granjas a causa del SIDA. En Etiopía se ha comprobado que los hogares afectados por el SIDA dedican entre 11,6 y 16,4 horas semanales a labores agrícolas, en comparación con una media de 33,6 horas en los hogares no afectados.

Al disponer de menos miembros para trabajar los campos, las familias tienden a cultivar parcelas de tierra más pequeñas o cambiar a cultivos de subsistencia que requieren menos mano de obra y que

Las mujeres son cruciales para la seguridad alimentaria

En África subsahariana y Asia, las mujeres contribuyen en más del 50% a la producción de alimentos, y de forma característica realizan las tareas agrícolas con requisitos más intensivos de mano de obra. En muchas regiones constituyen el pivote de la agricultura de subsistencia, que tiende a ser más vulnerable a los efectos del VIH/SIDA. Y también suelen ser las responsables de preparar la comida. Las investigaciones efectuadas en Uganda durante los años noventa revelaron que la inseguridad alimentaria y la malnutrición eran los problemas inmediatos más importantes a los que se enfrentaban muchos hogares afectados por el SIDA en los que las mujeres eran las cabezas de familia. Esos factores contribuyen a reducir el consumo y tener dietas menos nutritivas.

con frecuencia tienen menor valor nutricional y/o de mercado. Aunque disminuye la producción y mientran los ingresos, las familias agrícolas pueden ser capaces de afrontar la situación, especialmente en las zonas en las que es posible plantar diferentes cosechas a lo largo del año. Sin embargo, en los lugares donde tienen que plantarse y cosecharse uno o dos cultivos básicos en momentos específicos del año, la pérdida incluso de unos pocos trabajadores en fases cruciales de la plantación o recolección puede cercenar significativamente la producción.

Estos tipos de dificultades también son manifiestos en países con tasas nacionales más bajas de prevalencia del VIH, y a principios de 2002 indujeron al Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas a coordinar un plan de donación de alimentos para familias afectadas por el VIH/SIDA en cuatro países de Asia (Camboya, China, Laos y Myanmar). Se ha propuesto un plan similar para África meridional. El Programa Mundial de Alimentos también ha

llevado a cabo proyectos de seguridad alimentaria para mujeres viudas a causa del SIDA (en Zambia).

Dado que la nutrición requiere un enfoque integrado de la seguridad alimentaria, la salud y la asistencia de las familias, constituye un punto de entrada lógico para ayudar a las comunidades afectadas a luchar contra la epidemia. Por ejemplo, asegurar el derecho de las mujeres y niños a conservar la tierra y los bienes del esposo/padre fallecido ayuda a las familias a afrontar la situación. Otras medidas paliativas consisten en fomentar cultivos con menores requisitos de mano de obra pero que aseguren una alimentación nutritiva, y establecer o ampliar programas de alimentación basados en las escuelas. Por ejemplo, el UNICEF está ampliando el papel de las escuelas como centros de recursos comunitarios, una iniciativa que complementa la propuesta del Programa Mundial de Alimentos de que los programas de alimentación basados en la escuela incluyan «raciones para llevar a casa».

Las respuestas tempranas reportan mayores dividendos

La forma más poderosa de evitar el impacto devastador del VIH/SIDA es actuar antes de perder el control de la epidemia. En Tailandia, los cálculos de rendimiento sobre la inversión en prevención del VIH/SIDA indican que, en 1990-2020, sólo los gastos médicos ahorrados implicarían tasas de rendimiento del orden del 12-33% para dicho periodo. Si se añaden las pérdidas de ingresos evitadas (como beneficios complementarios que derivan del menor número de fallecimientos por SIDA), la tasa de rendimiento se eleva al 37-55%. En el Brasil se estima que, juntamente con sus tan elogiados esfuerzos para proporcionar tratamiento y asistencia universales, sus bien planificados programas de prevención han evitado 234 000 hospitalizaciones en 1996-2000.

El impacto en el sector sanitario

En todos los países afectados, la epidemia de VIH/SIDA está generando una presión adicional sobre el sector sanitario. En los países donde el gasto sanitario por habitante es bajo, los mayores esfuerzos de prevención y asistencia de infecciones de transmisión sexual, el asesoramiento y pruebas del VIH, los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil y el tratamiento y atención del

VIH están tensando al límite los presupuestos y sistemas sanitarios. Conforme madura la epidemia, aumenta la demanda de asistencia para las personas que viven con el VIH/SIDA (como aumenta el número de víctimas entre los profesionales sanitarios). En África subsahariana se ha estimado que los costos médicos directos anuales del SIDA (sin contar la terapia antirretrovírica) ascienden a

unos US\$ 30 por habitante, en un momento en el que el gasto sanitario público global es inferior a US\$ 10 en la mayoría de los países africanos. Incluso en los países de renta elevada que parecen haber contenido la epidemia, existe una presión significativa sobre los presupuestos sanitarios y los planes de seguros de salud. En la Unión Europea, con el cambio de siglo, los costos médicos directos anuales de tratar a los pacientes con el VIH/SIDA oscilaron entre US\$ 3400 por persona, en las fases iniciales de la infección sintomática por el VIH, y más de US\$ 50 000, en las etapas más tardías del SIDA.

Los servicios sanitarios se enfrentan a diferentes niveles de presión, dependiendo del número de personas que soliciten servicios, la naturaleza de las demandas de asistencia sanitaria y la capacidad para proporcionar tal asistencia. En las etapas tempranas de la infección, las personas con el VIH (que experimentan a menudo infecciones bacterianas comunes) tienden a utilizar servicios ambulatorios y de atención primaria de salud.

A medida que la infección por el VIH progresa a SIDA, aumenta el número total de hospitalizaciones relacionadas con el VIH/SIDA. El Informe de Desarrollo Humano de Swazilandia correspondiente a 2001 estimó que las personas que viven con el VIH/SIDA ocuparon la mitad de las camas en algunos centros sanitarios del país. En un hospital tanzano, la prevalencia del VIH entre los pacientes ingresados fue casi del 33%, lo que convierte dicha infección en la principal causa de morbilidad que requiere hospitalización. En Zimbabwe estaba infectado por el VIH el 50% de todos los pacientes ingresados en las salas estudiadas. Sin intervenciones importantes, el problema no hará más que empeorar. El Banco Mundial estima que, en Swazilandia para el año 2004 y en Namibia para el 2005, el número de camas hospitalarias que se necesitarán para los pacientes con SIDA podría superar el número total de camas disponibles.

Las tasas de ocupación hospitalaria, sin embargo, pueden subestimar el impacto real sobre los servicios de salud, dado que en algunas zonas los hospitales ya podrían estar operando por encima de su capacidad. Diversos estudios han sugerido que la epidemia está teniendo un impacto negativo sobre la calidad global de la asistencia. La falta de camas, por ejemplo, implica que las personas tienden a ser ingresadas exclusivamente en las etapas más tardías de la enfermedad, lo que reduce sus probabilidades de recuperación, tal como han constatado algunos hospitales de Kenya. En hospitales de Botswana, por otra parte, se ha informado de una prolongación de los ingresos, junto con escasez y agotamiento del personal. Se está dedicando hasta un 30% más de tiempo al diagnóstico e investigación de los casos, que se están volviendo más complejos a medida que se intensifica la epidemia. Han aumentado las demandas de asesoramiento, mientras que los gastos hospitalarios en fármacos, sábanas, sangre y pruebas del VIH y otras han crecido hasta un 40%. Aparte de esta mayor carga sobre los hospitales y centros sanitarios, a medida que se extienda la epidemia aumentarán significativamente los costos en asistencia básica. Al mismo tiempo, se está ampliando la demanda de servicios de salud, y la infección por el VIH/SIDA incide en un número creciente de profesionales sanitarios. Malawi y Zambia, por ejemplo, están experimentando incrementos de 5-6 veces en las tasas de morbilidad y mortalidad del personal sanitario. Para compensar esta pérdida, se ha estimado que en el caso de África meridional la formación de médicos y enfermeras tendría que aumentar alrededor del 25-40% durante el periodo 2001-2010. La mayor carga de trabajo y estrés también podrían alentar la emigración de profesionales sanitarios. Reconociendo la necesidad de reforzar el sector sanitario, los líderes africanos que asistieron a la Cumbre sobre el SIDA de la Organización para la Unidad Africana, celebrada en abril de 2001, se comprometieron a destinar a dicho sector el 15% de sus presupuestos anuales totales.

La aparición de iniciativas comunitarias de asistencia a domicilio, organizadas a menudo por personas que viven con el VIH/SIDA, se ha convertido en una de las características más notables de la epidemia y en uno de los mecanismos fundamentales para mitigar su impacto. Aunque la asistencia domiciliar se ha iniciado a nivel de comunidad y corre a cargo a menudo de organizaciones religio-

sas o no gubernamentales, su eficacia depende del apoyo de los sectores formales en los campos de la salud, bienestar social y otros. En Sudáfrica, un cálculo reciente del costo probable de proporcionar asistencia y apoyo a domicilio en todo el país llegó a la conclusión de que, aunque no se trata de una opción barata, sí es asequible (véase la sección «Atención, tratamiento y apoyo»).

El impacto en la educación

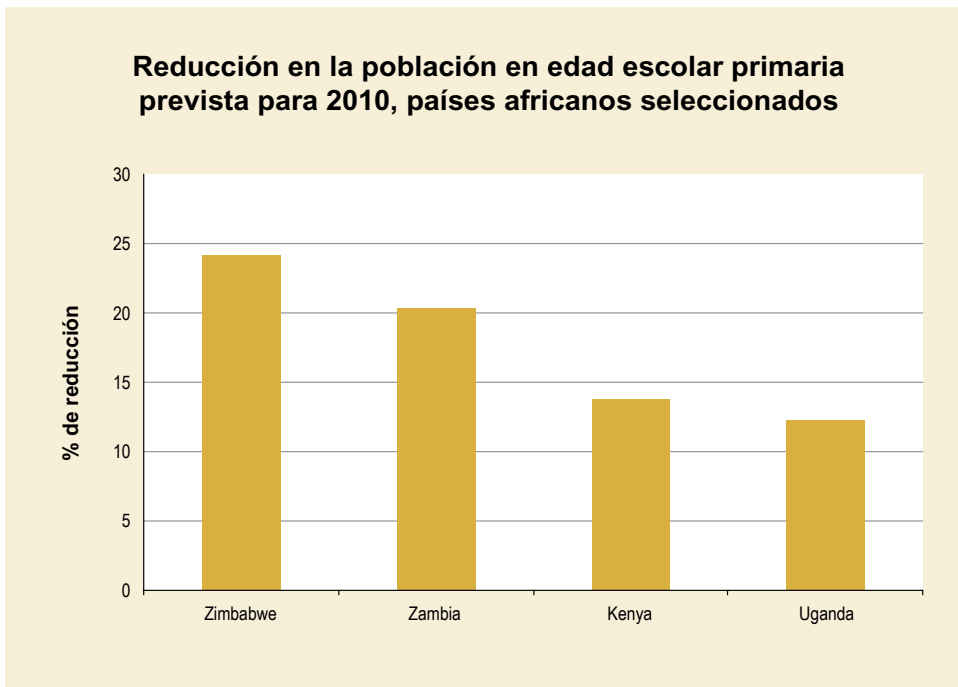
La capacidad de las escuelas y demás instituciones docentes para seguir funcionando (como parte de la infraestructura esencial de las sociedades y comunidades) determinará en gran medida cómo acabarán recuperándose las sociedades de la epidemia.

Uno de los efectos más visibles de la epidemia de VIH/SIDA es el descenso en el número de matrículas escolares. Entre los factores contribuyentes figuran: el abandono de la escuela por parte de niños que tienen que cuidar a sus padres u otros miembros de la familia; la imposibilidad de pagar

las matrículas escolares y otros gastos; la infecundidad relacionada con el SIDA y el descenso de la tasa de natalidad, que se traducen en un número menor de niños y hacen que haya más niños infectados que no sobrevivan durante todos sus años de escolarización (véase figura 11).

Por ejemplo, según un estudio de la División de Economía Sanitaria e Investigación del SIDA de la Universidad de Natal (Sudáfrica), en 2001 la tasa de matriculación de escolares en el primer curso de la escuela primaria en ciertas partes de la

Figura 11



Fuente: Banco Mundial, 2000

provincia de KwaZulu-Natal fue un 20% menor que en 1998. La penuria económica era un factor importante en esta tendencia, pero el estudio también señalaba que algunos niños no vivían lo suficiente para entrar en la escuela. En la República Centroafricana y Swazilandia se ha comunicado que la matriculación escolar ha disminuido un 20-36% a causa del SIDA y la orfandad, y que las muchachas son las más afectadas.

Con el fallecimiento de un número creciente de maestros, el SIDA también está deteriorando la capacidad de los sistemas educativos para llevar a cabo su función social básica. Un estudio reciente en Manicaland (Zimbabwe) comprobó que estaban infectados por el VIH el 19% de los maestros varones y cerca del 29% de las maestras, una prevalencia casi idéntica a la de los varones y mujeres trabajadores de la población general. Según el Sindicato de Maestros Democráticos de Sudáfrica, la mortalidad relacionada con el SIDA entre los maestros de todo el país aumentó más de un 40% en 2000-2001 (a juzgar por el número

de peticiones del plan funerario ofrecido por el sindicato entre junio de 2000 y mayo de 2001). La morbilidad y mortalidad de los maestros resultan especialmente devastadoras en las zonas rurales, donde es frecuente que las escuelas dependan en gran medida de uno o dos maestros. Además, no es fácil reemplazar a maestros cualificados. Swazilandia ha calculado que, sólo para mantener los servicios al nivel de 1997, tendrá que formar a 13 000 nuevos maestros durante los próximos 17 años, 7000 más de los que hubiera necesitado en ausencia del SIDA.

Mientras que la pérdida de maestros y administradores afecta directamente a la calidad de la educación, también existe el peligro de que las demandas de servicios sanitarios y de bienestar social induzcan a desviar recursos de la educación hacia otros sectores. Los costos asociados a la formación de nuevos maestros y a la contratación de maestros suplentes también gravarán fuertemente los presupuestos, impidiendo inversiones en infraestructura, materiales y recursos humanos. Esas

Ir más allá de lo evidente: adaptar la educación

El SIDA obliga a diseñar nuevas formas de convertir la educación en un arma contra la epidemia. Los planificadores escolares y los responsables de formular políticas empiezan a imaginar formas de escolarización alternativas, como estructurarla en torno a módulos y semestres, en vez de hacerlo en torno a grados relacionados con la edad.

Con un proyecto en 11 países africanos, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (ADI) ayuda a las escuelas a hacer hincapié en la prevención basada en el aula, los mensajes de capacitación para la vida y los programas dirigidos a niños que han abandonado la escuela para cuidar a sus padres enfermos o porque tienen que trabajar para mantener la familia. Entre las intervenciones figura un programa de educación interactiva por radio que se ensayó en Zambia con el fin de proporcionar formación a los huérfanos y niños vulnerables. La Organización de Ayuda a las Personas con SIDA (TASO) –un grupo ugandés que tradicionalmente ha brindado respaldo a personas que viven con el VIH/SIDA– comprobó que la principal preocupación de los padres que cuidan a niños huérfanos y vulnerables era el costo asociado a la escolarización. TASO apoya actualmente a 232 estudiantes de primaria, secundaria y formación profesional cubriendo sus matrículas escolares y materiales didácticos. El programa también forma a maestros en cuanto a aptitudes básicas de asesoramiento y ofrece seminarios para niños y tutores, de modo que ambas partes tengan un foro para discutir y encontrar soluciones a sus problemas. La reincorporación de maestros jubilados constituye otro medio de afrontar las limitaciones que padecen los sistemas educativos como consecuencia del SIDA.

mejoras son imprescindibles para los países que pretenden competir en una economía mundial cada vez más basada en el conocimiento.

Entre los esfuerzos para evitar estas nefastas perspectivas destaca la Iniciativa Ed-SIDA del Banco Mundial. Aparte de crear medios para una planificación y administración proactivas, ese plan forma a planificadores educativos con el fin de que operen cambios en el suministro y demanda

de educación. Algunos ejemplos incluyen realizar proyecciones sobre la morbilidad y mortalidad de maestros; calcular si habrá un número suficiente de maestros para alcanzar los objetivos educativos, y analizar las realidades y necesidades cambiantes de los estudiantes. Hasta la fecha, Ed-SIDA ha formado a planificadores en 10 países africanos, y la iniciativa también ha empezado a extenderse a otros países de África subsahariana.

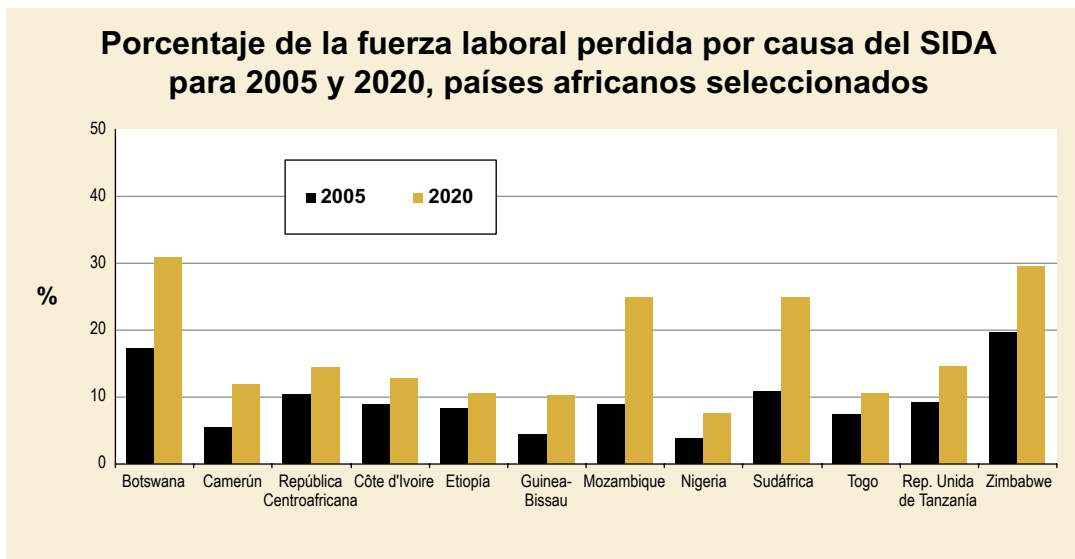
3 Impacto en las empresas y los lugares de trabajo

El VIH/SIDA afecta enormemente al mundo laboral, frenando la actividad económica y el progreso social. La inmensa mayoría de las personas que viven con el VIH/SIDA en todo el mundo tiene entre 15 y 49 años, la edad más productiva de su vida.

La productividad y la rentabilidad son preocupaciones fundamentales para las empresas, grandes y pequeñas. El SIDA debilita la actividad económica al reducir la productividad, añadir costos, desviar recursos productivos y mermar capacidades.

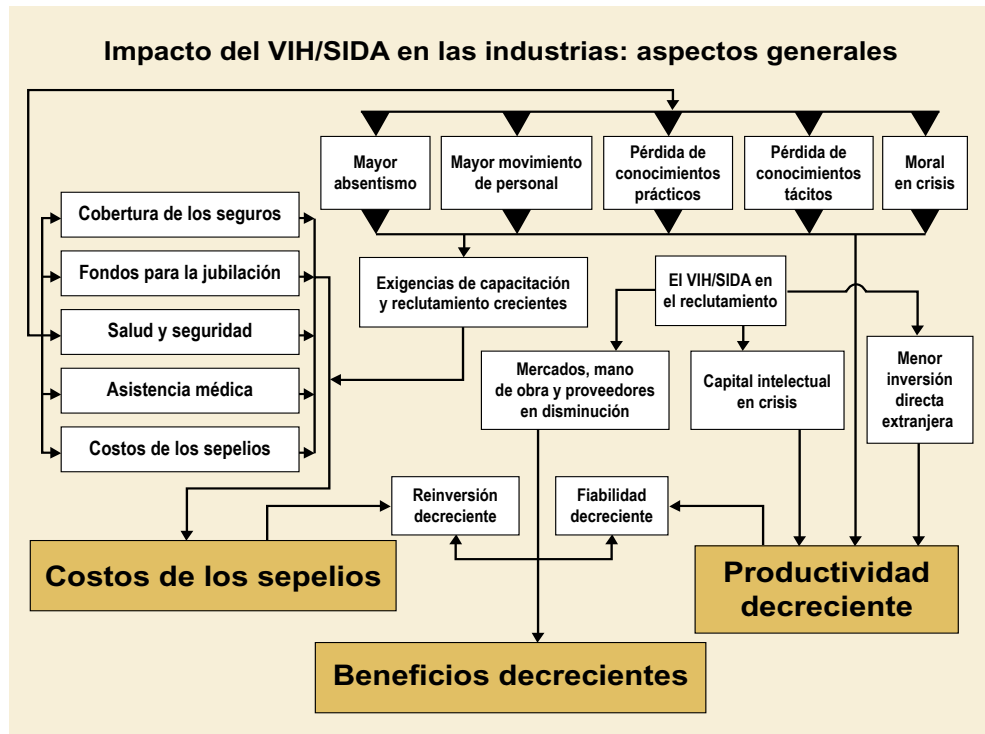
Además, a medida que crece el impacto sobre las familias, puede reducirse la demanda de los mercados de productos y servicios. La epidemia incide principalmente en la productividad al aumentar el absentismo, la desorganización administrativa y la pérdida de conocimientos prácticos y «memoria organizativa». El absentismo creciente tiende a elevar los costos visibles, al tiempo que socava la productividad y hace peligrar los beneficios. Es posible que se interrumpan los ciclos de

Figura 12



Fuente: OIT (2000). Proyecciones demográficas y de la fuerza laboral (POPULO); Departamento de las Naciones Unidas de Asuntos Sociales y Económicos Internacionales (1998). *Perspectivas demográficas mundiales, revisión de 1998*

Figura 13



Fuente: ONUSIDA (2000). Adaptado de *La respuesta empresarial al VIH/SIDA. Impacto y enseñanzas adquiridas*

producción, que la maquinaria permanezca parada y que sea necesario contratar y formar a trabajadores temporales. Algunos estudios comparativos en empresas de África oriental han demostrado que el absentismo puede representar hasta el 25-54% de los costos de la empresa. A menudo se pierde el control de calidad sobre los productos y servicios, lo que puede erosionar la base de clientes.

Un estudio en diversos países de África meridional ha estimado que el impacto combinado del absentismo relacionado con el SIDA, el descenso de la productividad, los gastos sanitarios y los gastos de contratación y formación de personal puede recortar los beneficios en un mínimo del 6-8%. NamWater, la mayor empresa depuradora de agua de Namibia, ha comunicado que el VIH/SIDA está afectando su funcionamiento a causa del aumento del absentismo y el descenso de las tasas de productividad.

El impacto sobre las empresas informales puede ser especialmente duro. Cuando el empresario principal pierde la capacidad de trabajar, existe un

alto riesgo de que se hunda toda la empresa.

Las elevadas tasas de absentismo, morbilidad y mortalidad desencadenan una desorganización creciente en la fuerza laboral como consecuencia del mayor recambio de personal, la pérdida de conocimientos prácticos y la debilitación de la moral. Un estudio en una compañía de autobuses de Zimbabwe reveló que el absentismo a causa del SIDA representaba el 54% de todos los costos relacionados con esa enfermedad, seguido por las enfermedades sintomáticas secundarias al VIH (35%). La pérdida de conocimientos prácticos tiende a ser el factor de costo más citado en las fábricas. Así, incluso en las zonas con elevadas tasas de desempleo (y con una reserva aparentemente inacabable de mano de obra semicualificada o no cualificada) acaba produciéndose una pérdida considerable de capacidades y conocimientos visibles e invisibles. En la figura 13 se ilustra la interrelación de los efectos. Para responder a estos problemas, las empresas tienen que invertir más en reclutamiento y formación.

Qué se puede hacer

En 1999/2000, la empresa minera de diamantes Debswana (Botswana) llevó a cabo una auditoría institucional para conocer con mayor detalle el impacto de la epidemia en la empresa y sus operaciones. Descubrió que las jubilaciones por problemas de salud y los fallecimientos relacionados con el SIDA habían aumentado notablemente. En 1996, el 40% de las jubilaciones y el 37,5% de las defunciones entre los trabajadores fueron debidos al VIH/SIDA; en 1999, esos porcentajes se habían elevado hasta el 75% y 59%, respectivamente. Los hospitales de la empresa también están registrando más ingresos de trabajadores por enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA. Se solicitó una respuesta concertada.

La auditoría examinó los niveles de conocimientos prácticos, la facilidad de formación y sustitución de capacidades pertinentes y también los costos relacionados. Analizó estrategias de reducción del riesgo para cargos de importancia fundamental; calculó responsabilidades civiles y costos asociados a los beneficios; desarrolló sistemas de supervisión de la productividad, y examinó opciones y costos potenciales del tratamiento. El resultado fue el desarrollo de una política de referencia que cubre el 90% del costo del tratamiento antirretrovírico para los trabajadores y sus cónyuges, y que exige que los proveedores de bienes y servicios para la empresa tengan implantados programas sobre el VIH. Además, se confirió máxima prioridad a las medidas preventivas.

Es probable que los costos de las empresas en asistencia sanitaria, prestaciones por servicios funerarios y fondos de pensiones crezcan de forma inesperada a medida que aumenten las jubilaciones anticipadas y los fallecimientos prematuros. Un estudio en una hacienda agrícola comercial de Kenya indicó que los gastos médicos relacionados con el SIDA habían superado en un 400% las cifras previstas. Los costos funerarios, que a veces cubren los empleadores, especialmente en África, también están aumentando de manera exorbitante. Sin embargo, estos efectos no se limitan a los países del sur. En los Estados Unidos de América, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades han comunicado que, en empresas de alrededor de 1000 empleados, cada trabajador con el VIH tuvo un costo quinquenal para su empresa de entre US\$ 17 000 y US\$ 32 000. Así pues, fomentar los programas de prevención es una buena medida económica. La prestación de asistencia sanitaria también es una inversión rentable, ya que limita o previene la enfermedad y el absentismo.

¿Prescindir del impacto potencial?

Muchas empresas aún no consideran la epidemia una amenaza importante. Una serie de valoraciones rápidas efectuadas por la OIT examinó las ideas que tenían sobre la epidemia directivos de empresas de diversos tamaños y sectores. En Sudáfrica, aunque más del 60% pensaba que la epidemia era una amenaza muy grave a nivel nacional, sólo un 20% creía que también amenazaba seriamente su empresa. Entre los empleadores conscientes del problema (especialmente en los sectores del transporte, minería y fabricación), la mayoría dijo que el VIH/SIDA ya había afectado a la productividad y que sus repercusiones estaban aumentando notablemente los costos. Aunque las empresas en los sectores comercial y financiero comunicaron un impacto apenas visible sobre los gastos sanitarios, la mayoría de ellas indicó que ya se estaban viendo afectadas por el creciente absentismo (véase «Foco de atención: SIDA y mundo del trabajo»).

Impacto macroeconómico: real pero esquivo

Debido a su impacto en la fuerza laboral, las familias y las empresas, el VIH/SIDA puede actuar como importante freno para el crecimiento y el desarrollo económicos. Para llevar a cabo una planificación estratégica nacional eficaz y tomar las medidas oportunas de promoción y sensibilización, es importante conocer de forma fidedigna el impacto del VIH/SIDA sobre la economía nacional y sus diferentes sectores y participantes.

Diversos estudios coinciden en que el efecto neto de la epidemia sobre el crecimiento del producto interior bruto (PIB) por habitante es negativo y posiblemente sustancial. Se ha estimado que, en países con tasas nacionales de prevalencia del VIH/SIDA del 20%, el crecimiento anual del PIB disminuye un promedio de 2,6 puntos porcentuales. Algunos cálculos más recientes han apuntado que la tasa de crecimiento económico en África subsahariana ha disminuido un 2-4% como consecuencia del SIDA. Por otra parte, estudios de ámbito nacional han pronosticado que, en 2015, las economías de Botswana y Swazilandia crecerán 2,5 y 1,1 puntos porcentuales menos, respectivamente, de lo que lo hubieran hecho en ausencia de la epidemia. Las proyecciones a largo plazo para Mozambique indican que el SIDA reducirá el PIB y podría desalentar a los inversores tanto nacionales como extranjeros.

A comienzos de la próxima década, Sudáfrica, que representa alrededor del 40% de la producción económica de África subsahariana, tendrá un PIB real un 17% menor de lo que hubiera sido sin la epidemia. Un estudio ha pronosticado que, en 2000-2015, el crecimiento anual de la economía sudafricana será un 0,3-0,4% menor de lo que hubiera sido en ausencia del SIDA. Las investigaciones también han demostrado que, a pesar de que el SIDA tendrá un máximo impacto en sectores relativamente no cualificados del mer-

cado de mano de obra, los niveles de desempleo permanecerán prácticamente invariables. Según una encuesta anual entre inversores a cargo de BusinessMap SA, la epidemia de SIDA ha acrecentado el perfil de riesgo para las inversiones en África meridional. Los inversores buscan ahora tasas adicionales de rentabilidad del 15-20% en Sudáfrica y del 25% o superiores en el resto de la región.

Se prevé que el impacto económico incida también en otros continentes. Las investigaciones realizadas por la Universidad de las Indias Occidentales han estimado que, en 2005, el SIDA podría causar una pérdida promedio del 5% en el PIB de Jamaica y Trinidad y Tabago. Un estudio ha previsto que, en el Caribe, el PIB en 2005 será aproximadamente un 4,2% menor de lo que hubiera sido sin la epidemia.

Se requieren nuevas investigaciones para lograr mayor precisión en el establecimiento de modelos del impacto macroeconómico. Es particularmente importante delimitar el impacto del SIDA sobre el debilitamiento de las economías y diferenciarlo del que tienen otros factores, como el deterioro de las condiciones comerciales, la enorme carga de la deuda externa y los efectos de reajustes estructurales, gobiernos débiles, inestabilidad política y conflictos. Los cálculos por habitante también pueden disfrazar y subestimar el impacto humano del SIDA. La epidemia mata a personas, además de mermar la productividad económica. En los contextos en los que abundan las actividades económicas informales (incluida la agricultura de subsistencia), la producción económica medida sólo friega la superficie del impacto global del VIH/SIDA sobre el sustento, la seguridad alimentaria, el bienestar comunitario y el destino de las sociedades.

La seguridad, en peligro

El SIDA genera una mayor demanda de recursos y servicios a todos los niveles de la sociedad, mientras debilita simultáneamente los puntales de la economía y el Estado. Por lo que respecta a economía y desarrollo, algunos de los países más afectados ya antes de que apareciera la epidemia estaban luchando contra retos colosales de desarrollo, cargas excesivas de deuda externa y empeoramiento de las condiciones de comercio. Esto resulta especialmente obvio en muchos países de África subsahariana, pero también es aplicable, cada vez más, a algunos países de la antigua Unión Soviética donde los reveses socioeconómicos han acompañado a la reestructuración económica. El VIH/SIDA está exacerbando esas debilidades de formas muy diversas. Si no se introducen respuestas eficaces y se permite que la epidemia se descontrole, sus numerosos efectos pueden multiplicarse en cascada sobre toda la sociedad y acentuar el riesgo de inseguridad, tal como ya están empezando a descubrir los responsables de la formulación de políticas.

Comprendiendo las implicaciones de seguridad del VIH/SIDA, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas hizo historia en enero de 2000 al debatir por primera vez una cuestión de salud. Al adoptar la Resolución 1308 (2000), subrayó la amenaza potencial que plantea la epidemia para la seguridad internacional, sobre todo en contextos de conflicto y pacificación.

Reacción en cadena

En cualquier país, la estabilidad y el progreso dependen de la cohesión social. Los ciudadanos tienen que confiar en el imperio del derecho, creer que el Estado protege sus intereses más básicos y saber que ellos y sus hijos pueden aspirar a mejores niveles de vida. La epidemia de SIDA debilita muchos de esos pilares de la cohesión social. Esto

es debido a que el VIH/SIDA, junto con otros factores (como guerras y estancamiento económico), puede tener un efecto destructivo sobre la seguridad humana; es decir, sobre el derecho de las personas a la seguridad frente a las amenazas del hambre, la enfermedad y la represión. Esto es especialmente importante teniendo en cuenta que muchos países tanto en la región con una epidemia de crecimiento más rápido (Europa oriental) como en la región con las tasas más elevadas de prevalencia del VIH (África subsahariana) son democracias nacientes donde las reestructuradas burocracias estatales están intentando reforzar la confianza de los ciudadanos.

En muchos de los países más afectados por el VIH/SIDA, la capacidad de los Estados para apoyar a las familias ha sufrido reveses importantes durante las dos últimas décadas. Al añadir más presión a los presupuestos nacionales y debilitar las instituciones, la epidemia hace aún más difícil que el Estado pueda llevar a cabo una de sus obligaciones fundamentales: proteger a los ciudadanos del sufrimiento humano, incluidos el hambre, la enfermedad y la miseria. La epidemia no perdona al personal formado y cualificado que administra y gestiona el Estado y otras grandes instituciones. En Zambia se ha comprobado que casi los dos tercios de las defunciones entre cargos directivos son atribuibles al SIDA, y un estudio del ING Barings Bank ha previsto que el 23% de la fuerza laboral cualificada de Sudáfrica será VIH-positivo en 2005. Cuando faltan los servicios esenciales —especialmente en los campos de la sanidad, educación, bienestar social y justicia—, las familias más pobres y vulnerables son las que tienen que soportar lo peor de las consecuencias. Incluso en los lugares donde logran resistir las redes locales de seguridad social, tradicionales o nuevas, la incapacidad del Estado para apoyar esos sistemas comunitarios de adaptación puede socavar su legitimidad.

El impacto potencial de la epidemia sobre el imperio del derecho es especialmente importante. Aunque resulta difícil obtener estadísticas, en los países con una alta prevalencia las tasas de agotamiento entre el personal de las instituciones jurídicas y policiales parecen estar a la par con las de los demás sectores (como salud y educación). En Kenya, por ejemplo, se ha estimado que el SIDA es responsable de hasta las tres cuartas partes de todos los fallecimientos en el cuerpo policial (véase la sección «Prevención»). Este sector también incluye a jueces, fiscales, procuradores y abogados, todos ellos actores para el mantenimiento del imperio del derecho y la estabilidad sociopolítica.

Un Estado menos capaz de proporcionar servicios sociales —ya sea educación, salud o justicia— puede fomentar sin proponérselo el descontento político y debilitar su propia legitimidad. A través de su impacto en la capacidad del Estado y de la comunidad, el SIDA puede contribuir pues a la ruptura social y quizás incluso a la conflictividad civil. Esa ruptura perjudica invariablemente a los sectores más vulnerables de la sociedad. En estas circunstancias, los niños huérfanos a causa del SIDA, por

ejemplo, quedan en una situación de especial vulnerabilidad y, en determinados contextos, pueden ser persuadidos para que se incorporen a actividades militares/paramilitares, con la perspectiva de vínculos de «familia» y la promesa de comida y artículos de consumo.

Pero no todo son desgracias. En muchos países, la epidemia está provocando nuevas formas de movilización que se plasman en la creación de organizaciones y redes sociales para luchar contra el SIDA. Esto, a su vez, sirve como vigorizador de la sociedad civil, tal como demuestra el presente informe. Las redes de apoyo de base comunitaria se están movilizando en torno a la epidemia, y los grupos pro derechos sociales defienden públicamente el acceso al tratamiento, la protección de los derechos humanos y la mejora de las condiciones socioeconómicas. Las iniciativas emprendidas por la comunidad y otras fuerzas populares (y apoyadas por el Estado y el sector privado) han resultado cruciales en los países que luchan contra la epidemia. En todos esos casos, las personas han decidido actuar sobre la base de la compasión y la solidaridad, y no del miedo y la negación.

Romper el círculo vicioso

Dado el impacto singularmente devastador del VIH/SIDA sobre las familias, comunidades y sociedades enteras, las políticas nacionales y las estrategias de reducción de la pobreza tienen que adaptarse y ampliarse en consonancia. A menos que esto suceda, el SIDA seguirá socavando los logros de desarrollo humano, ahondando la pobreza y dificultando aún más el acceso a la educación, la salud y los medios de sustento posibles.

Desarrollar la capacidad humana para responder al VIH/SIDA

Por más cuidadosos que hayan sido los procesos de recopilación y cotejo, los datos sólo pueden insinuar el impacto humano de la epidemia, ya sea a nivel mundial, social, familiar o individual. Movilizar y desarrollar la capacidad humana para afrontar y superar los efectos del VIH/SIDA es, pues, una parte esencial de una respuesta eficaz.

Declaración de compromiso

Para 2003, incorporar las prioridades de la prevención, atención, tratamiento, apoyo y reducción de los efectos del VIH/SIDA en los planes de desarrollo, incluidas las estrategias de erradicación de la pobreza, las asignaciones de los presupuestos nacionales y los planes de desarrollo sectorial; (párrafo 38).

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001, Nueva York.

A menudo, las circunstancias han determinado que los responsables políticos y líderes sociales confieran la dirección de ciertas iniciativas a miembros de la comunidad, en lugar de ubicarlos en la parte receptora como meros «beneficiarios» o «clientes». En Zambia, por ejemplo, se ha formado un Equipo Nacional de Facilitación para asegurar que se nutran y amplíen las respuestas locales. Los miembros que participan en el equipo provienen de redes y organizaciones nacionales y locales interesadas en desarrollar la capacidad humana como parte de su respuesta al VIH/SIDA. El equipo está desarrollando formas innovadoras de transmitir conocimientos que permitan a las redes y organizaciones aprender de las experiencias locales. El trabajo del equipo cuenta con la colaboración de la Asociación de Salud Comunitaria de Zambia y el Ejército de Salvación, con apoyo del ONUSIDA.

Dentro del sector educativo, el VIH/SIDA se está cobrando víctimas tanto entre los maestros como entre los alumnos. Las Naciones Unidas (UNICEF, UNESCO, OMS y el Banco Mundial) iniciaron la Asociación FRESH (Enfocar Recursos en Salud Escolar Eficaz), que colabora con sindicatos docentes afiliados a la Internacional de la Educación, ministerios de educación y asociaciones de maestros con el fin de contribuir a reforzar la capacidad de éstos tanto para reducir sus propios riesgos como para proporcionar a los estudiantes servicios de prevención relacionados con el VIH/SIDA. La crisis bilateral dentro del sector educativo sólo podrá

abordarse afrontando directamente las cuestiones de la escasez de maestros y los riesgos que corren los estudiantes.

En el Caribe –la segunda región más afectada del mundo– se han emprendido acciones con el fin de reforzar la capacidad humana para afrontar las necesidades de índole asistencial que genera la epidemia. Como ayuda para abordar tales necesidades, se ha creado la red Formación Regional sobre el VIH/SIDA en el Caribe, que pretende involucrar a las comunidades e individuos afectados directamente por el VIH/SIDA en la formación de proveedores de servicios. Los países que han demostrado experiencias satisfactorias en ciertas áreas de servicios actuarán como eje para las iniciativas educativas en los Estados vecinos. El objetivo es reforzar aún más la capacidad local, en vez de depender de recursos humanos temporales importados de otras partes.

Defender los servicios públicos y el gobierno democrático

Se requieren esfuerzos especiales para asegurar el mantenimiento de servicios públicos esenciales. Es fundamental un acceso equitativo a servicios públicos básicos, lo que exige suprimir con urgencia las tarifas que pagan los usuarios más pobres por tales servicios. El impacto del VIH/SIDA en los servicios públicos debe examinarse a la luz tanto de la mayor demanda como de la menor capacidad de suministro. Es prioritario reemplazar a los profesionales cualificados, especialmente en

los países de renta baja donde los gobiernos dependen en gran medida de un pequeño número de dirigentes y responsables políticos para gestionar la administración pública y los servicios sociales fundamentales.

En Malawi, por ejemplo, el Gobierno ha emprendido una revisión significativa del impacto del VIH/SIDA sobre los recursos humanos del sector público, y se está preparando para introducir medidas que permitan mantener la productividad y asegurar el apoyo a los empleados afectados por la epidemia. El Gobierno está examinando el desarrollo de un sistema que facilite el rastreo de la morbilidad, mortalidad y absentismo en los servicios públicos, así como la creación de un fondo para ayudar al personal a cubrir los costos funerarios y asegurar el reclutamiento y formación rápidos de funcionarios suplentes. También está reajustando las políticas de gestión de recursos humanos para asegurar la prosecución de servicios esenciales, y ha empezado a reforzar las actividades de prevención y asistencia en el lugar de trabajo.

Reducción intensificada de la pobreza

Las estrategias de desarrollo social y económico que tienen más probabilidades de reducir la pobreza son aquellas que se adaptan a los retos singulares que plantea el VIH/SIDA. En los países afectados por el SIDA no es fácil alcanzar una reducción sostenible de la pobreza a menos que las políticas macroeconómicas se dirijan también a:

- Reducir las desigualdades.
- Mejorar el acceso a recursos productivos para segmentos más amplios de la población.
- Aumentar el presupuesto discrecional (por ej., reduciendo las cargas de la deuda).
- Incrementar el gasto público en servicios esenciales, como educación sanitaria y suministro de agua potable.

- Impulsar las oportunidades de empleo.
- Reforzar los sistemas e infraestructuras sociales.

No se trata de cuestiones nuevas: el SIDA simplemente las hace más urgentes.

Las iniciativas que se requieren para los planes de alivio de la deuda (como las estrategias de reducción de la pobreza) tienen mayores probabilidades de generar beneficios duraderos si incluyen compromisos y objetivos relacionados específicamente con la prevención y atención del VIH y la mitigación de su impacto. Dichos objetivos podrían abarcar un acceso mejorado a servicios esenciales para los supervivientes del SIDA (especialmente niños huérfanos), así como una mayor seguridad alimentaria. En Burkina Faso, por ejemplo, El Documento Estratégico de Reducción de la Pobreza que se requiere para percibir el alivio de la deuda incluye el VIH/SIDA como prioridad importante. En consecuencia, el Gobierno ha decidido destinar una parte de los ahorros conseguidos con el alivio de la deuda a la prevención y apoyo del VIH/SIDA, además de proporcionar recursos adicionales y asegurar que la respuesta al VIH/SIDA se convierta en una parte central del plan de desarrollo del país. En Uganda, el Plan Nacional de Acción para la Erradicación de la Pobreza se centra especialmente en aliviar el impacto del VIH/SIDA en las familias y comunidades. Los recursos del Fondo Nacional de Acción contra la Pobreza se canalizan hacia los pueblos y distritos, donde sirven para apoyar a supervivientes de familias afectadas por la epidemia a través de actividades generadoras de ingresos, programas de microcréditos, formación y mayor acceso de los huérfanos a la escolarización.


Un sistema mundial más equitativo

Muchos de los países más marginados del mundo también necesitan solidaridad, cooperación y apoyo financiero internacionales a largo plazo. Las inver-

3

siones y flujos comerciales más equitativos pueden ayudar a asegurar que el progreso económico mundial también beneficie a los pobres del planeta. Lo mismo podría conseguirse con niveles superiores de Asistencia Oficial para el Desarrollo como apoyo a las estrategias de reducción de la pobreza y la mejora de los servicios sociales. Desde 1990, la Asistencia Oficial para el Desarrollo proporcionada a los 28 países con las tasas más elevadas de prevalencia del VIH en adultos (más del 4%) ha disminuido en un tercio (véase sección «Atender las necesidades»).

Durante las dos últimas décadas se han adoptado

algunas medidas admirables y potencialmente decisivas para llegar a controlar el VIH/SIDA. Es evidente, por primera vez, el reconocimiento político general de la crisis, junto con el compromiso para afrontarla. Se han introducido docenas de estrategias contra el SIDA, algunas de ellas ya completadas. Se están forjando nuevas asociaciones, en las que las organizaciones comunitarias locales, como siempre, desempeñan un papel pionero. Aun así, frente al panorama de desolación que ha creado la epidemia, resulta igualmente evidente que hay que hacer mucho más, y sin ulteriores demoras. 

Foco de atención: SIDA y derechos humanos

En un mundo con SIDA, la falta de protección de los derechos humanos puede convertirse en una cuestión de vida o muerte. A la inversa, la salvaguarda de tales derechos puede permitir que las personas eviten la infección o, si ya están infectadas, que afronten de forma más satisfactoria sus efectos.

El VIH ha ahondado las fisuras sociales y económicas de las comunidades y sociedades, y está ensanchando cada vez más tales grietas. En todo el mundo, los más afectados por el VIH/SIDA son los individuos y comunidades que tienen un acceso desigual a derechos sociales y económicos fundamentales. La negación de los derechos básicos limita las opciones de las personas para defender su autonomía, desarrollar medios viables de sustento y protegerse a sí mismas, lo que las hace más vulnerables tanto a la infección por el VIH como al impacto de la epidemia sobre su vida.

Es necesario, pues, valorar la epidemia en el contexto de los derechos humanos. Contemplar la epidemia desde esta perspectiva también permite

resaltar algunos de los requisitos previos para una respuesta eficaz: integrar principios, normas y criterios tal como están establecidos en los actuales instrumentos internacionales de derechos humanos, y utilizar las instituciones nacionales e internacionales existentes para hacer realidad tales derechos. En Ghana, por ejemplo, el Marco Estratégico Nacional para el VIH/SIDA incluye actualmente un capítulo sobre la creación de un entorno propicio que identifique estrategias para abordar los derechos humanos, así como las cuestiones jurídicas y éticas relacionadas. Los principios de no discriminación están integrados en la estrategia, que también prohíbe las pruebas obligatorias del VIH.

Los derechos humanos que se relacionan de forma crítica con la reducción de la vulnerabilidad al VIH/SIDA y la mitigación del impacto de la epidemia están presentes en muchos de los actuales instrumentos de derechos humanos, como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos,

Declaración de compromiso

En 2003, promulgar, reforzar o aplicar, según sea el caso, leyes, regulaciones y otras medidas tendientes a eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con el VIH/SIDA y los miembros de grupos vulnerables, así como asegurar que disfruten plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales (párrafo 58).

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001, Nueva York.

Cuadro 2

Algunos principios fundamentales de derechos humanos	Acción relacionada con el VIH/ SIDA	Instrumentos pertinentes de derechos humanos
<p>Derecho al máximo nivel alcanzable de salud física y mental</p>	<p>Asegurar la disponibilidad de herramientas y servicios de prevención del VIH (como tratamiento para infecciones de transmisión sexual; provisión de preservativos masculinos y femeninos, y asesoramiento y pruebas voluntarias), junto con fármacos para infecciones oportunistas, calmantes, analgésicos y antirretrovíricos. Asegurar la provisión de la infraestructura y el personal sanitarios necesarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos • Artículo 12 del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales • Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer • Artículos 24 y 25 de la Convención sobre los Derechos del Niño
<p>Derecho a información y educación</p>	<p>Proporcionar información y educación relativas a salud sexual y prevención del VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Artículo 19 de la Declaración Universal de Derechos Humanos • Artículo 17 del Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos • Artículo 37 de la Convención sobre los Derechos del Niño
<p>Derecho a la intimidad</p>	<p>Asegurar que el asesoramiento y las pruebas sean voluntarios, y que los resultados de éstas sean confidenciales; garantizar el derecho a la no revelación de los resultados a terceros</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Artículo 12 de la Declaración Universal de Derechos Humanos • Artículo 17 del Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos • Artículo 37 de la Convención sobre los Derechos del Niño
<p>Derecho a compartir los avances científicos y sus beneficios</p>	<p>Asegurar un acceso más amplio a profilaxis básica contra el dolor y antibióticos para el tratamiento de infecciones de transmisión sexual y enfermedades relacionadas con el VIH, así como a terapias y tratamientos relacionados con el VIH/SIDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Artículo 27 de la Declaración Universal de Derechos Humanos • Artículo 15 del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales



Sociales y Culturales, el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño.

Los principios de no discriminación, igualdad y participación son capitales para una estrategia eficaz contra el VIH/SIDA que integre los derechos humanos. En concreto, los principios más pertinentes de derechos humanos para proteger la dignidad de las personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA, así como para prevenir la propagación de la infección, son: no discriminación; derecho a la salud; derecho a la igualdad entre hombres y mujeres; derechos de los niños; derecho a la intimidad; derecho a educación e información; derecho al trabajo; derecho a casarse y fundar una familia; derecho a seguridad social, asistencia y bienestar social; derecho a la libertad, y derecho a la libertad de movimiento.

En el contexto del VIH/SIDA, los gobiernos tienen la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos. Existe un marco de responsabilidad plasmado en una serie de instrumentos internacionales establecidos a lo largo de los últimos 50 años. De hecho, los dos últimos años han atestiguado un reconocimiento más amplio de las interpretaciones de los marcos de derechos humanos en relación con el VIH/SIDA:

- El Comentario General 14 sobre el Derecho a la Salud (mayo 2000), adoptado por el Comité de

Derechos Económicos, Sociales y Culturales, sitúa varias características clave del derecho a la salud dentro del contexto del VIH/SIDA. Entre ellas figuran la disponibilidad, aceptabilidad y accesibilidad de centros sanitarios, bienes, servicios y programas de salud pública funcionales.

- La Resolución 2001/33 de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos relativa a «Acceso a medicación en el contexto de pandemias como la de VIH/SIDA» reconoce que el acceso a medicación en el contexto de epidemias como la de VIH/SIDA es fundamental para lograr el cumplimiento pleno del derecho al nivel máximo alcanzable de salud física y mental. La resolución hace un llamamiento a los Estados para que implanten políticas que promuevan la disponibilidad de medicaciones relacionadas con el VIH/SIDA, en cantidades suficientes y de formas que resulten accesibles a todas las personas.

El vínculo integral entre VIH/SIDA y derechos humanos también fue reconocido en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en 2001.

Los marcos internacionales de derechos humanos proporcionan una base sólida para que los individuos y organizaciones refuercen sus demandas de cambio y acción; reclamen y ejerzan sus derechos; se opongan a la exclusión y marginación, y luchen por la justicia social.

Hacer realidad los derechos

El acceso desigual a tratamientos para el VIH que salvan la vida es una violación flagrante de los derechos humanos. También influye en la persistencia de los niveles actuales de estigmatización, ya que el estigma y la discriminación relacionados con el VIH se deben en gran medida al hecho de que el VIH/SIDA es una enfermedad incurable y

mortal. Así pues, el acceso creciente a medicaciones no sólo ayuda a cumplimentar el derecho a la salud y superar las desigualdades secundarias a la pobreza, sino que también modifica actitudes.

Desplegando principios, normas y criterios de derechos, los activistas han conseguido victorias históricas en este frente.

En Costa Rica, varias organizaciones no gubernamentales locales ayudaron a un estudiante universitario VIH-positivo a presentar una demanda ante el Tribunal Supremo en la que solicitaba terapia de combinación, ya que él no podía costearla. El tribunal falló a su favor, lo que dio lugar a una docena de peticiones similares. Al cabo de pocas semanas se ordenó al sistema nacional de seguridad social que desarrollara un plan para la provisión de tratamiento antirretrovírico a todos los ciudadanos que viven con el VIH/SIDA.

En Venezuela, en 1997, Acción Ciudadana Contra el SIDA, junto con profesionales sanitarios, abogados y activistas contra el SIDA, presentó un pleito

en nombre de un grupo de personas que vivían con el VIH/SIDA y que estaban cubiertas por el sistema de Seguridad Social. El litigio aducía que los reclamantes no estaban recibiendo una atención médica apropiada, tal como garantizan la Constitución Nacional, el Convenio Americano sobre Derechos Humanos y otros convenios firmados y ratificados por Venezuela. El tribunal sentenció a favor de los demandantes y ordenó al sistema de Seguridad Social que les proporcionara tratamiento gratuito. Otros países en diferentes regiones están empezando a seguir estos ejemplos a medida que avanzan en el empeño de cumplir los derechos de las personas que viven con el VIH/SIDA.

Proteger a las personas en riesgo y a las que son vulnerables

Entre los grupos afectados por la discriminación social figuran las mujeres, los niños y, en muchos lugares, los grupos étnicos y raciales, migrantes y refugiados. Otros grupos sufren discriminación porque las actividades que realizan son objeto de sanción penal o desaprobación social; entre ellos, las personas con diferentes orientaciones sexuales, profesionales del sexo, consumidores de drogas y prisioneros (véanse «Foco de atención: SIDA y poblaciones móviles» y el capítulo «Prevención»). Por ejemplo, a nivel mundial, los varones que tienen relaciones sexuales con varones representan un porcentaje significativo del total de infecciones por el VIH. Sin embargo, docenas de países siguen manteniendo leyes que prohíben o regulan explícitamente las relaciones sexuales entre personas del mismo género. Esto significa a menudo despojar de sus derechos vitales a los varones que tienen relaciones sexuales con varones (incluido el derecho a acceder a información y servicios que los protejan frente al virus), lo que los coloca en una situación de extrema vulnerabilidad.

En todo el mundo, el mayor riesgo fisiológico de las mujeres a contraer la infección por el VIH se ve agravado por la privación económica; falta de oportunidades de empleo; escaso acceso a educación, instrucción e información, y normas y prácticas socioculturales. En algunos países del África subsahariana, por ejemplo, la prevalencia del VIH entre las chicas adolescentes es cinco veces mayor que entre los chicos de su misma edad. El coito heterosexual no protegido es el responsable de la mayoría de estas infecciones. El bajo nivel social y económico de las mujeres limita su poder para negociar el uso de preservativos, discutir la fidelidad con la pareja o romper relaciones peligrosas. Esta incapacidad incrementa su vulnerabilidad al VIH; así, la discriminación socioeconómica y sexual experimentada por las mujeres puede llegar a convertirse en última instancia en una amenaza para su vida.

Las investigaciones corroboran estas realidades. En un estudio efectuado en Viet Nam, sólo el 35% de las mujeres se sentían capaces de rechazar las

relaciones sexuales con su esposo, mientras que un estudio de UNIFEM sobre el impacto del VIH/SIDA en comunidades de Zimbabwe reveló que, aun en el caso de que las mujeres tuvieran formación acerca del VIH/SIDA, su dependencia económica de los hombres las hacía sentir «impotentes» para negociar relaciones sexuales seguras.

La coacción sexual y la violencia en todas sus formas, dentro y fuera del matrimonio, en tiempo de paz o de conflicto, incrementan la amenaza que supone la infección por el VIH para las mujeres y chicas. En estudios de base poblacional en todo el mundo, el 10-50% de las mujeres comunica agresiones físicas por parte de una pareja íntima, y entre un tercio y la mitad de las mujeres sometidas a abusos físicos también indican coacción sexual.

Otros grupos de máxima vulnerabilidad –con los riesgos consiguientes de VIH/SIDA– son las mujeres indígenas, las refugiadas y desplazadas, las pertenecientes a ciertas sectas religiosas, las migrantes y las traficadas. El impacto de la guerra sobre las mujeres y chicas jóvenes puede ser especialmente grave, tal como revelan las experiencias relativamente recientes de Bosnia, Croacia y Rwanda, donde la violación y otras formas de abuso sexual se emplearon con frecuencia como armas de guerra.

Las políticas que reducen la vulnerabilidad de las personas y les facilitan la elección de comporta-

mientos seguros son vitales para una respuesta eficaz al SIDA. Los esquemas de generación de ingresos, la mejora de las oportunidades de empleo para las mujeres y los programas de microfinanzas son algunas opciones potenciales para fomentar la independencia económica de las mujeres. Entre otras muchas iniciativas de este tipo, destacan las de la OIT, que está reforzando los esquemas de microfinanzas y las capacidades empresariales entre mujeres de Malawi, Mozambique, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe (además de integrar la educación sobre el SIDA en dichos programas).

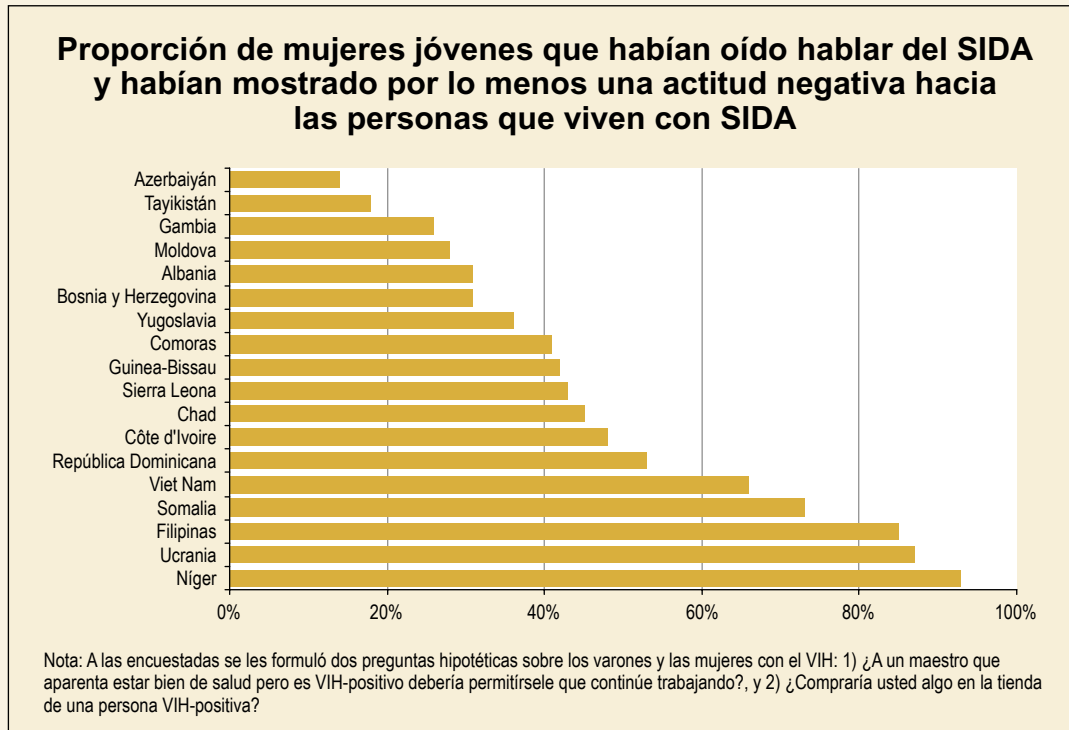
Los datos relativos a negociación sobre preservativos, asesoramiento y pruebas voluntarias y aceptación de las intervenciones para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH apuntan en la misma dirección: la capacitación y seguridad de las mujeres dependen también de que se produzcan cambios en las actitudes y acciones de los hombres y chicos. La Campaña Mundial contra el SIDA de 2000-2001 se dirigió a involucrar en mayor medida a los varones (especialmente los jóvenes) en la lucha contra el SIDA. La campaña, con sus eslóganes «Los varones marcan la diferencia» y «Yo me preocupo..., ¿y tú?», hizo hincapié en cómo los papeles nocivos de género aumentan la vulnerabilidad al VIH de los varones y mujeres, y cómo los varones pueden realizar contribuciones positivas para luchar contra la epidemia.

Declaración de compromiso

En 2005, asegurar el desarrollo y la ejecución acelerada de estrategias nacionales para acrecentar el poder de las mujeres, promover y proteger el pleno disfrute por su parte de todos los derechos humanos y reducir su vulnerabilidad al VIH/SIDA a través de la eliminación de todas las formas de discriminación, así como de todas las formas de violencia contra las mujeres y niñas (párrafo 61).

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001, Nueva York.

Figura 14



Fuente: UNICEF (1999-2001), Encuestas a base de indicadores múltiples

Más allá del estigma y la discriminación

Persisten el estigma y la discriminación generalizados en relación con el VIH/SIDA (véase figura 14), a pesar de que aumentan la vulnerabilidad de las personas y, al aislarlas y privarlas de asistencia y apoyo, empeoran el impacto de la infección. En realidad, obstaculizan todas las medidas de una respuesta eficaz, desde la prevención hasta el tratamiento, asistencia y apoyo, e incluso se transmiten a la siguiente generación al aplicar una fuerte carga emocional sobre los hijos, que pueden tener dificultades para afrontar el fallecimiento de sus padres a causa del SIDA.

Pero el estigma y la discriminación no crecen en el vacío. Surgen y se refuerzan a partir de otros estereotipos, prejuicios y desigualdades sociales, incluidas las relativas a género, nacionalidad, etnia y sexualidad, así como de actividades que

se criminalizan (como comercio sexual, consumo de drogas o relaciones sexuales entre varones). El estigma, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos crean un círculo vicioso al legitimarse y espolearse mutuamente.

Enfocada al estigma y la discriminación, la Campaña Mundial contra el SIDA 2002-2003 pretende alentar la acción contra el estigma y la discriminación como parte de los esfuerzos mundiales dirigidos a:

- Animar a líderes de todos los niveles, y en todas las facetas de la vida, a cuestionar visiblemente la discriminación relacionada con el VIH, encabezar la acción pública y luchar contra las muchas otras formas de discriminación a las que se enfrentan las personas a causa del VIH/SIDA.

Luchar contra la discriminación a causa del SIDA

La protección de los derechos humanos es crítica para reducir el impacto de la epidemia sobre las personas que viven con el VIH/SIDA. Históricamente, la discriminación a causa del SIDA se plasmó al principio en la persecución de las personas con el VIH/SIDA y en la intolerancia y el ostracismo social que debían soportar. Aunque, lamentablemente, estos abusos siguen produciéndose en todos los países, se han desarrollado respuestas basadas en consideraciones humanitarias y pragmáticas, y está creciendo de forma impresionante la lista de esfuerzos fructíferos a cargo de activistas pro derechos humanos relacionados con el VIH/SIDA.

En Bombay (India), por ejemplo, el Colectivo de Abogados ha defendido con éxito a trabajadores que perdieron el empleo a causa de su estado del VIH. El colectivo también eleva la sensibilización sobre el VIH/SIDA mediante mítines públicos, y moviliza la opinión pública contra el estigma y la discriminación. Uno de sus logros significativos ha sido la aprobación de una cláusula que permite que las personas con el VIH/SIDA presenten sus casos bajo seudónimo. En Nueva Delhi, por otra parte, el Consejo de la Población está contribuyendo a crear Hospitales Agradables para Pacientes con el VIH. El objetivo es lograr que los hospitales sintonicen mejor con las necesidades de las personas que viven con el VIH/SIDA.

En Sudáfrica, el Centro para el Estudio del SIDA, en la Universidad de Pretoria, está trabajando para crear un clima que fomente una respuesta eficaz y sostenida al VIH/SIDA en el campus y en la sociedad en general. Situando la epidemia en un contexto de derechos humanos, y cuestionando el estigma, discriminación, racismo y prejuicios, la universidad espera capacitar al personal y los estudiantes para que revelen libremente su estado del VIH, si es que desean hacerlo. Los estudiantes reciben formación en todos los aspectos del VIH/SIDA, así como apoyo activo en sus esfuerzos para contrarrestar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA en sus comunidades y lugares de trabajo.

En Ghana, la India y Sudáfrica, instituciones nacionales de derechos humanos han emprendido actividades para promover y proteger los derechos humanos relacionados con el VIH/SIDA en sus países respectivos. Los legisladores también están formulando propuestas sobre derechos humanos relacionados con el VIH/SIDA. En el Reino Unido, por ejemplo, el Grupo Parlamentario Westminster sobre el VIH/SIDA, que engloba a todos los partidos de la cámara, celebró audiencias públicas en 2001 para identificar reformas jurídicas y políticas que convendría introducir durante los próximos cinco años. A nivel regional, el Foro Parlamentario de la Comunidad para el Desarrollo del África Meridional (SADC) ha formado un Comité sobre el VIH/SIDA permanente, que está elaborando planes estratégicos de trabajo para abordar cuestiones relativas al VIH/SIDA.

- Involucrar activamente a las personas que viven con el VIH/SIDA en la respuesta a la epidemia.
- Controlar las violaciones de los derechos humanos y asegurar que las personas sean capaces de afrontar la discriminación y recibir compensaciones a través de instituciones administrativas, judiciales y de derechos humanos diseñadas para proteger los derechos a nivel nacional.
- Crear un entorno jurídico propicio para luchar contra la discriminación.
- Asegurar que los servicios de prevención, tratamiento, asistencia y apoyo sean accesibles a todas las personas.

Romper barreras

Aparte del reconocimiento creciente de la importancia de actuar contra el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA, cada vez existen más pruebas de que las iniciativas en este sentido deparan éxitos sustanciales.

En Sudáfrica, el Proyecto Jurídico sobre el SIDA de la Universidad de Witwatersrand ha llevado casos de discriminación por el VIH ante los tribunales y ha ganado juicios (que sientan precedente) sobre despidos improcedentes de personas VIH-positivas y sobre discriminación contra personas VIH-positivas en prisiones. Algunos miembros de la red nacional de curadores tradicionales de Uganda han recibido formación para que se conviertan en educadores comunitarios sobre el SIDA. En este país, después de años de movilización concertada y esfuerzos consecuentes, las personas con el VIH están siendo aceptadas cada vez más como parte normal de la sociedad, y parece que el estigma y la discriminación han empezado a desvanecerse. Asimismo, un número creciente de organizaciones religiosas está pasando a la acción especialmente en Asia y África (véase el capítulo «Respuestas nacionales»).

Una respuesta eficaz y sostenida a la epidemia depende del reconocimiento y protección de los derechos de las personas. Los individuos y comunidades que son capaces de comprender sus derechos a información, educación, salud y asistencia sanitaria, y que están protegidos contra la discriminación y la violencia, son menos vulnerables a la epidemia.

En 2000-2001, el ONUSIDA, en colaboración con el Consejo Internacional de Organizaciones de Servicios sobre el SIDA y sus estructuras regionales, se concentró en reforzar la capacidad de la sociedad civil para comprender y proteger los derechos humanos relacionados con el VIH/SIDA. Trabajando con el Consejo de Organizaciones de Servicios sobre el SIDA en Asia/Pacífico, el ONUSIDA desarrolló un módulo de formación sobre derechos humanos y VIH/SIDA para esta región, y ha llevado a cabo programas de formación en Camboya. El Consejo de Organizaciones de Servicios sobre el SIDA en América Latina, por su parte, celebró un seminario regional para identificar las implicaciones de derechos humanos de los planes estratégicos nacionales sobre el SIDA en la región, y diseñó estrategias para integrar acti-


vidades de derechos humanos en dichos planes. En la misma línea, el Consejo de Organizaciones de Servicios sobre el SIDA en África está apoyando actividades de base comunitaria dirigidas a integrar los derechos humanos en los esfuerzos de prevención y asistencia en Burkina Faso y la República Unida de Tanzania.

Algunas de las respuestas más fructíferas a la epidemia han tenido lugar cuando las personas –desde los colectivos *gays* en los países ricos (a partir de los años ochenta) hasta las comunidades urbanas y rurales en Uganda y los profesionales del sexo en Bangladesh y la India– han asumido su derecho a hablar en voz alta, movilizar recursos y organizarse.

En Bangladesh, los profesionales del sexo se han unido en un colectivo, llamado Durjoy, que combate la trata de niñas y mujeres jóvenes en la industria del sexo. En 2001, Durjoy, junto con otras organizaciones no gubernamentales, ganó un juicio que reconoció legalmente el derecho de los profesionales del sexo a practicar su oficio y mantener a sus familias. Por otra parte, en Calcuta (India), los profesionales del sexo han ido un paso más allá y han establecido relaciones proactivas

con la policía local para que combata la violencia contra ellos. Además, han creado un consejo que reúne a profesionales del sexo, operadores locales de comercio sexual y autoridades laborales y sanitarias del gobierno con el fin de luchar contra la violencia en la industria.

En todo el mundo, el activismo de la sociedad civil en defensa de los derechos humanos sigue siendo una de las características más sobresalientes de las respuestas eficaces, en especial cuando involucra a jóvenes y personas que viven con el VIH/SIDA o que están afectadas por él.

En diversos países de África y Asia, la Secretaría del ONUSIDA (junto con sus copatrocinadores, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y otros asociados) está apoyando a sus asociados nacionales para que impartan formación sobre derechos humanos relacionados con el VIH a organizaciones comunitarias sobre el SIDA, organizaciones no gubernamentales pro derechos humanos, líderes políticos, directores de Programas Nacionales sobre el SIDA, personas que viven con el VIH/SIDA y legisladores. 

Foco de atención:

SIDA y jóvenes

Declaración de compromiso

Para 2003, establecer metas nacionales con plazos concretos para alcanzar el objetivo mundial de prevención convenido internacionalmente de reducir la prevalencia del VIH entre los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad en un 25% para 2005 en los países más afectados y en un 25% para 2010 en el mundo entero [...] (párrafo 47).

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001, Nueva York.

Los jóvenes son particularmente vulnerables a la infección por el VIH, y a menudo deben soportar la carga de cuidar a familiares que viven con el VIH/SIDA. En muchos casos, esta vulnerabilidad se explica por comportamientos sexuales de riesgo o consumo de sustancias, por la falta de acceso a servicios de información y prevención del VIH o por un conjunto de razones sociales y económicas.

Jóvenes y vulnerables

Se calcula que 11,8 millones de jóvenes de 15-24 años de edad están viviendo con el VIH/SIDA. Además, aproximadamente la mitad de todas las nuevas infecciones en adultos –unas 6000 diarias– corresponden a jóvenes.

Aunque a muchos adultos les resulta difícil admitirlo, un gran número de jóvenes empiezan su actividad sexual a una edad relativamente temprana, son sexualmente activos antes del matrimonio, no son monógamos y no utilizan preservativos con la suficiente regularidad para asegurar la protección.

El estigma puede resultar especialmente lesivo para los jóvenes en un momento de su vida en el que intentan consolidar su identidad y abrirse camino en el mundo.

Sin embargo, también son los jóvenes los que ofrecen la mayor esperanza para cambiar el curso de la epidemia de VIH/SIDA, siempre que se les proporcionen los medios y el apoyo para hacerlo.

En numerosos países, una proporción significativa de los jóvenes comienza su actividad sexual antes de los 15 años, edad a la que muchos de ellos ya están casados (véase figura 15). Además, la experimentación con el consumo de drogas, incluidas las intravenosas, es a menudo una característica propia de la juventud. Esto subraya la importancia capital de poner en práctica programas de prevención mucho antes de que comience la actividad sexual o el consumo de drogas, ya que demasiados jóvenes aún no son conscientes de la amenaza que plantea el VIH.

Los jóvenes marginados (incluidos los niños de la calle, refugiados y migrantes) corren un riesgo especial si son excluidos de los servicios sanitarios, quedan expuestos a relaciones sexuales no protegidas (a veces a cambio de comida, protección o dinero, o como resultado de violencia) o consumen drogas ilícitas. El millón de niños que, según las estimaciones, son obligados a entrar cada año en el comercio del sexo tienen una susceptibilidad especial a contraer y luego propagar el VIH/SIDA.

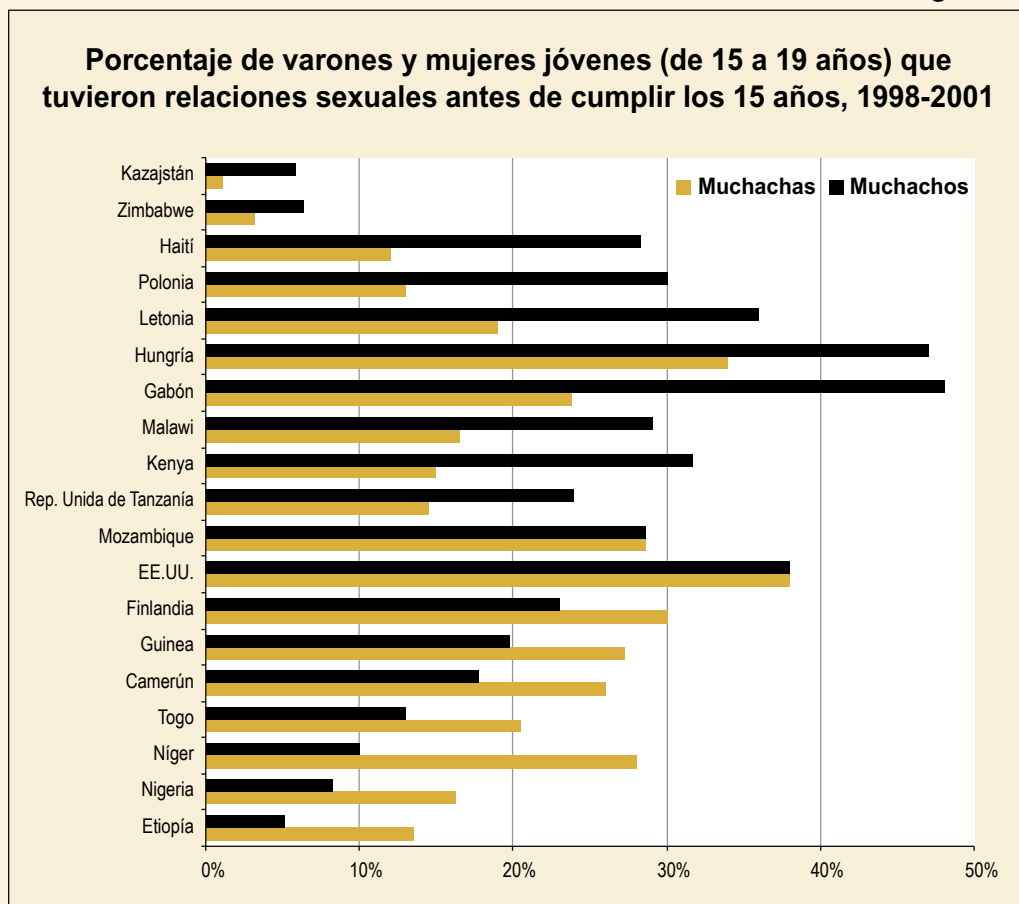
En la mayoría de las sociedades, las ideologías dominantes fomentan la ignorancia sexual (disfrizada de «inocencia») entre las mujeres jóvenes.

Al mismo tiempo, muchas niñas y mujeres jóvenes apenas tienen control sobre cómo, cuándo y dónde se desarrollan las relaciones sexuales, tal como muestra la figura 16, extraída de una encuesta nacional sobre jóvenes sudafricanos.

Lo que los jóvenes saben... y no saben

La vulnerabilidad de los jóvenes se ve complicada por su escaso conocimiento sobre cómo se propaga el VIH y cómo puede evitarse la infección. Muchos millones ni siquiera han oído hablar del VIH o el SIDA; muchos más tienen conceptos

Figura 15



Fuente: Measure Evaluation (1998-2001); UNICEF

Declaración de compromiso

Para 2005, asegurar que por lo menos el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad, y para 2010, por lo menos el 95% de ellos, tengan acceso a la información, la educación, incluidas la educación entre pares y la educación específica para jóvenes sobre el VIH, así como a los servicios necesarios para desarrollar las habilidades requeridas a fin de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH [...] (párrafo 53).

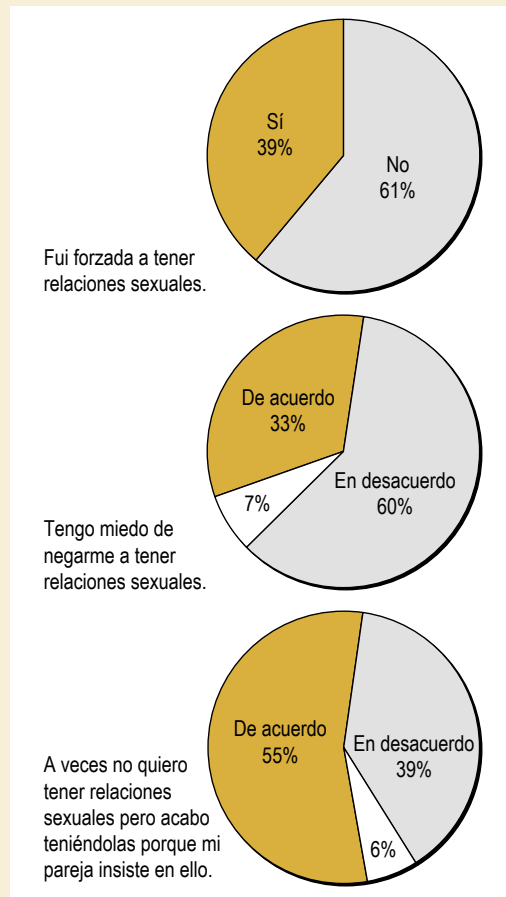
Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001, Nueva York.

erróneos acerca de la enfermedad. En un gran número de países, por otra parte, las mujeres jóvenes saben mucho menos sobre el VIH que los varones jóvenes. La mitad de las muchachas adolescentes de África subsahariana, por ejemplo, no comprende que una persona de aspecto saludable puede ser VIH-positiva.

Pero incluso en los lugares donde los conocimientos han aumentado de manera considerable, «saber» no significa necesariamente «hacer». Muchos jóvenes son incapaces de conectar conocimientos y percepción del riesgo con comportamiento. Las circunstancias de vulnerabilidad en las que viven muchos jóvenes podrían ofrecer una explicación parcial. Igualmente importante es la necesidad de comprender lo que ayuda a los adolescentes a practicar comportamientos seguros: los «factores protectores» que les ayudan a crear estrategias de afrontamiento, desarrollar un amor propio positivo y formar un sistema de apoyo social que reduzca los comportamientos de alto riesgo. Un estudio en zonas rurales de Zimbabwe, por ejemplo, demostró que formar parte de un grupo juvenil comunitario bien dirigido puede disminuir las probabilidades de que una adolescente contraiga la infección por el VIH. En 2001, una investigación en estudiantes de Sudáfrica señaló que el uso de preservativos es significativamente mayor entre los adolescentes que piensan que pueden hablar de sexo con sus padres, o entre aquellos que viven en comunidades con una buena infraestructura. En cambio, los jóvenes que vivían en hogares que recientemente habían experimentado acontecimientos familiares traumáticos

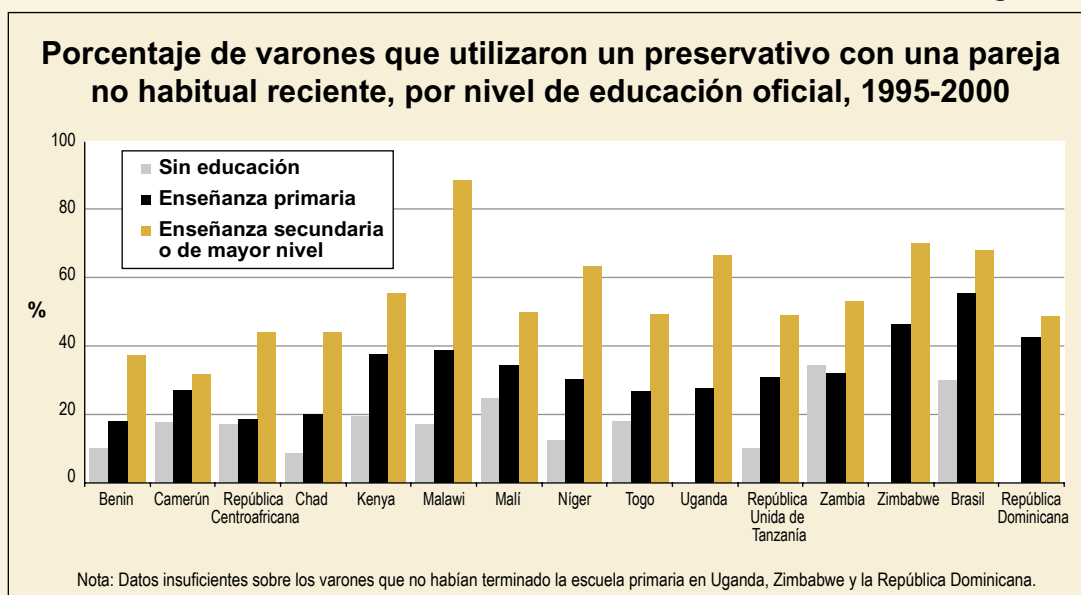
Figura 16

Porcentaje de las muchachas sudafricanas con experiencia sexual que dijeron:



Fuente: Fundación Kaiser Family/KLA (2000). Encuesta juvenil nacional sudafricana

Figura 17



Fuentes: Macro International (1995-2000). Encuestas demográficas y de salud; UNICEF

(enfermedad, pérdida del trabajo o divorcio) tenían menos probabilidades de utilizar preservativos. Las investigaciones también confirman que los

niveles educativos superiores se asocian a tasas más elevadas de uso de preservativos, tal como ilustra la figura 17.

Proteger a los jóvenes del VIH

El curso futuro de la epidemia depende de los esfuerzos que se emprendan hoy para prevenir la infección por el VIH entre los jóvenes. Partiendo del principio general y de la convicción de que los jóvenes son en sí mismos una fuerza para el cambio, se han perfilado diversas estrategias básicas para ayudar a los jóvenes a protegerse. Entre ellas:

- Proteger y fomentar los derechos de los niños, incluidos los derechos a la información, educación, salud y asistencia sanitaria, a la protección contra la violación, coacción sexual y trato cruel e inhumano, así como el derecho de las muchachas a la igualdad por lo que respecta a educación, empleo, herencia, legislación conyugal y toma de decisiones sobre sexo y reproducción.
- Proporcionar a todos los jóvenes, con independencia de que estén escolarizados o no, información y educación sobre prevención del VIH/ITS, salud sexual y reproductiva y aptitudes para la vida.
- Proporcionar servicios de salud reproductiva, lo que incluye preservativos baratos o gratuitos, asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH, y diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.
- Diseñar programas enfocados a grupos especialmente vulnerables, como los consumidores jóvenes de drogas intravenosas y los varones jóvenes que tienen relaciones sexuales con varones.
- Combatir la explotación sexual de los jóvenes.

Estas estrategias son más eficaces cuando tienen en cuenta el papel de las desigualdades por razón del sexo en la epidemia, y cuando contribuyen a capacitar a las muchachas y mujeres jóvenes para que luchen contra una amplia variedad de desigualdades culturales y sociales que las hacen más vulnerables que los varones.

Currículos exhaustivos e impartidos de forma adecuada

A pesar de la amenaza obvia que plantea el VIH/SIDA para la salud y la vida de los jóvenes, con demasiada frecuencia sigue considerándose que este tema «no es apropiado» para ellos. Pero los programas escolares de prevención para los jóvenes son un componente esencial de cualquier esfuerzo nacional de prevención del VIH. Se han adquirido diversas enseñanzas importantes sobre cómo aumentar al máximo la eficacia de esos programas. La educación tiene que ser continuada: ha de empezar antes de la pubertad y proseguirse durante todos los años de escolarización del joven. Muchas autoridades rechazan la idea de que esta educación comience antes de que el joven pase a ser sexualmente activo. Pero existen grandes variaciones en el momento de inicio de la actividad sexual, y conviene recalcar desde edades tempranas la importancia de adquirir unos buenos hábitos de salud, incluidos los relativos a la salud sexual y el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. La educación en salud preventiva debería ser exhaustiva y mantener un equilibrio apropiado para la edad entre desarrollo de aptitudes para la vida, información acerca de salud sexual y reproductiva y discusión de actitudes y valores.

Cuanto más información se proporciona, mejor, según un reciente estudio que comparó comportamientos sexuales y reproductivos en adolescentes de países ricos. Las tasas relativamente bajas de embarazo y de infecciones de transmisión sexual en adolescentes en países como el Canadá, Francia y Suecia parecen reflejar el éxito de currí-

culos exhaustivos, aplicados a escala nacional, que cubren una amplia gama de temas y proponen opciones de comportamientos sexuales seguros. Se han comunicado resultados menos satisfactorios en sistemas escolares en los que se planteó la abstención como única opción apropiada para los adolescentes fuera del matrimonio y en los que la anticoncepción se presentó incorrectamente como si fuera ineficaz para prevenir el embarazo, el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Otros rasgos comunes caracterizan los programas satisfactorios. Entre ellos, la congruencia de los mensajes: los currículos con éxito proporcionan y refuerzan mensajes claros sobre los riesgos de la actividad sexual de los adolescentes y sobre cómo evitar el coito o protegerse del embarazo y las infecciones de transmisión sexual. La fuerza de los programas aumenta con la existencia de maestros convenientemente formados que sean partidarios de este tipo de iniciativas. Los programas también deben tener en cuenta las creencias y los sistemas de valores tradicionales, así como los mitos populares que circulan entre los jóvenes y sus comunidades más amplias.

Nigeria adoptó recientemente un planteamiento exhaustivo para la prevención basada en las escuelas, y ha anunciado la impartición de un Currículo Nacional sobre Educación de la Sexualidad que se iniciará en los grados superiores de primaria y se prolongará hasta la escuela secundaria. Los trabajos para la elaboración del currículo comenzaron en 1998, con motivo de la publicación de una serie de investigaciones que revelaron niveles inesperadamente altos de VIH y SIDA en el grupo de 15-24 años de edad, que conforma una gran parte de la población del país. Se llevaron a cabo numerosas consultas con el fin de tener en cuenta tanto las mejores prácticas internacionales como las condiciones culturales y religiosas particulares del país.

El currículo está organizado en torno a seis temas: desarrollo humano, aptitudes personales, salud sexual, relaciones, comportamiento sexual y

sociedad y cultura. Entre otras características, el currículo tiene un fuerte componente orientado a las aptitudes para la vida, con hincapié especial en la adopción de decisiones, la negociación y la autoafirmación. Cuando lleguen a los cursos superiores de secundaria, todos los estudiantes habrán recibido información clara y coherente sobre cuestiones prácticas tales como la anticoncepción, planificación familiar e infecciones de transmisión sexual. Y también habrán aprendido las responsabilidades de los miembros de la familia y los derechos de los niños.

Acceso a servicios respetuosos con los jóvenes

El valor de promover las relaciones sexuales seguras por medio de campañas de educación y comunicación corre el peligro de perderse si los jóvenes no tienen acceso a más información, servicios de asesoramiento y salud reproductiva, y tratamiento para infecciones de transmisión sexual. En muchos

países de alta prevalencia, esos servicios escasean y, aun en el caso de que existan, los jóvenes no tienen conocimiento de ellos. Por ejemplo, en un reciente estudio sobre asesoramiento y pruebas voluntarias en Kenya, sólo el 11% de los jóvenes de Nairobi que no se hicieron la prueba del VIH podía citar un proveedor de este servicio, aunque un porcentaje mayor sabía que un gran hospital de la ciudad ofrecía la prueba del VIH (pero no necesariamente asesoramiento). Otros obstáculos son la percepción de bajo riesgo entre los jóvenes, su preocupación por la falta de confidencialidad y cuestiones no resueltas acerca del consentimiento paterno.

Las prácticas óptimas actuales en servicios de salud respetuosos con los jóvenes indican que deberían ser asequibles, atender a menores o adultos solteros y ofrecer preservativos baratos o gratuitos en una atmósfera que garantice la confidencialidad. Y, en muchos contextos, un horario flexible de apertura para los jóvenes que trabajan o estudian marcará una gran diferencia en el número de personas que utilicen tales servicios.

Más allá del currículo: crear «escuelas saludables»

La Asociación FRESH (Enfoque de Recursos en Salud Escolar Eficaz) se creó para cambiar la forma en que la comunidad mundial y los gobiernos nacionales afrontan la salud y sus efectos sobre la educación. Desarrollada por copatrocinadores del ONUSIDA (UNICEF, UNESCO, OMS y el Banco Mundial) y presentada en el Foro Mundial de la Educación, celebrado en Dakar en 2000, FRESH pretende ayudar a los sistemas escolares de los países de renta baja y media a superar los problemas de salud que interfieren en la enseñanza y el aprendizaje.

El enfoque de FRESH gira en torno a una serie de actividades clave, como la educación basada en aptitudes; propuestas para políticas escolares que protejan a los estudiantes y al personal de la discriminación relacionada con el VIH/SIDA, y vinculación de los estudiantes con los servicios de salud, como pruebas y tratamiento para el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, así como acceso a preservativos. Esas actividades cuentan con el apoyo de poderosas asociaciones del colectivo escolar.

Se están desarrollando programas de FRESH (o que incorporan su enfoque) en más de 30 países de África, Asia, el Caribe y Asia central. En Eritrea, por ejemplo, el Departamento de Educación ha seleccionado 20 escuelas primarias y secundarias para actividades intensificadas de salud escolar, especialmente la prevención del VIH/SIDA y la discriminación relacionada. Un total de 200 maestros también recibirá formación exhaustiva sobre salud escolar.

El centro médico Juventa, en San Petersburgo (Federación de Rusia), es un buen ejemplo de programación respetuosa con los jóvenes. Proporciona una gama de servicios que incluyen asesoramiento y pruebas del VIH, anticoncepción y aborto, tratamiento de infecciones de transmisión sexual, asesoramiento en caso de abuso sexual y asistencia jurídica. Las consultas y demás servicios son gratuitos para los menores de 18 años, que constituyen el 90% de las personas que acuden al centro. Se realizan encuestas regulares para averiguar la satisfacción de los jóvenes con los servicios, y se introducen los cambios pertinentes. En un contexto muy distinto, el Centro de Salud Juvenil de las Seychelles está llevando a cabo un planteamiento similar. Creado con ayuda del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el centro ha sido capaz de involucrar a jóvenes en la mayoría de las áreas que cubre, incluido un extenso programa de educación inter pares.

Contactar por medio de compañeros

Muchos programas de prevención para jóvenes y otros grupos han adoptado un planteamiento de educación inter pares, que se considera una estrategia clave para llegar a jóvenes tanto escolarizados como no escolarizados.

Los proyectos de educación inter pares bien diseñados y ejecutados pueden modificar comportamientos. Por ejemplo, el proyecto Entre Nous Jeunes, en Nkongsamba (Camerún), lleva a cabo un programa de educación inter pares para promover los comportamientos preventivos frente a las infecciones de transmisión sexual y el VIH, especialmente entre los jóvenes que tienen experiencia sexual y necesitan información sobre salud reproductiva. Una evaluación reciente del proyecto demostró que el contacto con un educador inter pares se asociaba significativamente a un conocimiento más profundo de la anticoncepción y los síntomas de las infecciones de transmisión

sexual, así como a un mayor uso de anticonceptivos, incluidos los preservativos. Sin el programa de educación inter pares, el nivel de uso de anticonceptivos en la comunidad habría sido significativamente menor.

Los programas de educación inter pares para jóvenes tienen que prestar gran atención a cómo plantean las cuestiones de género. Un estudio reciente de un proyecto de educación inter pares de base escolar en Sudáfrica observó que, en vez de sensibilizar sobre cómo los papeles tradicionales de género colocan a los jóvenes en riesgo de infección por el VIH, las reuniones de los grupos reproducían en realidad esos mismos papeles. Los varones jóvenes dominaban a menudo las reuniones, mientras que las mujeres jóvenes tenían dificultades para hacer valer sus derechos. La investigación subrayó la importancia de formar adecuadamente a los educadores inter pares y crear entornos en los que los jóvenes de ambos sexos puedan hablar abiertamente sobre la sexualidad y las relaciones.

Necesidades especiales, programas especiales

Para grupos específicos de jóvenes se requieren programas más enfocados de prevención del VIH. Por ejemplo, los varones jóvenes que tienen relaciones sexuales con varones, o que no están seguros acerca de su sexualidad, pueden ser reacios a acudir a servicios orientados a las necesidades de la mayoría heterosexual (esto es particularmente cierto cuando el joven ha sido víctima de violación o incesto). En Suiza, el Proyecto MSM, ejecutado por la Federación de ONG sobre el SIDA de ese país, pretende llegar a los varones jóvenes de formas muy diversas, desde clubes juveniles hasta la Internet. El principio subyacente es que ayudar a los varones jóvenes a aceptar sus preferencias sexuales es un requisito previo e indispensable para que comprendan plenamente los riesgos del VIH.

«loveLife» de Sudáfrica: prevención del VIH para jóvenes a escala nacional

El programa «loveLife» de Sudáfrica se inició en 1999 con una serie impresionante de actividades, que incluyen campañas nacionales en televisión, radio y medios de comunicación impresos; centros juveniles, servicios gratuitos de salud clínica, y una red de servicios de apoyo. El programa combina prácticas bien establecidas de salud pública con técnicas innovadoras de comercialización para fomentar la responsabilidad sexual y la vida saludable entre los jóvenes. «loveLife» ha tenido un impacto notable, y, según las estimaciones, llega actualmente a unos cuatro millones de jóvenes cada año. Las investigaciones indican que, del 62% de los jóvenes sudafricanos que indican haber oído hablar del programa, el 76% es consciente de los riesgos de las relaciones sexuales no protegidas y el 78% utiliza actualmente preservativos durante las relaciones sexuales. Un 67% afirma que ha mantenido conversaciones abiertas con amigos acerca de la sexualidad y las relaciones, mientras que un 69% asegura haber limitado o reducido su número de parejas sexuales. El programa fue iniciado por la Fundación Familia Kaiser en asociación con organizaciones no gubernamentales sudafricanas, con financiación del Gobierno de Sudáfrica, la Fundación Bill y Melinda Gates, el UNICEF y otras organizaciones.

En muchos países, la mayoría de los profesionales del sexo y usuarios de drogas intravenosas son jóvenes. Y en todos los países, la mayoría de los profesionales del sexo y consumidores de drogas intravenosas empiezan estas actividades cuando son jóvenes. Dado que cada vez son más los jóvenes que se incorporan al consumo de drogas intravenosas, existe una necesidad creciente de programas preventivos adaptados específicamente a ese sector de la población. Dichos programas deberían incluir servicios enfocados al consumo de sustancias y la rehabilitación toxicológica, así como intercambio de agujas y educación sobre prevención del VIH. Lo mismo se aplica a los profesionales del sexo jóvenes. Teniendo en cuenta los peligros a los que se enfrentan, necesitan más información, revisiones regulares de salud y un acceso más fácil a preservativos. Tanto o más importante, necesitan apoyo y protección para que recurran a tales servicios. Los programas especialmente diseñados también pueden ser útiles para llegar a los jóvenes que ya han empezado a trabajar (véase «Foco de atención: SIDA y mundo del trabajo»).

Los jóvenes que han tenido problemas con la ley o que están viviendo en centros de detención o prisiones presentan una vulnerabilidad especial. Recientemente, el FNUAP ha estado trabajando con autoridades sanitarias y organizaciones no gubernamentales tailandesas para llevar la educación sobre el VIH/SIDA a los delincuentes juveniles reclusos en un centro de detención de la provincia de Rayong. El proyecto ha adoptado el enfoque innovador de involucrar a los familiares de los jóvenes detenidos, y planea realizar viajes de estudio fuera del centro.

Combatir la explotación sexual de los jóvenes y niños


Uno de los retos más acuciantes es detener la explotación sexual generalizada de jóvenes y niños, especialmente muchachas jóvenes. Esta prioridad mereció especial atención en el Segundo Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños, celebrado en diciembre de 2001 en Yokohama (Japón). El Congreso presentó pruebas contundentes de los peligros a los que son

sometidos los niños, y subrayó su conexión con el VIH/SIDA. La declaración final de la reunión, el Compromiso Mundial de Yokohama, proporcionó un marco genérico para la lucha contra esta explotación.

Los niños atrapados en la prostitución corren un mayor riesgo de infección, ya que son menos capaces de resistirse al dominio sexual y más vulnerables a las lesiones de la agresión. El papel servil de los niños en el comercio sexual implica que a menudo se vean obligados a aceptar múltiples clientes cada día.

Las soluciones tienen que ser forzosamente multisectoriales, con una función prominente a cargo de legisladores, juristas y organizaciones encargadas de aplicar la ley. Los esfuerzos para cambiar las actitudes culturales a través de campañas en

los medios de comunicación también tienen un efecto indudable. Pero otros sectores de la sociedad pueden realizar contribuciones igualmente importantes.

La educación universal es una herramienta poderosa contra la explotación sexual de los jóvenes y niños, especialmente las niñas. En 1992, Tailandia emprendió un esfuerzo nacional para erradicar la prostitución infantil y ayudar a quienes corren el riesgo de entrar en la industria del sexo. (Muchas niñas son vendidas o coaccionadas para que se incorporen al comercio sexual, a menudo por sus propias familias, a causa de razones económicas.) Una estrategia clave consistió en asegurar que todos los niños (de ambos sexos por igual) recibieran nueve años de educación básica, además de proporcionar a los niños pobres acceso a la educación y formación profesional. 

Prevención: aplicar las enseñanzas aprendidas



Prevencción: aplicar las enseñanzas aprendidas

4 La inversión en la prevención del VIH no sólo evita un incalculable sufrimiento humano, sino también sus consecuencias sociales y de desarrollo, independientemente de las tasas de prevalencia del VIH de cada país. El aumento de la incidencia del VIH sólo podrá detenerse con una expansión masiva de los esfuerzos de prevención. Los programas para los jóvenes son fundamentales y deben continuarse con cada generación que se aproxima a la madurez sexual y necesita aprender a vivir satisfactoriamente con el VIH/SIDA.

La prevención alcanza su máximo efecto si forma parte de intervenciones integrales, encabezadas por los gobiernos que rompen el silencio que rodea al VIH/SIDA y utilizan suficientes recursos humanos y financieros. Su impacto aumenta con unas estrategias más amplias de salud pública y desarrollo que tratan las causas socioeconómicas subyacentes que hacen a las personas vulnerables a la infección, además de la vulnerabilidad pro-

ducto de las desigualdades por razón del sexo, la negación de los derechos humanos y la discriminación contra los grupos marginados. Es preciso que los esfuerzos de prevención estén respaldados por una respuesta de apoyo de la comunidad, que incluya a las personas que viven con el VIH/SIDA, los grupos religiosos y los líderes tradicionales de confianza. Y, en el contexto de un tratamiento más eficaz del VIH y la reducción de los precios de los fármacos antirretrovíricos, la prevención debe estar ligada a la prestación de atención y apoyo.

Como la epidemia está en constante cambio, las iniciativas de prevención deben adaptarse al desarrollo de la epidemia, en el frente de la investigación, y a las evaluaciones que confirmen el éxito o el fracaso de las mismas. La epidemia, como la sociedad en sí, se transforma constantemente, puesto que se adapta a los factores y las circunstancias que la rodean.

Declaración de compromiso

Para 2005, asegurarse de que haya en todos los países, en particular en los más afectados, una amplia gama de programas de prevención [...] que incluyan actividades de información, educación y comunicación [...] con objeto de reducir las conductas de riesgo y promover una conducta sexual responsable [...]; mayor acceso a artículos esenciales [...]; actividades para la reducción de los daños causados por el consumo de drogas; mayor acceso a servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales; suministros de sangre no contaminada; y tratamiento temprano y eficaz de las infecciones de transmisión sexual [...] (Párrafo 52)

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001, Nueva York.

Declaración de compromiso

Para 2003, elaborar y/o fortalecer estrategias, normas y programas nacionales, apoyados por iniciativas regionales e internacionales [...], para promover y proteger la salud de los grupos identificables que actualmente tienen tasas elevadas o en aumento de infección por el VIH o que, de conformidad con la información pública sobre salud, tienen el mayor riesgo o son más vulnerables a nuevas infecciones [...] (Párrafo 64)

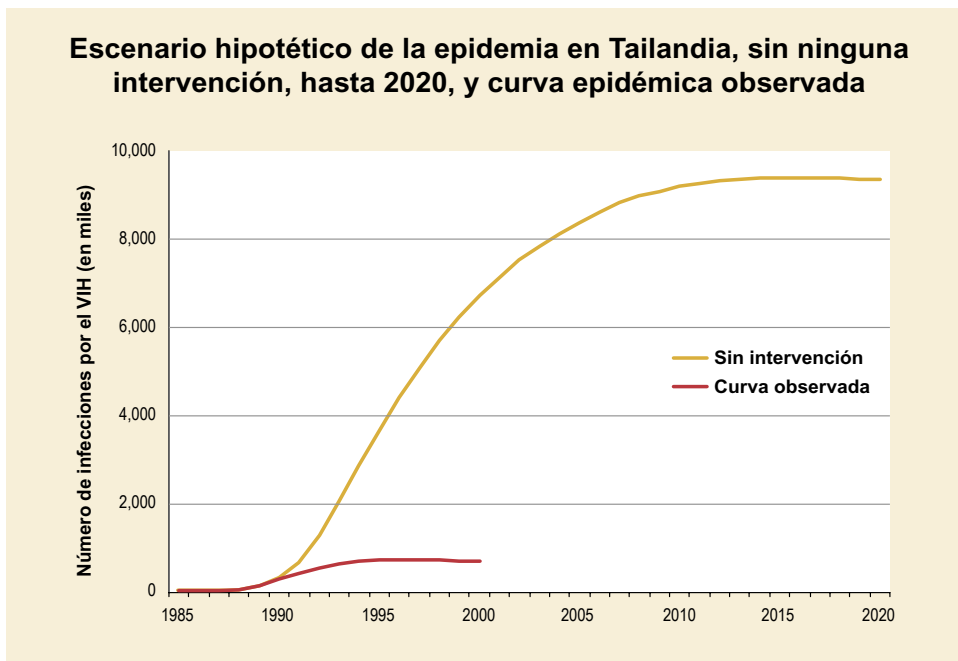
Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001, Nueva York.

Los elementos esenciales de la prevención

Las historias de éxito en gran escala de Camboya, el Senegal, Tailandia, Uganda y las zonas urbanas de Zambia, así como las de aquellos países de ingresos altos, demuestran la eficacia de los enfoques de prevención integral. Estas experiencias son pruebas claras de lo que funciona.

- El conocimiento no basta. Los cambios de comportamiento requieren una información apropiada y bien dirigida a escala local, capacitación en técnicas de negociación y adopción de decisiones, apoyo social y jurídico para unos comportamientos más seguros, acceso a los medios de prevención (por ej., preservativos y agujas estériles) y motivación para establecer cambios de comportamiento.
 - La distribución del riesgo y la vulnerabilidad varía mucho de una sociedad a otra, igual que la capacidad de localizar y trabajar con poblaciones vulnerables específicas. No hay un enfoque único de prevención que resulte eficaz en todas partes. Para producir y mantener cambios de comportamiento eficaces a escala nacional, es menester que los programas de prevención específicos abarquen muchos elementos, elaborados a partir de las propuestas de cada una de las poblaciones destinatarias, para tratar las necesidades específicas de los grupos vulnerables y todos los factores que influyen sobre los cambios de comportamiento.
 - Las asociaciones son esenciales para una prevención eficaz. Así como son necesarios programas múltiples para poblaciones múltiples, es fundamental crear asociaciones entre los diferentes implicados, incluidas las personas que viven con el VIH/SIDA.
 - Son importantes los esfuerzos dirigidos a la población en general, en particular a los jóvenes. Los programas nacionales eficaces tienen en cuenta la necesidad de sensibilización, conocimiento y prevención del VIH, así como los conocimientos prácticos de atención al resto de la población, especialmente los jóvenes, entre los cuales se producen casi la mitad de todas las infecciones por el VIH.
 - El liderazgo político es fundamental para una respuesta positiva. Es evidente la necesidad de acción y liderazgo político para fijar el rumbo de una respuesta nacional y poner en marcha el desarrollo de políticas que determinen la estrategia para controlar la epidemia.
 - Las medidas intermedias producen, como mucho, resultados parciales. Las intervenciones que no logran una cobertura suficiente, sencillamente no producen un efecto significativo.
- La prevención depende de un entorno abierto y amplio que permita a todas las personas, incluidas aquéllas que viven al margen de la sociedad,

Figura 18



Fuente: División del SIDA, Ministerio de Salud Pública de Tailandia; Grupo de Trabajo Tailandés sobre Proyección del VIH/SIDA (2001), *HIV/AIDS Projections for Thailand: 2000-2020*

Las personas que viven con el VIH/SIDA: elemento esencial para una prevención eficaz

Cada vez más personas que viven con el VIH/SIDA son consideradas líderes en la prevención y la atención. El principio de MPPVS (mayor participación de las personas que viven con el VIH/SIDA), tal como se expuso en la Declaración de París de 1994, reconoce que las personas que viven con la enfermedad añaden un ímpetu y un valor incalculable a la respuesta. Ayudan a personalizar la epidemia y a que el público en general, las instituciones políticas y de la sociedad civil, así como los responsables de formular las políticas, se den cuenta de que el VIH es un problema de todos. La diferencia que han marcado los ha llevado a integrar los consejos nacionales del SIDA de muchos países (véase sección “Respuestas nacionales”).

El principio de MPPVS está en vigor en la Asociación Nacional de Burundi de Personas que Viven con SIDA, que funciona desde 1993 para darle al SIDA un rostro público en el país. La asociación dirige campañas de prevención, promueve el asesoramiento y las pruebas voluntarias y ofrece atención médica y apoyo psicológico.

En el norte de Tailandia, los grupos de personas que viven con el VIH/SIDA proporcionan apoyo y atención a individuos seropositivos. Ejercen presión sobre los políticos para conseguir su implicación, asesoran a las personas sobre sus derechos jurídicos y hacen campaña a favor de unos servicios sociales mejores.

En Sudáfrica, empresas como Eskom, Imperial Transport Holdings, Lonmin Mines y un famoso periódico, The Sowetan, han contratado trabajadores del ámbito de la MPPVS. Su presencia en los lugares de trabajo ha dado mayor credibilidad a los programas del VIH/SIDA y, gracias a que se habla abiertamente sobre el tema, se ha reducido el estigma y aumentado la sensibilización pública.

hacerse las pruebas voluntarias, pedir y recibir tratamiento, modificar su propio comportamiento y convertirse en aliadas de la lucha contra el VIH/SIDA. Las respuestas satisfactorias son un desafío al estigma y la discriminación, protegen los derechos de las personas infectadas y afectadas por el VIH e incluyen a los grupos marginados, no como meros “beneficiarios” de los servicios, sino como participantes activos.

Integrar la atención y el apoyo en las iniciativas de prevención

La atención y la prevención están relacionadas íntegramente. Es muy difícil poner en práctica iniciativas de prevención si el acceso al tratamiento, atención y apoyo es limitado. Las personas, sin esperanzas de tratamiento, atención y apoyo, y con miedo al estigma y la discriminación, ven pocas razones para conocer o dar a conocer su estado serológico con respecto al VIH.

La prevención mejora cuando está vinculada a la atención y el apoyo. Las personas, si saben que hay un tratamiento disponible, se animan y se hacen la prueba del VIH. No sólo mejora la calidad de vida

de aquellas personas con un resultado positivo a la prueba del VIH, sino que también disminuye la propagación de enfermedades infecciosas (especialmente la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual) gracias al diagnóstico precoz y el tratamiento. Los servicios de pruebas y asesoramiento voluntario son un punto de partida para el cambio de comportamiento; ofrecen a las personas preocupadas por su estado serológico la oportunidad de hablar con los médicos y otro personal cualificado y de discutir la forma en que podrían prevenir una mayor propagación de la infección. La atención abierta y compasiva de las personas infectadas por el VIH contribuye a contrarrestar amplios temores sociales sobre el VIH/SIDA.

Paradójicamente, en algunos países de ingresos altos donde el acceso al tratamiento y la atención está ampliamente difundido, la prevención se ha ido alejando cada vez más de la atención. El resultado ha sido un repunte de los comportamientos de riesgo y, en algunos casos, un aumento del número de nuevas infecciones por el VIH. En esas situaciones, el tratamiento y los esfuerzos de atención deben ir acompañados de esfuerzos de prevención integrados y más intensos.

Prevención estratégica

La epidemia mundial de VIH/SIDA está compuesta de muchas epidemias diferentes que evolucionan en conjunto, a menudo dentro del mismo país.

La prevención eficaz del VIH combina estrategias para toda la sociedad, orientadas específicamente a los segmentos de la población que corren mayor riesgo.

Independientemente del alcance de la propagación de la epidemia, los jóvenes deben ser el centro de todas las estrategias con respecto al VIH,

sobre todo porque la mayoría de las infecciones por el VIH tienen lugar durante, o poco después de la adolescencia. Las estrategias que funcionan combinan:

- el aprendizaje de aptitudes para la vida con respecto al SIDA;
- la comunicación de los medios de masas;
- el acceso a los preservativos;
- el asesoramiento, las pruebas y las derivaciones voluntarias;

- el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual;
- la participación de los padres y otros adultos; y
- los esfuerzos para mejorar la situación social y económica de los jóvenes.

En entornos de baja prevalencia, una epidemia concentrada tiende a asociarse inicialmente con ciertos contextos de alto riesgo: típicamente el trabajo sexual, el consumo de drogas intravenosas y las relaciones sexuales entre varones. Estas actividades también suelen estar muy estigmatizadas.

Pero las personas de riesgo de esos contextos no son grupos aislados, se mezclan con otros grupos de población, tal como ha quedado confirmado por la vigilancia comportamental. Sin embargo, las intervenciones tempranas en gran escala entre estos grupos podrían evitar una posible epidemia.

En entornos de alta prevalencia, la epidemia se propaga mucho más ampliamente por toda la población. Cuanto más alta es la tasa de prevalencia del VIH a escala nacional, tanto más elevada es la proporción de personas que debe adoptar comportamientos más seguros si se quiere tener

4

Contrarrestar las normas sociales perjudiciales por razón del sexo

Los programas deben procurar contrarrestar las normas sociales perjudiciales por razón del sexo que llevan a la coacción y la explotación de las mujeres y las niñas (véase “Foco de atención: SIDA y derechos humanos”). Tales programas, a través del uso de los medios de comunicación, las campañas de información, las artes, los grupos de debate en las escuelas y la comunidad, deberían:

- fomentar la discusión sobre la forma en que se educa a los niños y las niñas y es de prever que se comporten;
- cuestionar los conceptos de masculinidad y feminidad, basados en la desigualdad y en los estereotipos agresivo y pasivo;
- animar a los varones adultos y jóvenes a que hablen sobre el sexo, la violencia, el consumo de drogas y el SIDA entre ellos y con su pareja;
- educar a las mujeres para la autoafirmación y para que dispongan de aptitudes para negociar las relaciones afectivas, las relaciones sexuales y la reproducción;
- educar sobre la responsabilidad sexual y reproductiva masculina, y fomentarla;
- educar sobre el respeto y la responsabilidad hacia las mujeres y los niños, y promoverlos;
- educar sobre la igualdad en las relaciones afectivas y en las esferas privada y pública, y promoverla;
- apoyar las acciones para reducir la violencia masculina, incluida la violencia doméstica y sexual;
- animar a los varones a que sean los proveedores de atención y apoyo a la familia y la comunidad; y
- fomentar la comprensión y la aceptación de los varones que tienen relaciones sexuales con varones.

Figura 19

la epidemia bajo control. Una cobertura muy amplia con intervenciones probadamente eficaces se convierte entonces en algo fundamental.

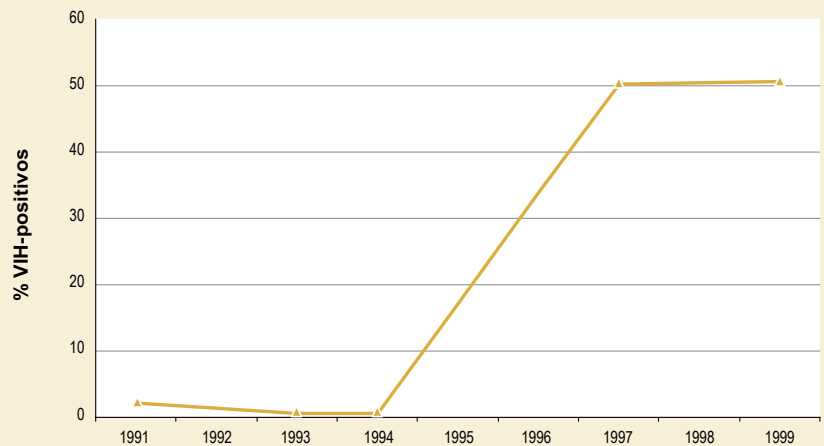
La clave para una prevención eficaz, tanto en zonas de baja como de alta prevalencia, es la aplicación de los elementos esenciales de las estrategias de prevención a las realidades de la epidemia, a escala local, nacional e incluso regional.

La ilusión de una baja prevalencia nacional del VIH

Tras 20 años de epidemia de VIH/SIDA, la mayoría de los países del mundo siguen registrando tasas de prevalencia nacional del VIH de menos del 1%, por lo que la epidemia mundial aún está en sus etapas iniciales. Pero hace dos decenios, no había país del mundo cuyas tasas de prevalencia adulta del VIH a escala nacional superaran el 1%; hoy día, hay casi 50, y en 12 de ellos la prevalencia adulta nacional del VIH se calcula en más de un 10%.

Las tasas de infección por el VIH, indicadas como promedio nacional, pueden ser engañosas. En países populosos, una prevalencia del VIH entre la población adulta a escala nacional de, digamos, un 2-3%, puede significar no obstante millones de infecciones. Las tasas de prevalencia nacional del VIH también pueden enmascarar la naturaleza de las epidemias de VIH concentradas en determinadas partes del país y entre determinadas poblaciones.

Prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas en Katmandú (Nepal), 1991-1999

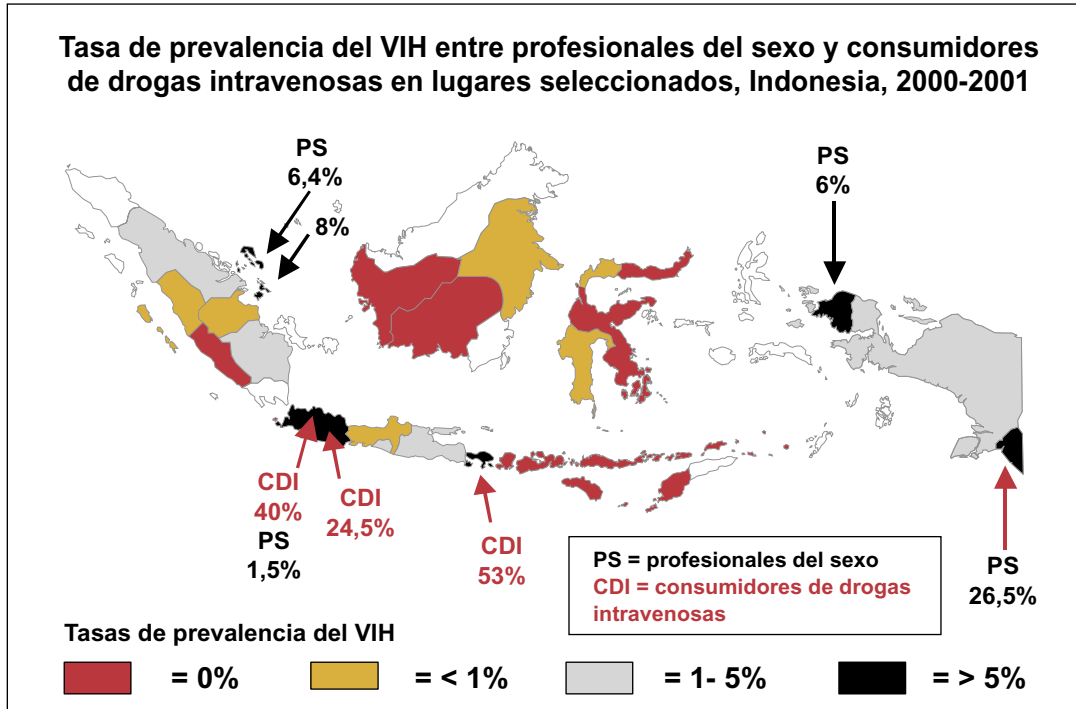


Fuente: Peak A et al. (1995) *AIDS*; Gurubacharya RL et al. (1998) Duodécima Conferencia Mundial del SIDA, Resumen 23246; Oelrichs RB et al. (2000) *J Virol*.

Las epidemias en gran escala, antes de propagarse más ampliamente por las distintas regiones y las comunidades, siempre comienzan como brotes localizados. En Nairobi (Kenya), la prevalencia del VIH entre las mujeres profesionales del sexo pasó del 4% en 1981 al 61% en 1985, mientras que la prevalencia entre las mujeres embarazadas pasó del 0% en 1981 a tan sólo el 2% en 1985, antes de su subsiguiente aumento brusco.

Ahora ya son conocidas las señales de peligro de las epidemias inminentes, pero aún no se puede predecir con certeza el ritmo exacto de crecimiento de la epidemia. En Tailandia, por ejemplo, el virus se detectó por primera vez en 1984, pero no empezó su propagación virulenta entre los clientes y los profesionales del sexo hasta cinco años más tarde. Asimismo, en la ciudad nepalesa de Katmandú, aunque el uso compartido de agujas estaba extendido a principios de los años 90, las infecciones por el VIH entre los consumidores de drogas intravenosas siguieron sin atenderse durante seis o siete años, hasta llegar bruscamente a un punto en el que, en 1997, casi la mitad de los consumidores de drogas estaban infectados.

Figura 20



Fuente: Comisión Nacional Indonesia del SIDA (2001). *HIV/AIDS and other sexually transmitted infections in Indonesia: challenges and opportunities for action*

En Indonesia, las pruebas del VIH anónimas entre los profesionales del sexo empezaron en 1988 y, durante casi una década, prácticamente no se detectó infección por el VIH. Los resultados fueron desconcertantes porque otra investigación demostró que el trabajo sexual era habitual, la utilización del preservativo muy baja y muy elevada la prevalencia de otras infecciones de transmisión sexual. La ausencia de epidemia de VIH podía deberse, en parte, a que los profesionales del sexo en Indonesia tenían un volumen de parejas sexuales relativamente bajo –un promedio de alrededor de siete por semana– en comparación con las más

de 30 por semana de Tailandia en el apogeo del aumento del VIH en aquel país.

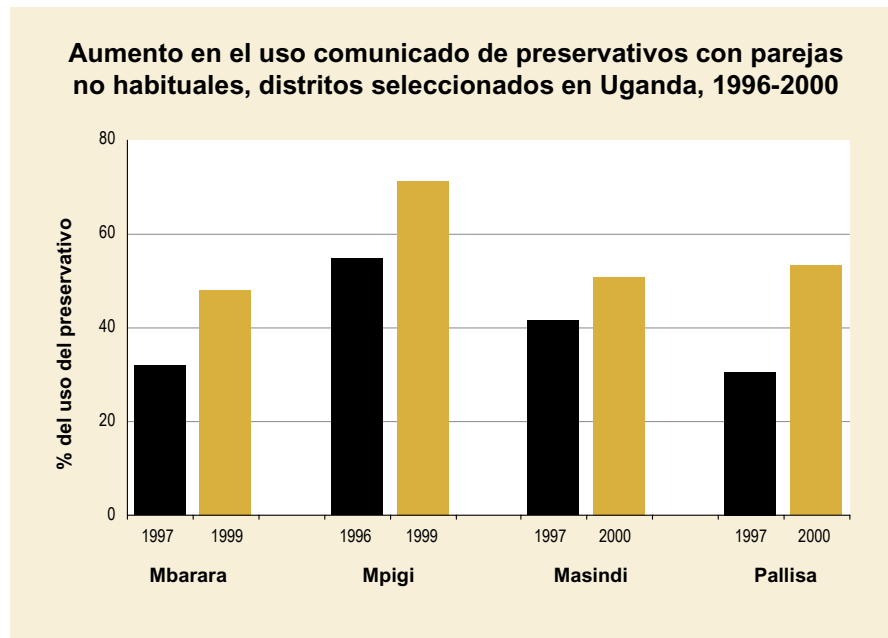
Pero hay nuevos datos que indican un aumento de infecciones por el VIH entre los profesionales del sexo en algunas zonas de Indonesia. La figura 20 muestra las provincias en las que ahora se registran tasas elevadas de infección por el VIH entre los profesionales del sexo y los consumidores de drogas. La migración en gran escala como consecuencia de la crisis económica de 1997-1998, la inestabilidad política y la violencia en algunas partes del país, también podrían explicar el aumento de la vulnerabilidad.

La prevención y los preservativos

Los preservativos, junto con la abstinencia sexual, el aplazamiento del inicio de la actividad sexual y la fidelidad mutua, son fundamentales para evitar la propagación del VIH/SIDA. El éxito de Uganda en la reducción de la propagación del VIH se

puede atribuir a los cambios de comportamiento, en particular a una reducción en el número de parejas sexuales de una persona y al aplazamiento del inicio de la actividad sexual entre los jóvenes. La disminución de las tasas de infección entre los

Figura 21



Fuente: Programa de Control de ETS/SIDA, Uganda (2001). *Informe de vigilancia del VIH/SIDA*

jóvenes se ha debido sobre todo a un incremento de dos años en la edad promedio de la primera relación sexual, de los 15 a los 17 años de edad. Pero el aumento de la utilización del preservativo (véase figura 21) y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual han desempeñado un papel importante.

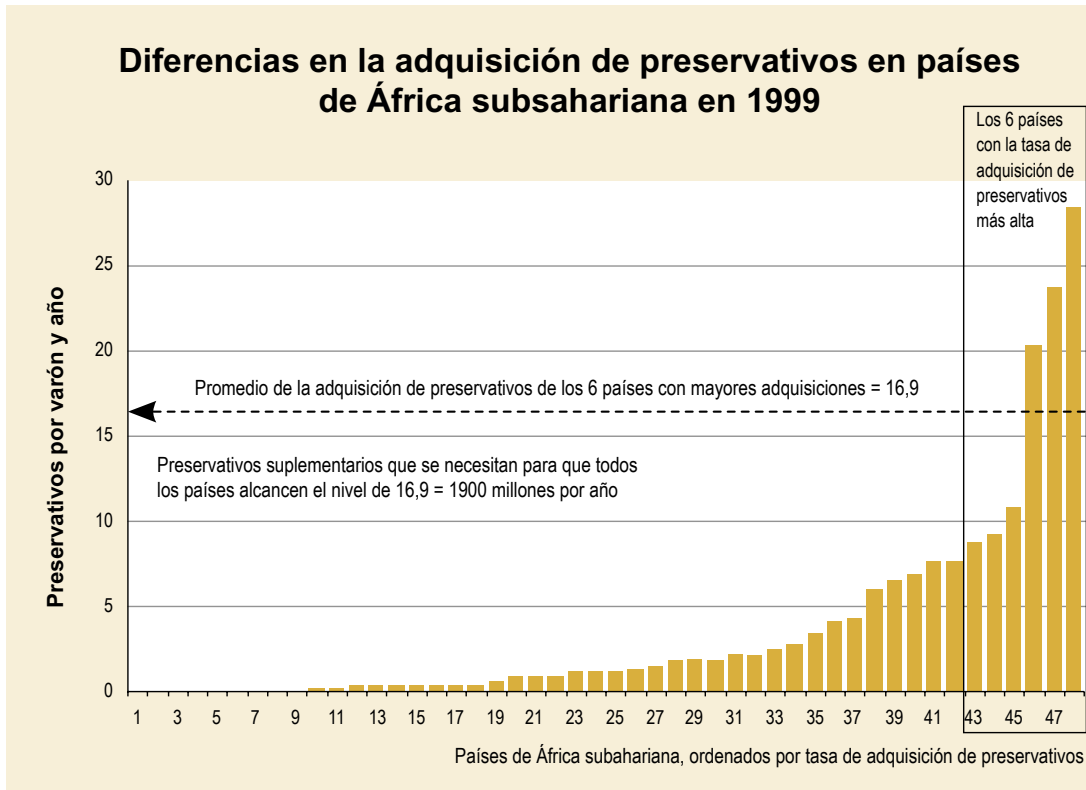
Los Institutos Nacionales de la Salud y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos han efectuado una revisión exhaustiva de los estudios disponibles que confirmó que los preservativos, cuando se utilizan correctamente, son un medio eficaz para prevenir la infección por el VIH en varones y mujeres, y la blenorragia en los varones. Sin el acceso a los preservativos, muchas otras estrategias de prevención (como la comunicación sobre cambios comportamentales y la educación sobre salud sexual y reproductiva en las escuelas, por no mencionar las campañas de planificación familiar) pierden gran parte de su eficacia potencial.

Déficit de preservativos

Se calcula que se distribuyen anualmente entre 6 y 9 mil millones de preservativos (incluidos los que se venden comercialmente), muchos menos de los 8 a 24 mil millones que se calcula que hacen falta para que todas las poblaciones puedan protegerse del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Sólo en África subsahariana, el déficit de preservativos se calcula en 2 mil millones por año (véase figura 22).

Para paliar las deficiencias de abastecimiento, las Naciones Unidas (a través del Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y la Secretaría del ONUSIDA) están colaborando con organizaciones no gubernamentales, organismos especializados y donantes públicos y privados. El costo es un problema importante. El Fondo de Población de las Naciones Unidas calcula que el número de preservativos necesarios para prevenir el VIH/SIDA

Figura 22



Fuente: Shelton JD, Johnston B (2001). Condom gap in Africa: evidence from donor agencies and key informants, *British Medical Journal*

y otras infecciones de transmisión sexual superará el doble en los próximos 15 años. Se calcula que el costo pasará de los US\$ 239 millones de 2000 a US\$ 557 millones en 2015. Este total no incluye los costos de distribución, capacitación o asesoramiento. Los países de ingresos bajos necesitarán planes para tratar los problemas de suministro así como constantes incrementos del respaldo de los donantes para hacer frente a los costos de los preservativos.

Un mayor acceso a los preservativos y su mayor disponibilidad pueden hacer aumentar la utilización de los mismos. En el Brasil, a principios de los años noventa, cuando bajaron los precios de los preservativos, hubo un aumento masivo de su adquisición. Cuando la empresa Ford de Sudáfrica convirtió la distribución masiva de preservativos

en parte de su estrategia contra el VIH/SIDA y puso máquinas expendedoras en todos los baños de los lugares de trabajo, la adquisición se multiplicó por 25.

Sin embargo, el suministro no es el único factor determinante de la utilización del preservativo. Casi en todas partes, a los jóvenes sexualmente activos (especialmente a las mujeres jóvenes) se les niega información sobre los preservativos. Los investigadores de Kenya informan de que el 54% de los jóvenes no cree que los preservativos protejan de la infección por el VIH. Allí, como en muchos otros países, los intentos de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de promover el uso del preservativo se han topado con la oposición de algunas organizaciones religiosas que afirman que los preservativos fomentan

la promiscuidad. Pero la opinión religiosa no es monolítica. En Uganda, por ejemplo, un diálogo entre la Asociación Médica Islámica y las autoridades religiosas musulmanas tuvo como resultado una declaración de estas últimas en la que manifiestan que la educación y el uso responsable del preservativo eran aceptables en el contexto de las enseñanzas islámicas y necesarios para proteger del SIDA a las comunidades.

Un análisis reciente de muestras de estudio de ocho países de África subsahariana reveló que la utilización del preservativo dependía también de la índole de las relaciones. En una relación marital y estable, muchas personas dijeron que no usaban preservativos porque “confiaban” en su pareja; en relaciones estables y ocasionales, con frecuencia manifestaban aversión por los preservativos. Lo que indica que los mensajes de fomento del uso del preservativo tienen que adaptarse al contexto: quizá haya que convencer a las parejas en relaciones estables de que la utilización del preservativo es un medio fundamental con el cual cada uno protege la salud del otro.

El camino que hay que seguir

Los programas de preservativos funcionan mejor como parte de un conjunto integral de intervenciones que incluyan la educación sobre el VIH/SIDA, la salud sexual y la sexualidad humana y la capacitación que tenga en cuenta las diferencias entre varones y mujeres.

El innovador Programa de Utilización Sistemática del Preservativo, orientado a los profesionales del sexo, desde que fue implantado por las autoridades de la provincia de Ratchaburi (Tailandia) se ha convertido en una de las medidas de prevención más eficaces jamás adoptadas. El programa exigía la utilización de preservativos en “todos” los establecimientos de trabajo sexual, una táctica que ayudó a evitar que los clientes se trasladaran a lugares en lo que no se insistía en el uso del preservativo. El programa, después de que el primer ministro lo adoptara como política nacional en 1991 y se ampliara a toda la nación, tuvo como resultado que más del 90% de los contactos con profesionales del sexo en 1994 se efectuaron con

Los preservativos femeninos: algunos progresos...

Los programas piloto de los últimos años han demostrado que el preservativo femenino es una opción viable de prevención para la mujer (y, en ciertos contextos, para el varón).

Como está hecho de plástico de poliuretano, no requiere un almacenamiento especial. Puede introducirse en la vagina varias horas antes del coito y se puede utilizar con lubricantes de base acuosa y oleosa. Estas razones lo hacen especialmente valioso para la prevención del VIH entre las profesionales del sexo.

En Viet Nam, un estudio de aceptabilidad llevado a cabo durante 2000 reveló que 320 de las 428 mujeres que habían probado el preservativo femenino dijeron que seguirían usándolo, siempre y cuando fuera gratuito o asequible. La aceptabilidad fue mayor entre las profesionales del sexo: el 84% dijo que deseaba seguir utilizándolo.

Desde 1999, el ONUSIDA trabaja en estrecha colaboración con el fabricante de preservativos femeninos Female Health Company para aumentar el interés de los organismos gubernamentales y no gubernamentales en programas de preservativos femeninos. Ghana es uno de los países que tiene en la actualidad un programa nacional para fomentar la utilización del preservativo femenino, que incluye compromisos políticos de alto nivel (en especial en la persona de la ex primera dama, Nana Konadu Agyeman Rawlings), la comercialización social y la distribución tanto por parte del sector público como privado.

la protección de preservativos (en comparación con la tasa del 14% anterior). En el programa se trabajó con los profesionales del sexo y sus clientes, las autoridades sanitarias y la policía, y obtuvo el apoyo de los propietarios de los prostíbulos. El Gobierno de Tailandia, al mismo tiempo, se embarcó en campañas de sensibilización en gran escala sobre el SIDA en los medios de comunicación de masas. Recientes revisiones del programa le atribuyeron el mérito de ser “una importante contribución en gran escala de la reducción de la transmisión del VIH en todo el país”. En Camboya se han adoptado estrategias similares, así como en países como el Camerún, la República Dominicana y Myanmar.

La comercialización social –el uso de técnicas comerciales como la investigación de mercado, la distribución y comunicación masiva para lograr

un objetivo social– ha tenido cierto éxito. En Camboya, se promueve la comercialización social del preservativo desde 1994. La marca puntera de preservativos se comercializa entre adultos jóvenes, profesionales del sexo y sus clientes, y miembros del ejército y la policía. Las ventas de preservativos aumentaron de forma espectacular, de 99 000 a más de 16 millones en 2001, con distribución en las 24 provincias y todos los municipios.

Sin embargo, estos tipos de intervenciones deben reforzarse con políticas que promuevan, pero no restrinjan en lo más mínimo, la distribución y utilización del preservativo. Desgraciadamente, las leyes y prácticas de muchos países siguen dificultando que los jóvenes consigan preservativos y permiten que la tenencia de los mismos pueda utilizarse como prueba para acusar a los profesionales del sexo.

Control de las infecciones de transmisión sexual

La Organización Mundial de la Salud calcula que más de 300 millones de personas contraen cada año infecciones de transmisión sexual curables, gran parte de las cuales ocurren entre los jóvenes. La presencia de dichas infecciones aumenta el riesgo de transmisión del VIH hasta diez veces en el transcurso de las relaciones sexuales no protegidas (puesto que la infección crea nuevos puntos de entrada para el virus o facilita la replicación vírica).

Muchas de esas infecciones (incluidas las cuatro más comunes: sífilis, blenorragia, Chlamydia y tricomoniasis) se pueden curar con relativa facilidad con un tratamiento antibiótico. Pero la falta de servicios, la escasa disponibilidad de medicamentos, el acceso limitado al diagnóstico y las actitudes de menosprecio de los proveedores de servicios son obstáculos para la detección y el tratamiento eficaz de las infecciones de transmisión sexual como parte de la prevención del VIH/SIDA.

Estos problemas son superables. Se ha aprendido mucho sobre la forma de hacer que los servicios sean más acogedores y adaptarlos para que se ajusten a grupos específicos. Además, la investigación en países de ingresos medianos y bajos ha confirmado la eficacia de la gestión sindrómica en entornos de pocos recursos. La gestión sindrómica abarca el reconocimiento de signos clínicos y síntomas del paciente (o síndrome) y la prescripción de un tratamiento para las causas más importantes de ese síndrome. Permite que los agentes de salud, que carecen de conocimientos prácticos especializados y de acceso a pruebas de laboratorio complejas, traten con eficacia la mayoría de las infecciones sintomáticas durante la primera visita clínica del paciente.

Un estudio de la gestión sindrómica de las infecciones de transmisión sexual, basado en la comunidad en Mwanza (República Unida de Tanzania), demostró que el número de nuevas infecciones por

el VIH de la población estudiada se redujo en un 42%. Sin embargo, otra intervención, basada en el tratamiento masivo de las infecciones de transmisión sexual con antibióticos en Rakai (Uganda), no redujo la incidencia del VIH. Lo que indica que hay más probabilidades de que las iniciativas para tratar y controlar las infecciones de transmisión sexual también reduzcan la transmisión del VIH si forman parte de programas de prevención del VIH/SIDA más amplios y generales.

Diversos estudios recientes subrayan la probable importancia del virus del herpes simple 2 (VHS-2) como un cofactor de susceptibilidad al VIH. Un estudio en Sudáfrica ha puesto de manifiesto que el VHS-2 era el factor más importante asociado al VIH tanto en varones como en mujeres, y que los varones infectados por el VHS-2 tenían siete veces más probabilidades de ser VIH-positivos que

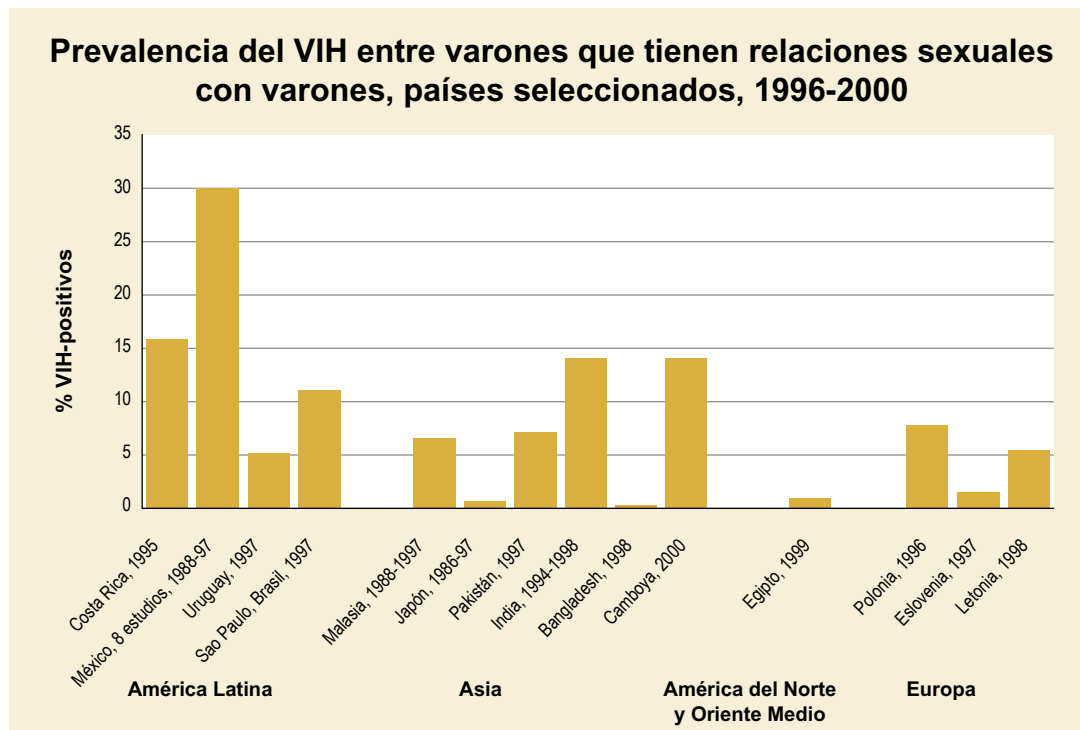
los que no lo estaban. La coaparición de casos de VHS-2 y VIH indica que el control del VHS-2 (tanto la prevención como el tratamiento) puede ser una parte útil de la prevención del VIH. Pero primero hay que superar muchos obstáculos. No hay cura para el VHS-2 y las vacunas están aún en el ensayo de fase II, de modo que la infección es para toda la vida y las úlceras irán reapareciendo periódicamente en una persona infectada. El tratamiento para las úlceras requiere fármacos relativamente caros, y sólo uno de ellos (aciclovir) está disponible como genérico. Además, las pruebas del VHS-2 son difíciles en los países más pobres, porque los estuches de pruebas asequibles no son tan precisos como las pruebas de laboratorio que se utilizan en los países más ricos. En tales condiciones, la educación sexual temprana y la promoción de la utilización sistemática del preservativo siguen siendo los mejores métodos de prevención.

Llegar a las personas que lo necesitan

Las epidemias de VIH/SIDA en muchos países están concentradas en grupos de población específicos, a menudo marginados y vulnerables a un amplio espectro de dificultades sanitarias y psicosociales distintas del VIH/SIDA, o además de él. Hay factores complejos e interrelacionados que influyen sobre esta vulnerabilidad. Primero, las circunstancias socioeconómicas (como la pobreza, la falta de educación, los desplazamientos, la separación de la familia, etc.) pueden entorpecer su capacidad de protección y reducir su acceso a la prevención del VIH, la información sobre la atención, los servicios y los productos esenciales. Segundo, es posible que la prevalencia del VIH en sus redes sociales sea mayor que entre la población en general. Tercero, tal vez practiquen determinados comportamientos de alto riesgo, como compartir material de inyección de drogas o mantener relaciones sexuales sin protección con personas cuyo estado serológico se desconoce.

En esos grupos de población se incluyen los consumidores de drogas, los profesionales del sexo (y sus clientes), los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los reclusos, los jóvenes marginados, los refugiados y las personas desplazadas, las víctimas de la trata de personas, las poblaciones indígenas socialmente excluidas, los trabajadores móviles e itinerantes (como los marinos, los camioneros de largas distancias y los trabajadores temporeros). Es fundamental llegar a esos grupos para tener una respuesta satisfactoria al SIDA. Como muchas de estas poblaciones no tienen acceso a los servicios generales dedicados al VIH/SIDA, los enfoques de divulgación y las redes inter pares deben llevar los servicios adonde esos grupos trabajan, viven y socializan. Las intervenciones y los programas más eficaces son aquellos adaptados a las realidades y necesidades específicas de las personas a las cuales se destinan.

Figura 23



Fuentes: Datos de países recopilados por la Oficina del Censo de los Estados Unidos (1996-2000); los datos de Camboya proceden de: *Monitoring the AIDS Pandemic (MAP): the status and trends of HIV/AIDS/STI epidemics in Asia and the Pacific (2001)*

Los varones que tienen relaciones sexuales con varones

En grados variables, la transmisión de varón a varón es un factor en todas las epidemias de VIH. Ha sido el modo de transmisión predominante del VIH en la mayoría de los países de ingresos altos. En los Estados Unidos, la mayor proporción (42%) de nuevas infecciones anuales en 2000 se debió a las relaciones sexuales entre varones, mientras que en Australia ese porcentaje ascendió al 85% de las infecciones el mismo año. Se ha detectado una importante prevalencia del VIH entre varones que tienen relaciones sexuales con varones en países de todo el mundo, tal como se muestra en la figura 23.

En los lugares en los que las relaciones sexuales entre varones están reprimidas por ley o a través de

fuertes sanciones sociales, los varones que tienen relaciones sexuales con varones corren especial riesgo de infección por el VIH, porque es más difícil identificarlos y hacerles llegar los servicios preventivos. Por lo tanto, contrarrestar la discriminación —y la violencia— sufrida por los varones que tienen relaciones sexuales con varones es parte fundamental de una respuesta eficaz al SIDA.

Clandestinos, pero no aislados

Datos fidedignos de países tan diversos como el Brasil, Colombia, la India, México, Pakistán y Tailandia confirman que muchos varones que tienen relaciones sexuales sin protección con varones también las tienen con mujeres. En América

Los varones profesionales del sexo

En todas las regiones del mundo hay varones profesionales del sexo, pero a menudo es algo muy reprimido o que se pasa por alto. Muchos varones que comercian con el sexo tienen relaciones sexuales remuneradas y no remuneradas con varones y mujeres; por lo tanto representan un potencial tanto de transmisión heterosexual como homosexual. Y, lo más importante, es posible que no se consideren homosexuales o profesionales del sexo.

A pesar de estos enormes obstáculos, los programas de prevención en este grupo tan vulnerable pueden tener éxito, como ha demostrado la Asociación de Lucha contra el SIDA de Marruecos (ALCS). Como en muchos otros países, en Marruecos se relaciona, típica pero equivocadamente, a los varones profesionales del sexo sobre todo con el turismo. En realidad, también es frecuente entre los marroquíes, incluso en ciudades pequeñas, a pesar de que la homosexualidad en Marruecos es un delito penado. La investigación puesta en marcha por la ALCS descubrió que alrededor de las dos terceras partes de los varones profesionales del sexo dependían de las relaciones sexuales remuneradas como su mayor fuente de ingresos, y que más de un tercio (del total) practicaba el comercio sexual sólo con otros marroquíes. Con esta información en la mano, la ALCS organizó un centro de encuentro y consulta, y proyectos de divulgación, en los que ofrecían educación inter pares, preservativos, derivaciones a los servicios sanitarios locales para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, así como asesoramiento y pruebas del VIH. Las encuestas posteriores demostraron que el 93% de los varones preferían que los agentes de extensión les suministraran los preservativos y que había aumentado la utilización regular de los mismos. También había más varones que hacían uso de los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias.

Latina y el Caribe, el grupo de población de varones que tienen relaciones sexuales con varones es diverso, muchos de ellos también tienen relaciones sexuales con mujeres, las tasas de VIH son altas y, como consecuencia, la epidemia está llegando sin pausa a sus parejas femeninas. Un estudio reciente de la Comisión Nacional Senegalesa del SIDA, en Dakar (Senegal), reveló que el 88% de los varones encuestados que tienen relaciones sexuales con varones también las habían tenido con mujeres, y el 15% estaban casados. Sólo el 14% afirmó haber utilizado preservativos durante su última relación sexual. Además, el 37% de los varones encuestados manifestó que había sido violado durante el año anterior, en algunos casos por policías.

Las comunidades *gay* de los países de ingresos altos han estado a la vanguardia de la respuesta al VIH/SIDA y organizado iniciativas de prevención con muy buenos resultados, aunque el resurgimiento de las relaciones sexuales sin protección entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones (véase sección “Panorama mundial”) demuestra la

necesidad de renovar y reforzar constantemente tales iniciativas. En gran parte de África y Asia, sin embargo, los esfuerzos de prevención entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones apenas han empezado. En muchos países de ingresos medianos y bajos, las relaciones sexuales entre varones y la transmisión de VIH tienden a estar estadísticamente ocultas y negadas oficialmente. En gran parte de África, por ejemplo, los actos sexuales entre varones apenas se reconocen, a pesar de la existencia desde hace años de grupos que se identifican como *gay* en Sudáfrica y Zimbabue. Recientemente se han formado grupos similares en Kenya y el Senegal.

La Sociedad Bandhu de Bienestar Social, en Dhaka (Bangladesh) y Sahodaran, en Chennai (India), son instituciones de base comunitaria que atienden a los varones que tienen relaciones sexuales con varones a través de servicios periféricos e in situ. Los “espacios seguros” en sus oficinas centrales ofrecen a los varones estigmatizados y marginados la oportunidad de relacionarse y acceder a una gama de servicios. La

El caso de Temirtau

En partes de Europa oriental y Asia central, el repentino cambio socioeconómico, marcado por un elevado desempleo, ha creado una sensación de desesperación en millones de personas, incluidos los jóvenes.

Hace una generación, la ciudad de Temirtau, en Kazajstán, albergaba una planta siderúrgica que era una de las productoras de acero más importantes de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. En 1995, la planta se vendió, la producción se recortó drásticamente y miles de trabajadores fueron despedidos. Desaparecieron los medios de subsistencia y los servicios (incluidos escuelas y hospitales) se cerraron. Se dispararon tanto el consumo de drogas intravenosas como los brotes de VIH/SIDA. En 2000, aproximadamente 3000 de los 32 000 jóvenes (de 15 a 19 años de edad) de Temirtau eran consumidores de drogas intravenosas. A finales de los años 90, el Gobierno de Kazajstán y varios organismos de las Naciones Unidas organizaron un programa multisectorial en Temirtau y la región circundante de Karaganda para invertir las tendencias del consumo de drogas y reducir los niveles del VIH. En 2000, los efectos eran evidentes, los estudios de vigilancia demostraron que la infección por el VIH entre los nuevos consumidores de drogas de la ciudad había descendido del 16% de 1997 al 5%.

Sociedad Bandhu de Bienestar Social tiene un servicio de dispensario innovador para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y Sahodaran ha contribuido mucho a la defensa de esas personas a escala nacional. Del mismo modo, en los últimos años se han visto una serie de proyectos de prevención en Europa oriental y Asia central establecidos por organizaciones gay en colaboración con las autoridades locales, con el apoyo de copatrocinadores del ONUSIDA y la Secretaría del ONUSIDA. Los proyectos se han establecido en Minsk (Belarús); Bishkek, (Kirguistán); Karaganda

y Almaty (Kazajstán), y Tashkent (Uzbekistán).

Al igual que en los países de ingresos altos, la solidaridad de personas importantes y conocidas puede resultar muy útil para combatir el estigma al que se enfrenta este grupo de población vulnerable. En Haití, por ejemplo, la primera dama del país ha dado recientemente su apoyo público al GRASADIS (Grupo de Investigaciones y de Acción contra el SIDA y la Discriminación Sexual), que ofrece actividades de divulgación y educación inter pares a los varones que tienen relaciones sexuales con varones.

Los consumidores de drogas intravenosas

Durante los últimos 25 años, el comercio de drogas ilícitas ha crecido hasta convertirse en una industria de miles de millones de dólares que abarca todo el planeta. A finales de 1999, se tenía conocimiento de la existencia de consumidores de drogas intravenosas en 136 países; en 114 de ellos, también se informaba de casos de VIH como consecuencia del consumo de drogas intravenosas. Hoy en día, el tráfico de drogas es un fenómeno mundial que afecta a unos 170 países y territorios.

Se calcula que más de 10 millones de personas en el mundo se inyectan drogas.

Se calcula que en Asia hay el mayor número de casos de VIH relacionados con el consumo de drogas intravenosas. Ese hábito también es un factor grave en las epidemias de VIH en Norteamérica, Europa occidental y partes de América Latina, Oriente Medio y África del Norte. En algunos países de Europa oriental, especialmente de la antigua Unión Soviética, el con-

Desmentir el mito de que el intercambio de agujas aumenta el consumo de drogas

Uno de los temas más estudiados en la historia de los programas de prevención del VIH es si el suministro de agujas y jeringas estériles a cambio de las usadas, también llamado intercambio de agujas, es eficaz para limitar la propagación del VIH o si sólo fomenta el consumo de drogas. Las pruebas señalan la eficacia del suministro en lugar de un aumento en el consumo de drogas.

En los años noventa, cuando se ofrecieron servicios de agujas estériles en California, el porcentaje de nuevos consumidores de drogas intravenosas cayó (del 3% al 1%), los consumidores habituales se inyectaban con menor frecuencia y el uso compartido de agujas disminuyó más de un 70%.

Una revisión mundial de los programas de intercambio de jeringas y agujas puestos en práctica entre 1988 y 1993 puso de manifiesto que, en 29 ciudades con programas de intercambio de agujas, la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas se había reducido una media del 5,8% por año y que el número de consumidores no había aumentado. Ese dato contrasta con el aumento de la prevalencia del VIH de casi un 6% por año en 52 ciudades que carecían de tales programas.

La investigación en el Canadá ha destacado las limitaciones de algunos programas de intercambio de agujas y jeringas. Por ejemplo, los estudios en Vancouver y Montreal, donde predomina el consumo intravenoso de cocaína, han demostrado la importancia de adaptar los programas a las condiciones locales. Los consumidores de cocaína por vía intravenosa tienden a inyectarse con mucha más frecuencia que los de heroína y, por lo tanto, necesitan mucha más cantidad de jeringas y agujas estériles que las que se suelen suministrar en los programas de intercambio.

Otra limitación sería de los programas de intercambio de agujas y jeringas y otras intervenciones destinadas a los consumidores de drogas es que a menudo no llegan a los consumidores ocasionales o con fines recreativos. Es una cuestión de creciente importancia, especialmente entre los jóvenes, ya que se suele pasar por alto a este grupo de población en muchos programas destinados a aquéllos que se reconocen como consumidores de drogas.

sumo de drogas intravenosas está desencadenando epidemias graves entre los jóvenes, y muchos programas de divulgación informan de un creciente número de adolescentes consumidores de drogas sexualmente activos

Los consumidores de drogas son parte de la sociedad

Las epidemias de VIH relacionadas con el consumo de drogas intravenosas no afectan solo a los consumidores de tales drogas. La mayoría de ese colectivo son varones jóvenes sexualmente activos. Tienen probabilidades de contraer o transmitir el virus del VIH no sólo compartiendo el material de

inyección sino también a través de las relaciones sexuales con parejas habituales u ocasionales. El consumo de drogas intravenosas también está profundamente solapado con el comercio sexual; los consumidores a menudo compran o venden relaciones sexuales para financiar su dependencia a las drogas. En 2000, en Hanoi (Viet Nam), el 20% de las profesionales del sexo que trabajaban en la calle informaban de su reciente inyección de drogas, mientras que el 23% de los varones consumidores de drogas intravenosas pagaban a cambio de servicios sexuales; en Bangladesh, las cifras correspondientes eran del 14% y el 50-75%, respectivamente.

Prevenir la infección por el VIH

Detener la propagación del VIH entre los consumidores de drogas exige un enfoque amplio que incluya el tratamiento y rehabilitación de la dependencia a las drogas; la educación sobre el VIH/SIDA; el acceso a las jeringas/aguja estériles y los preservativos; los servicios de asesoramiento social y jurídico; el asesoramiento y las pruebas voluntarias del VIH y el apoyo psicosocial. También exige esfuerzos para disuadir a la gente (especialmente a los jóvenes) de iniciarse en el consumo de drogas intravenosas.

Hay pruebas claras que demuestran que el tratamiento de desintoxicación eficaz y humanitario no sólo reduce el abuso del consumo de drogas, sino también el riesgo de contraer el VIH. Un principio ético básico es que las políticas de control de drogas deben reducir, no aumentar, el riesgo de contraer el VIH al que se enfrentan los consumidores de drogas, y las actividades de prevención del VIH no deben promover inadvertidamente el abuso de las drogas.

Las iniciativas de prevención limitadas y aisladas pueden reducir el ritmo de propagación de la epidemia, pero no durante mucho tiempo, como lo demuestra lo sucedido en Nepal. Los programas de intercambio de agujas empezaron muy pronto, en 1991. En 1995, algunos investigadores afirmaban que las intervenciones habían evitado una epidemia entre los consumidores de drogas intravenosas. Pero, en 1997, casi la mitad de ese colectivo de Katmandú a los que se les hizo la prueba estaban infectados por el VIH. Los programas de intercambio de agujas eran demasiado limitados y localizados para tener un efecto poderoso y duradero. Había que ampliarlo. Los programas de intercambio de agujas y jeringas se hicieron a gran escala en otras partes, especialmente en algunos países de Europa y en Australia. En 2000, en Inglaterra y Gales había 420 programas que distribuyeron 27 millones de jeringas, el equivalente a 180-540 jeringas por consumidor de drogas intravenosas por año.

Abordar la ley

Las pruebas en los países de ingresos altos y bajos demuestran que, a pesar de la marginación, el estigma social y el entorno de penalización que marca la vida de los consumidores de drogas intravenosas, se pueden poner en marcha programas de prevención y atención eficaces. Pero esos programas suelen dar mejores resultados cuando las leyes y las prácticas policiales facilitan el trabajo de divulgación y la prestación de servicios a los consumidores de drogas.

Durante muchos años, Manipur, en la India, era una región emblemática en las garras de una epidemia de VIH relacionada con el consumo de drogas. A finales de los años 90, se calculaba que de sus alrededor de 40 000 consumidores de drogas intravenosas, el 60% eran VIH-positivos. Para muchos observadores era una “causa perdida”. Pero, después de que los estudios demostraron que la mayoría de los consumidores de drogas compartía el material de inyección porque temía que sería detenida si estaba en posesión de agujas y jeringas, la Sociedad para el VIH/SIDA y las Operaciones de Supervivencia (SHALOM) dio un paso audaz y organizó un programa de intercambio de agujas y jeringas en la ciudad de Churachandpur. Se consultó a la policía y se la convenció de que no persiguiera a los trabajadores de SHALOM ni a los consumidores que encontraran con material de inyección. La incidencia del VIH entre los consumidores de drogas cayó de casi un 77% en 1997 a menos de un 59% en 2001; ciertamente sigue siendo elevada, pero con una marcada tendencia a la disminución. El ministro de sanidad del estado de Manipur, convencido por la eficacia del programa, integró este enfoque en la política oficial del estado con respecto al SIDA.

Se vencieron obstáculos oficiales aun mayores en Ucrania, donde, en 1998, el Parlamento añadió a una ley sobre el VIH/SIDA la garantía de que facilitaría la prestación de servicios de intercambio de agujas y jeringas para los consumidores de drogas intravenosas. Esta reforma de la ley tan duramente

ganada también abolía las pruebas obligatorias a los consumidores de drogas. Al principio, la opinión política y pública temió que los cambios fomentaran el consumo de drogas y otros problemas sociales. Pero una enérgica campaña de información y un debate público generalizado convencieron gradualmente a los votantes y los legisladores de que las reformas, en última instancia, beneficiarían a toda la sociedad. En la actualidad, en 2002, funcionan en el país 37 proyectos de intercambio de agujas y se calcula que llegan a alrededor del 20% del número total de consumidores de drogas.

En 2002, el Parlamento del Brasil aprobó una ley por la que se autorizaba al Ministerio de Sanidad a establecer políticas nacionales para la creación de programas específicos para el VIH dirigidos a los consumidores de drogas intravenosas (aunque los funcionarios pragmáticos de la sanidad pública hacía muchos años que ya los habían puesto en práctica). Una encuesta nacional realizada entre los consumidores de drogas intravenosas indicó que la utilización sistemática del preservativo en este grupo de población había aumentado del 42% en 1999 al 64% en el año 2000. En el mismo período, el uso compartido de agujas y jeringas disminuyó del 70% al 41%. Como consecuencia, entre 1996 y 2000, la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas descendió en muchas ciudades. En Santos (estado de Sao

Paulo), la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas bajó del 65% al 42%; en Salvador, del 49% al 7%; y en la ciudad de Río de Janeiro, del 25% al 8%.

Cambiar de hábitos

En algunos lugares se han introducido con éxito programas de tratamiento de sustitución de drogas junto con diversos servicios de salud y derivación. Un ejemplo es la organización no gubernamental mexicana Compañeros AC, que dirige un programa desde mediados de los años 90 para promover la desintoxicación y la rehabilitación junto con iniciativas específicas de prevención del VIH dirigidas a los consumidores de drogas intravenosas. La organización ayuda a los consumidores de drogas intravenosas a establecer cambios de comportamiento viables para ellos y que tienen probabilidades de mantener, desde el cese total del consumo de drogas a la adopción de hábitos menos perjudiciales. El trabajo práctico se efectúa en prisiones así como en la comunidad en general. Se distribuyen folletos informativos y educativos junto con paquetes con preservativos y desinfectante. Los servicios de rehabilitación incorporan tratamientos complementarios como la acupuntura y la medicina naturista. También se ofrece información y educación a los familiares y las parejas de los consumidores de drogas intravenosas.

La prevención para los reclusos

Los reclusos, apartados de la sociedad, pueden correr un riesgo especial de contraer la infección por el VIH, sobre todo a través del consumo de drogas intravenosas, las relaciones sexuales voluntarias o forzadas, los tatuajes con material no estéril y los insuficientes servicios de prevención, información y educación sobre el VIH.

Muchos países informan del consumo de drogas intravenosas en las cárceles. Como las agujas son

muy difíciles de conseguir en esas situaciones, el uso compartido es especialmente común y la posibilidad de propagación del VIH, importante. En Australia, aproximadamente la cuarta parte de los reclusos se inyecta drogas en la cárcel, según un estudio de 2000. Un estudio de 3200 consumidores de drogas intravenosas de siete países de la Unión Europea (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Portugal, España y Suecia) reveló que el 45% de los que respondieron se había inyectado drogas

en la cárcel, y el 7% había empezado a inyectarse allí. No es muy fácil disponer de estadísticas comparables de países de ingresos bajos y medianos, pero algunas conclusiones recientes confirman las pruebas anecdóticas de que el riesgo de contraer la infección por el VIH a través del consumo de drogas intravenosas es alto. En el Irán, por ejemplo, 10 cárceles han informado de casos de infección por el VIH en consumidores de drogas intravenosas en 2001, y en una de ellas la prevalencia llega al 63%. La prevalencia del VIH en los consumidores de drogas intravenosas reclusos en la prisión de Bali (Indonesia) alcanzó el 53% en 2000, según se informó.

En un ambiente concebido para administrar sanciones judiciales, no es de extrañar que el consumo de drogas de los internos sólo genere nuevos castigos. Sin embargo, esto puede producir el efecto contrario, e incluso aumentar el consumo de drogas intravenosas entre los reclusos. Una investigación sobre las pruebas de detección de drogas obligatoria en las cárceles del Reino Unido puso de manifiesto que los internos pasaban de fumar marihuana (detectable en la orina durante varias

semanas) a inyectarse heroína (que desaparece de la orina al cabo de uno o dos días). Los países que en el pasado trataban de contrarrestar la transmisión del VIH en la cárcel mediante pruebas obligatorias y el aislamiento de los internos VIH-positivos, están ahora revisando esas políticas. Ucrania, por ejemplo, incorporó recientemente una nueva política basada en un programa amplio de educación, en la introducción del asesoramiento y las pruebas voluntarias, la integración de los reclusos seropositivos y la confidencialidad relativa a su estado serológico con respecto al VIH.

Algunos sistemas penitenciarios van más allá de ofrecer información sobre los riesgos del VIH y se pronuncian por un consumo de drogas intravenosas más seguro suministrando desinfectante para esterilizar las agujas y las jeringas, agujas estériles y tratamientos de sustitución con de metadona. Los programas destinados a atender las necesidades específicas de los consumidores de drogas intravenosas también se complementan con el suministro de preservativos para reducir la transmisión sexual del VIH.

La reducción del daño en la cárcel

Los programas de intercambio de agujas y jeringas todavía son escasos, pero están en aumento. Desde que se implantó en 1992 el primer programa de intercambio de jeringas en una cárcel, en la prisión de Oberschöngrün (Suiza), los estudios sobre programas similares han confirmado su eficacia. El uso compartido de agujas descendió de manera notable, no se informó de ningún caso de reclusos que contrajeran el VIH ni la hepatitis B o C en ninguno de los programas y no hubo consecuencias graves inesperadas. En 2001, se distribuyeron agujas estériles en siete cárceles suizas. Las autoridades penitenciarias alemanas y españolas han introducido con éxito planes de intercambio de agujas en diversas cárceles, mientras en Grecia, Italia y Portugal se estudian iniciativas similares. La prevalencia del VIH entre los reclusos españoles disminuyó del 23% en 1996 al 17% en 2001, debido, en gran medida, a los programas innovadores para prevenir la propagación del VIH entre los reclusos. Las prisiones españolas tienen programas de sustitución para los consumidores de heroína (programas de metadona) y en nueve de ellas se han empezado a introducir programas de intercambios de agujas y jeringas. La educación, el asesoramiento y la distribución de preservativos complementan estas actividades.

Las relaciones sexuales en las cárceles

Las relaciones sexuales entre internos –voluntarias u forzadas– son otra fuente de riesgo de infección por el VIH, especialmente en países en los que la propagación del VIH ya es importante. Según una encuesta efectuada en la Federación de Rusia entre 1100 reclusos varones, sólo el 10-15% informó de que no había mantenido relaciones sexuales en la cárcel. Una encuesta en el Brasil reveló que el 73% de los reclusos había tenido relaciones sexuales con otros varones en instituciones penales. Las relaciones sexuales forzadas estaban muy extendidas. Muchas reclusas también mantienen relaciones sexuales voluntarias u forzadas con

varones. Los presos que participaron en un estudio efectuado en las cárceles del estado y la ciudad de Nueva York informaron sobre relaciones sexuales frecuentes sin protección en la prisión, incluidas las mantenidas entre las reclusas y los funcionarios penitenciarios varones.

El suministro de preservativos a los presos es poco común, salvo en Europa. En 2000, 16 países de ingresos altos (junto con el Brasil y Costa Rica) suministraron preservativos en las cárceles. En Europa, la proporción de sistemas penitenciarios que distribuyeron preservativos subió del 53% en 1989 al 81% en 1997. La encuesta más reciente reveló que había preservativos disponibles en todos los sistemas salvo en cuatro.

Los profesionales del sexo y sus clientes

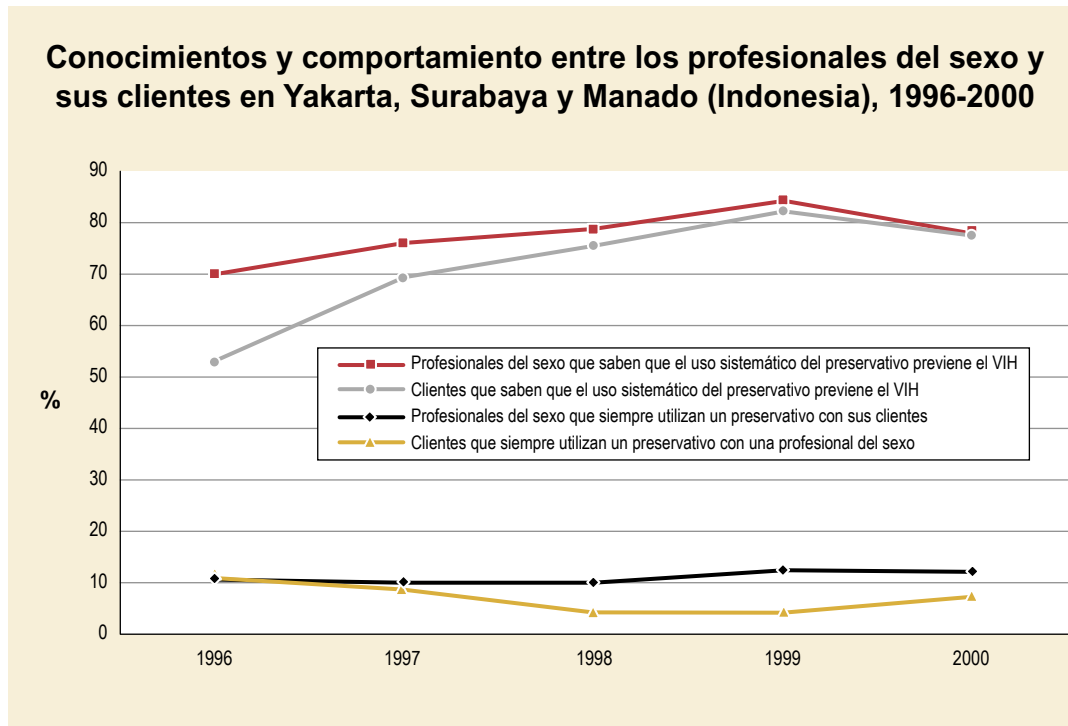
El trabajo sexual es clandestino e ilegal en la mayoría de las sociedades, lo que hace difícil calcular el número de personas que se dedican a él. Pero se trata de un fenómeno mundial y un poderoso factor social y económico de muchos países. Según los cálculos de la Organización Mundial del Trabajo, la industria del trabajo sexual era responsable de más del 2% del producto interior bruto en cuatro países del Sudeste Asiático a finales de los años 90.

En países en los que el coito heterosexual es el modo principal de transmisión del VIH, las epidemias, inicialmente y antes de propagarse a una población más amplia, tienden a concentrarse en los profesionales del sexo y sus clientes. Un aumento brusco de la prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo es una señal de alarma que indica que es muy probable que suban las tasas del VIH en la población en general, a menos que se introduzcan iniciativas de prevención. En Abidján (Côte d'Ivoire), por ejemplo, las tasas de prevalencia del VIH entre las profesionales del sexo pasaron del 38% en 1987 al 69% en 1990 y al 80% en 1992-1994. Los cambios significativos en la prevalencia del VIH entre

los pacientes de los dispensarios prenatales tenían un retraso de alrededor de cinco años, elevándose del 3% en 1986 al 13,8% en 1999.

El hecho de que el trabajo sexual esté extendido pero sea clandestino suele ser el reflejo de una afianzada desigualdad por razón del sexo. En esos lugares, la situación social, económica y política de los varones eclipsa a la de las mujeres, el doble rasero que alienta a los varones y no a las mujeres a tener parejas múltiples y las oportunidades limitadas de educación y de ganarse la vida para estas últimas obliga a que muchas de ellas se aboquen a algún tipo de trabajo sexual. Aunque la necesidad económica a menudo es la motivación que impulsa a muchas personas al trabajo sexual, no necesariamente es la única. Las investigaciones en la industria del sexo de Filipinas, por ejemplo, han revelado que algunos profesionales del sexo que operaban en la puerta de los bares y clubes nocturnos habían trabajado en empleos formales (y aún tenían la opción de seguir haciéndolo), pero preferían las ganancias ligeramente más bajas y los riesgos del comercio sexual a las prolongadas horas

Figura 24



Fuente: FHI (2001) *What drives HIV in Asia? A Summary of Trends in Sexual and Drug-Taking Behaviours*.

de trabajo en las cadenas de montaje. Otros llegan al comercio sexual coaccionados por la violencia, la servidumbre por deudas o la trata de personas.

La diferencia entre lo que se sabe y lo que se hace

Es posible que para los profesionales del sexo sea difícil o imposible insistir en las relaciones sexuales seguras. Los clientes reacios podrían reaccionar con violencia o sencillamente buscar los servicios de alguien dispuesto a renunciar al preservativo. Un análisis reciente de la utilización del preservativo por parte de los profesionales del sexo en Kolkata (India) puso de manifiesto que los clientes estaban dispuestos a pagar casi el doble de la tarifa para tener relaciones sexuales sin preservativo.

En algunas partes de Indonesia, la investigación demuestra que las profesionales del sexo están informadas sobre el VIH/SIDA y que más de las tres cuartas partes sabe que puede evitarse con la utilización de preservativos. Sin embargo, como

muestra la figura 24, hay un desequilibrio importante entre lo que estas mujeres saben y lo que hacen. Los clientes varones eran aún menos proclives a utilizar sistemáticamente el preservativo pese a que la mayoría supiera que podía protegerse del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Las diferencias eran uniformes en todo el país.

El derecho a la prevención

Una prevención del VIH eficaz entre los profesionales del sexo aborda el entorno social, económico y jurídico en el que viven y trabajan. Los profesionales del sexo deben estar implicados en los proyectos y éstos deben darles poder de decisión. Es preciso que las iniciativas cuenten con la cooperación y el apoyo de los puntos de control de la industria del sexo, como los propietarios de prostíbulos, los encargados de los bares, los proxenetes y la policía. Es fundamental abordar los prejuicios a los que se enfrentan los profesionales del sexo e incorporar otras preocupaciones en los programas, como la atención a sus familias e hijos.

Educación inter pares entre los profesionales del sexo

En África occidental, hay programas bastante grandes que emplean la educación inter pares y que han dado pruebas de su eficacia. En Abidján (Côte d'Ivoire), el Programa de Prevención y Atención de las ETS/SIDA para las Mujeres Libres y sus Parejas trabaja desde 1991 en estrecha colaboración con la Clinique de Confiance. Según los resultados publicados recientemente de las encuestas efectuadas en la comunidad, el 91% de los profesionales del sexo había utilizado un preservativo con su último cliente, comparado con el 63% de 1991. Los educadores inter pares también derivaron a otros profesionales del sexo a los servicios confidenciales de la Clinique de Confiance, como el de diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, así como para el asesoramiento y las pruebas del VIH y la educación sobre salud. La prevalencia general de la infección por el VIH entre los pacientes atendidos por primera vez en el dispensario disminuyó del 89% de 1992 al 32% de 1998, mientras que los datos sobre la utilización sistemática del preservativo aumentaron del 20% al 78%.

Es posible llegar a tasas más altas de utilización del preservativo por parte de los profesionales del sexo. Las conclusiones recientemente publicadas de un estudio sobre los profesionales del sexo de Cotonou, una ciudad de Benin con una baja prevalencia del VIH, demuestran un aumento significativo en la utilización del preservativo (de un 6% en 1993 a casi un 81% en 1998/1999) y un descenso importante de la prevalencia de todas las infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH, que cayó del 53% en 1993 a poco más del 40% en 1998/1999). El trabajo de prevención en la comunidad durante una década, emprendido entre los profesionales del sexo, ha contribuido a lograr estas reducciones.

El proyecto Sonagachi para profesionales del sexo de Kolkata (India) sigue siendo el punto de referencia de este enfoque. Alrededor de un tercio de las profesionales del sexo que trabaja allí procede de Bangladesh y Nepal. La mayoría trabaja fuera de los prostíbulos. Se hicieron exhaustivas encuestas sobre las necesidades de las profesionales del sexo, sus clientes, parejas e hijos. Ellas mismas participaron en el diseño y puesta en marcha del proyecto. Poco a poco, y en la medida en que los grupos de mujeres, las organizaciones de derechos jurídicos y algunos organismos gubernamentales respaldaron los intentos de las profesionales del sexo de reformar el sistema social en el que trabajaban, fue creciendo la magnitud y el impacto del programa.

El ejemplo de Sonagachi se ha reproducido en 30 zonas de prostitución hasta llegar a más de 31 000 profesionales del sexo de Bengala occidental y abarcar casi todo el estado. El principio de Sonagachi también se ha extendido a Bangladesh, donde se han movilizado tanto las profesionales de los prostíbulos como las que trabajan en la calle.

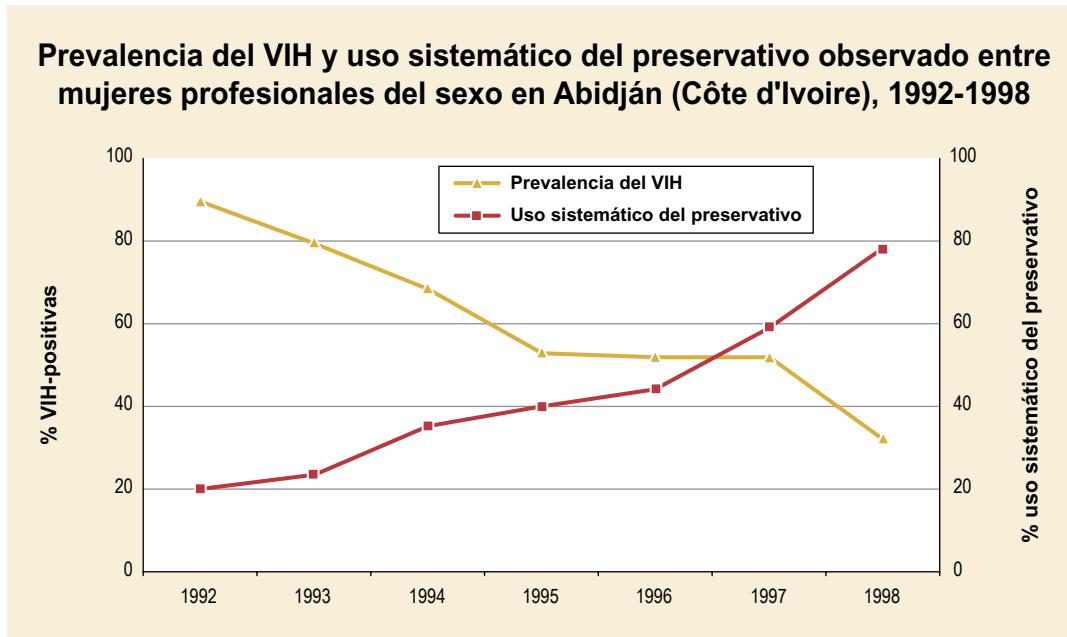
En todos esos lugares, cada vez hay más comunidades de profesionales del sexo que participan en el desarrollo de la comunidad, en proyectos de educación informal, en planes de banca comunitaria, formación profesional y educación de los niños.

Proteger los derechos, facilitar programas

Cuando el comercio sexual es ilícito, se hace más clandestino, por lo que los esfuerzos de prevención son más difíciles. Es posible que los profesionales del sexo (por lo general a diferencia de sus clientes) sean objeto del acoso policial y la tenencia de preservativos desemboque en detención, multas o cárcel.

Sin embargo, se han conquistado importantes victorias a favor de la protección de los derechos humanos de los profesionales del sexo. Algunos de ellos, involucrados en el proyecto SHAKTI de Bangladesh, lograron una importante sentencia judicial que reconocía el trabajo sexual como

Figura 25



Fuente: Ghys PD et al. (2002) *AIDS*

una fuente legítima de generar ingresos. En Papua Nueva Guinea, el proyecto Transex hizo uso de una combinación de presión y militancia para cambiar la actitud de las fuerzas policiales locales y redujo el poder de éstas sobre la vida de los profesionales del sexo y para impedir que obstaculizaran el proyecto.

En Caracas (Venezuela), la Asociación de Mujeres por el Bienestar y la Asistencia Recíproca ha logrado mejorar la calidad de vida y salvaguardar los derechos civiles y políticos de las profesionales del sexo desde 1995. Un grupo de 40 profesionales del sexo, reclutadas y capacitadas para que actuaran como promotoras de la salud, ha brindado educación sobre derechos humanos, salud sexual

y reproductiva y prevención del VIH e infecciones de transmisión sexual a otras mujeres. El grupo también se ha convertido en el catalizador de un programa a largo plazo que hace participar a los propietarios de clubes, hoteles y bares en la comercialización social de preservativos y la distribución de información. La asociación ofrece asesoramiento jurídico y psicológico y ha organizado un sistema para canalizar las denuncias por acoso de las profesionales del sexo hacia otras organizaciones no gubernamentales que pueden asumirlas. Desde que la asociación empezó a trabajar, el acoso policial ha disminuido y los encargados de bares y clubes nocturnos venden preservativos a precios razonables en sus establecimientos.

Los cuerpos uniformados

Los cuerpos uniformados nacionales e internacionales, incluidos las misiones y los observadores de paz, las fuerzas armadas nacionales y las de defensa civil, en general se encuentran entre los grupos de población más afectados por las infecciones de

transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. En tiempos de paz, las tasas de infecciones de transmisión sexual entre las fuerzas armadas suelen ser de dos a cinco veces más elevadas que entre la población general. Esta diferencia puede ser mucho

Declaración de compromiso

Para 2003, establecer estrategias nacionales a fin de hacer frente a la propagación del VIH en los servicios militares nacionales [...] y estudiar medios de utilizar al personal de esos servicios que tenga conocimientos y formación en materia de toma de conciencia y prevención del VIH/SIDA [...] (Párrafo 77)

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001, Nueva York.

mayor en épocas de conflictos armados, con tasas de infección hasta 50 veces más altas.

El entorno militar

Son varios los aspectos del entorno militar que ponen al personal de las fuerzas armadas en situación de riesgo, incluido el hecho de que la mayoría de los soldados forman parte del grupo de edad que mayor riesgo corre de contraer la infección por el VIH (15 a 24 años), así como el espíritu de riesgo que caracteriza al ejército. Sin embargo, uno de los factores más importantes que hacen aumentar el riesgo de infección es la práctica de destinar al personal a sitios alejados de sus comunidades y familias, lo que no sólo libera a los soldados de la disciplina a la que estarían sujetos en sus comunidades, sino que los aleja de sus cónyuges o parejas sexuales habituales. La soledad, el estrés y la tensión

sexual resultantes aumentan la adopción de riesgos. Un estudio efectuado entre los soldados holandeses de una misión de paz de cinco meses en Camboya reveló que el 45% había tenido contacto sexual con prostitutas u otros miembros de la población local durante el desplazamiento.

En algunos casos, el alto nivel de VIH/SIDA en el ejército puede socavar su preparación general y, por consiguiente, aumenta el riesgo de inseguridad. Los ministerios de defensa de los países de África subsahariana informan de una prevalencia promedio del VIH del 20% al 40% en sus fuerzas armadas, y tasas del 50% al 60% en países en los cuales el VIH/SIDA está presente desde hace más de una década. Según un documento del Consejo Nacional de Investigaciones de los Estados Unidos, es probable que el costo militar del SIDA sea el más alto entre las fuerzas armadas más modernas de África subsa-

Botswana muestra el camino

El ONUSIDA cree que el personal militar VIH-positivo debe seguir desempeñando las tareas para las que fue capacitado y aún puede seguir cumpliendo. Además, es preciso que las fuerzas armadas atiendan y apoyen al personal y a los miembros de sus familias que viven con el VIH/SIDA, incluida la continuidad de la atención cuando vuelven a la vida civil.

Las Fuerzas de Defensa de Botswana están entre los servicios militares que han adoptado esta postura. Tratan al personal militar VIH-positivo de la misma manera que al resto del personal no infectado. Se los puede desplegar en Botswana y no son dados de baja hasta que no dejan de cumplir determinados niveles de rendimiento. Incluso entonces, cuentan con una cobertura médica completa, tanto ellos como sus beneficiarios. Las pruebas del VIH son voluntarias y confidenciales y el personal militar escogido para entrenarse en países que tienen pruebas de detección sistemáticas y obligatorias del VIH puede negarse a acudir sin que ello implique sanción alguna en los ascensos de su carrera. Además, todos los miembros de las Fuerzas de Defensa de Botswana y sus familias reciben asesoramiento y educación sobre la prevención del VIH.

hariana, especialmente entre los oficiales. Cuantos más oficiales y personal clave caen enfermos, más previsible es que se deteriore la preparación para el combate y la capacidad de esas fuerzas armadas.

El VIH/SIDA también pone en peligro a las familias y comunidades del personal militar. En muchos países, hay un gran número de varones jóvenes que se alistan como voluntarios o son llamados a filas en los servicios militares obligatorios. Cuando las fuerzas armadas y de defensa civil son desmovilizadas, existe el riesgo de que se extienda la propagación del VIH.

Protegerse y proteger del SIDA

El ejército y otras fuerzas militares deben ocuparse del VIH/SIDA en sus filas y entre aquéllos a quienes tienen el mandato de proteger. Cambiar la percepción y el comportamiento de los soldados, los agentes de policía, los funcionarios de fronteras y aduanas puede resultar muy beneficioso para la población general. Esto es especialmente válido en países en guerra o que sufren disturbios civiles. Los cuerpos uniformados representan también una oportunidad única de ofrecer educación y prevención del VIH a un gran público “cautivo” e influyente: particularmente los jóvenes reclutas, que constituyen un grupo importante de pares tanto dentro de las fuerzas militares como en sus propias comunidades.

Un número creciente de países (incluidos Botswana, Chile, Filipinas, Tailandia y Zambia) han puesto en práctica con éxito medidas de prevención en sus fuerzas armadas. En febrero de 2000, el Ministerio de Defensa de Ucrania lanzó un programa de prevención para aumentar los conocimientos y las aptitudes relacionados con el VIH, así como para modificar el comportamiento de su personal militar. Se proporcionó capacitación y asesoramiento sobre prevención a más de 200 psicólogos militares, que a su vez llegaron a 20 000 soldados y oficiales; se prepararon materiales para instituciones educativas militares; y se distribuyeron 180 000 preservativos a los soldados y oficiales. El Departamento de Defensa de los Estados Unidos, como parte del proyecto “LIFE”, también ha desempeñado un papel clave en promover la sensibilización con respecto al SIDA entre el personal uniformado, en colaboración con el FNUAP y la Secretaría del ONUSIDA.

Un primer paso importante para proteger contra el SIDA es crear un entorno sin estigmatización ni discriminación, algo que empieza con la confidencialidad absoluta de las pruebas del VIH, que no todos los países apoyan. Sin embargo, un equipo de expertos convocado por el Director Ejecutivo del ONUSIDA a principios de 2002 llegó a la conclusión de que las pruebas obligatorias no son el medio más eficaz de prevenir la transmisión en el contexto de las fuerzas de mantenimiento de la paz y que las pruebas del VIH en sí no evitan eficazmente

Declaración de compromiso

Fomentar un aumento de la inversión en investigación relacionada con el VIH/SIDA en los planos nacional, regional e internacional, en particular para el desarrollo de tecnologías de prevención sostenibles y de precio asequible, como vacunas y microbicidas, y promover la preparación de planes financieros y logísticos para facilitar el acceso rápido a las vacunas en el momento en que éstas estén disponibles (Párrafo 89)

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001, Nueva York.

la transmisión del VIH. El equipo subrayó que se debe ofrecer asesoramiento y pruebas voluntarias al personal de las fuerzas de mantenimiento de la paz

y que ese ofrecimiento debe hacerse como parte de una amplia gama de servicios integrados de prevención y atención del VIH.

Las nuevas tecnologías de prevención

Las posibilidades de las tecnologías en las que actualmente se investiga albergan la promesa de cambiar radicalmente el panorama de la prevención del VIH/SIDA. Las más notables son los microbicidas y las vacunas contra el VIH.

Microbicidas: ¿lo último en prevención femenina?

Los microbicidas, a modo de “preservativo químico” que puede ser controlado por la mujer, podrían aumentar las opciones de las mujeres y los varones a quienes les resulta difícil o imposible convencer a sus parejas de que utilicen un preservativo. Los estudios hechos sobre su aceptación en Sudáfrica, Uganda y Zimbabwe indican que las mujeres que utilizan raramente, o nunca, preservativos podrían reducir el riesgo general de infección si dispusieran de un microbicida a un precio razonable.

El propósito del microbicida, aplicado en el interior de la vagina o el recto, es prevenir la infección por el VIH y, posiblemente, otras infecciones víricas o bacterianas de transmisión sexual. Se puede producir en forma de gel, crema, supositorio, esponja u otras formas y puede tener también propiedades anticonceptivas (espermicidas). El producto ideal sería inodoro e incoloro y, por consiguiente, indetectable para las parejas que se niegan a otras formas de protección.

Tras el fracaso del ensayo de fase III del gel nonoxinol-9, se calcula que hay 56 productos nuevos en distintas fases de desarrollo, que van desde las pruebas pre clínicas hasta los ensayos de eficacia de fase III. Aunque ninguna empresa farmacéutica

importante ha invertido hasta ahora en el desarrollo de un microbicida, la investigación de esta alternativa de protección se ha visto recientemente impulsada por diversas subvenciones concedidas de la Fundación Melinda y Bill Gates. El Grupo de Trabajo Internacional sobre Microbicidas, que cuenta entre sus miembros con organismos públicos de todo el mundo, sigue promoviendo y facilitando el desarrollo de los microbicidas.

Las vacunas: prepararse para su llegada

La investigación para descubrir una vacuna contra el VIH ha hecho constantes progresos durante los diez últimos años. Lamentablemente, “constantes” no significa que sean lo suficientemente rápidos como para que todo la gente pueda beneficiarse de ella. Aunque los actuales intentos por acelerar el proceso y los programas de investigación para la introducción de vacunas tengan éxito, hay pocas probabilidades de que se pueda disponer de una vacunación en gran escala contra el VIH antes del finales del presente decenio.

¿Por qué es tan difícil descubrir una vacuna contra el VIH?

Se calcula que en la actualidad se gastan de US\$400 a 500 millones por año en la investigación de una vacuna contra el VIH, la mayor parte de los cuales acaba en la investigación básica. Entre las instituciones que participan en el esfuerzo mundial por encontrar una vacuna están los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, la Iniciativa Internacional para una Vacuna contra

el SIDA, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, el Organismo Nacional Francés de Investigaciones sobre el SIDA (ANRS), la Comunidad Europea (a través del programa EUROVAC) y diversas empresas de biotecnología y farmacéuticas. Hay programas nacionales de investigación en curso sobre la vacuna del SIDA en Australia, el Canadá, Japón, Suecia, el Reino Unido y los Estados Unidos de América. Los países de ingresos bajos y medianos (incluidos el Brasil, China, Cuba, Haití, la India, Kenya, Sudáfrica, Tailandia, Trinidad y Tabago, y Uganda) también participan activamente en el desarrollo y los ensayos de la vacuna. La OMS y el ONUSIDA apoyan activamente esos programas nacionales para las vacunas contra el SIDA.

A pesar de toda esta actividad, las peculiaridades del VIH hacen difícil y caro descubrir una vacuna. El VIH difiere de la mayoría de las enfermedades infecciosas en que ataca directamente los glóbulos blancos de la sangre, fundamentales para dirigir la respuesta del sistema inmunitario del organismo, y los vuelve incapaces de controlar la infección o prevenir la enfermedad. Las vacunas “clásicas”, basadas en un microorganismo completo (virus o bacteria) muerto o convertido en inofensivo, pueden no ser lo bastante seguras para emplearse contra este virus porque podrían llevar a una infección por el VIH. Por lo tanto, las vacunas experimentales contra el VIH se basan fundamentalmente en partes del virus, lo que convierte su desarrollo en un desafío aun mayor.

Las múltiples cepas del VIH plantean más complicaciones. Se han identificado 10 subtipos del VIH-1, distribuidos en distintas partes del mundo. Los investigadores aún no saben si será posible desarrollar una vacuna de protección amplia o si será necesaria una vacuna separada para cada subtipo. Los subtipos más prevalentes son el A y el C, presentes en diferentes regiones de África, pero la mayoría de las vacunas que se ensayan actualmente están diseñadas sobre el perfil

genético del subtipo B, el predominante en los países de ingresos altos.

Por último, la investigación para una vacuna contra el VIH sigue siendo una “inversión de alto riesgo/bajo rendimiento” para la industria del sector privado. Esto se debe en parte a que son los países de ingresos bajos que mayor necesidad de vacunas tienen. Un obstáculo aún más serio –al menos por ahora– es el conocimiento científico insuficiente de los mecanismos mediante los cuales el virus evade las respuestas naturales del sistema inmunitario del organismo. Por lo tanto, no se sabe con exactitud qué respuestas del sistema inmunitario hacen falta para impedir o controlar la infección por el VIH.

¿Dónde estamos ahora?

Desarrollar una vacuna contra el VIH es un proceso arduo. Las vacunas experimentales primero se prueban en animales y se seleccionan las mejores candidatas para posibles pruebas en seres humanos. Se prueban entonces con voluntarios sanos en tres fases. Los ensayos de fase I se efectúan en unos 20-40 voluntarios para confirmar la seguridad de la vacuna y si provoca las respuestas inmunitarias específicas. Los ensayos de fase II abarcan a cientos de voluntarios para comprobar mejor la seguridad y evaluar la potencia de las respuestas inmunitarias. Los ensayos de fase III pueden durar hasta cuatro años e implican ensayos sobre el terreno con miles de voluntarios, algunos de los cuales reciben la vacuna mientras que otros forman el grupo testigo. Esos ensayos, extremadamente complicados desde el punto de vista logístico, científico y ético, evalúan si la vacuna candidata protege contra la infección por el VIH o contra la aparición del SIDA.

Los resultados definitivos de los primeros ensayos de fase III de una vacuna candidata basada en la gp120 (una proteína externa del VIH) están previsto para 2003. El primer ensayo de fase III, con 5400 voluntarios, está en marcha en los

Estados Unidos, el Canadá y los Países Bajos desde 1998 y está basado en el subtipo B. Los segundos ensayos de fase III empezaron en Tailandia con la participación de 2500 voluntarios y se basan en los subtipos B y E, los más extendidos allí. En 2003, en Tailandia, se está planificando el inicio de un ensayo de fase III con otro enfoque, y hay vacunas candidatas que están entrando en ensayos de fase I y II.

El Programa Africano para una Vacuna contra el SIDA, anunciado en Nairobi en junio de 2002, reúne a científicos, gobiernos e instituciones africanos. Se propone completar al menos un ensayo eficaz para 2007.

Suministrar la vacuna

Aunque faltan muchos años para una vacuna utilizable, ya se ha empezado a discutir sobre la forma de poner en práctica los programas de vacunación una vez que ésta exista. Por lo general, las vacunas suelen llegar a los países de ingresos bajos y medianos muchos años después de que se hayan recuperado sus costos en los países de ingresos altos. No se puede permitir que suceda algo así con las vacunas eficaces contra el VIH, que deben estar disponibles rápidamente y a precios asequibles para todos los que las necesitan.

Los mecanismos para asegurar el acceso simultáneo a las vacunas contra el SIDA tanto en los países de ingresos altos como bajos deben prepararse mucho antes de que la vacuna esté desarrollada, para proporcionar un acceso rápido a aquellos que lo necesiten. La Iniciativa Internacional para una Vacuna contra el SIDA y otras iniciativas similares proponen cambios significativos en los enfoques actuales que reglamentan la producción, las patentes, los precios, la compra y la distribución de las vacunas. Entre otras cuestiones, es preciso armonizar las reglamentaciones nacionales y las directrices internacionales en materia de aprobación y utilización de las vacunas. El desarrollo de la capacidad de producción necesaria y su respaldo con cálculos

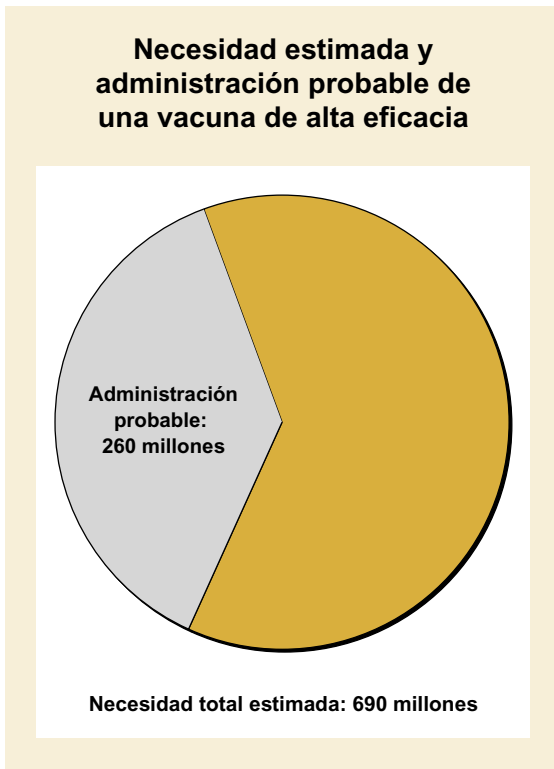
fiabiles de la demanda de vacunas específicas serán un importante desafío técnico.

Muchos de los retos para asegurar que la vacuna esté disponible –y sea económicamente accesible– son similares a los que plantea el hecho de ampliar el acceso a los fármacos antirretrovíricos. Para los países de ingresos bajos, será sin duda casi imprescindible una fijación de precios diferencial, junto con el respaldo financiero de los donantes. También harán falta la asistencia y coordinación técnicas de los organismos internacionales. Además, hay interrogantes políticos. Puesto que la vacunación no estará inmediatamente disponible para todos, se habrán de calcular los costos y los beneficios para determinar dónde debe estar el foco de atención inicial. Los responsables de formular las políticas también deben decidir qué hacer si las primeras vacunas disponibles tienen resultados sólo marginalmente eficaces o efectos secundarios importantes.

La OMS, el ONUSIDA y la Iniciativa Internacional para una Vacuna contra el SIDA han colaborado en un estudio cuyo objetivo es calcular las necesidades y el probable uso de las vacunas preventivas, basado en dos posibles perspectivas: una vacuna de eficacia baja/moderada (del 30 al 50% de eficacia) y una de eficacia alta (del 80 al 90% de eficacia). Un programa de vacunación en el que se utilice una vacuna de eficacia baja/moderada debería acompañarse de un asesoramiento intensivo sobre comportamientos positivos, para no socavar las iniciativas de prevención actuales. Es más, probablemente lo más beneficioso sería vacunar a los grupos de población más vulnerables a la infección por el VIH. Una vacuna de eficacia alta podría hacerse llegar a segmentos más amplios de la población general.

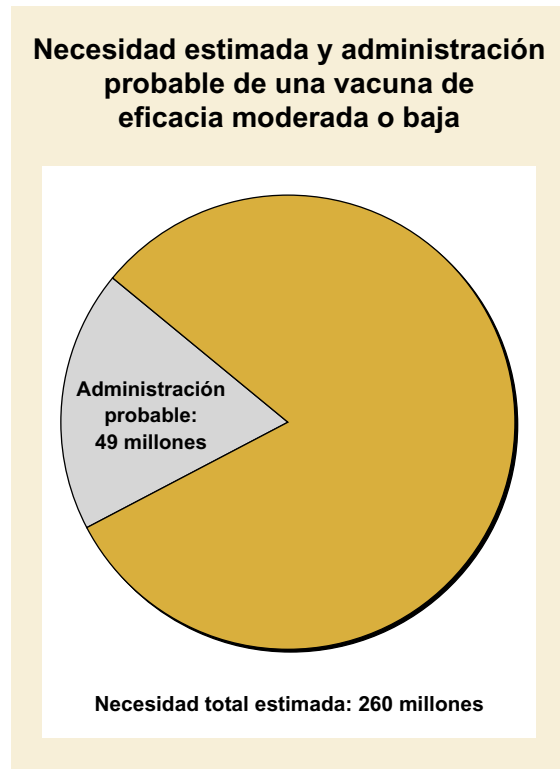
Aunque es difícil predecir el uso de las vacunas, ante la falta de información sobre el costo de las mismas y las exigencias de distribución (si debe conservarse en frío, o si se administra por vía oral o inyectable, etc.), el estudio llegaba a la conclu-

Figura 26



Fuente: ONUSIDA/OMS, 2002

Figura 27




Fuente: ONUSIDA/OMS, 2002

sión de que el uso probable sería mucho menor que la necesidad calculada, tanto en el caso de una vacuna de eficacia baja/moderada como de eficacia alta.

Es posible que, cuando la vacuna esté disponible, el estigma particular ligado al VIH/SIDA dificulte en gran medida la utilización de una vacunación contra el VIH. La discriminación a la que se enfrentan muchas de las comunidades más vulnerables a la infección por el VIH podría impedir que las personas acudieran a vacunarse, especialmente si los

programas sólo están dirigidos a los individuos que corren un riesgo elevado de infección.

Cuando exista una vacuna eficaz contra el VIH, la comunidad internacional y los países afectados tendrán que tomar muchas decisiones fundamentales sobre la forma de utilizarla. Será necesario dedicar una inversión adicional a la prevención y control del VIH/SIDA. Pero, en última instancia, esa inversión adicional podría verse compensada con creces al cabo de algunos años con el resultado, por último, del retroceso de la epidemia. 

Foco de atención: SIDA y mundo del trabajo

Declaración de compromiso

Para 2005, intensificar la respuesta al VIH/SIDA en el mundo laboral estableciendo y ejecutando programas de prevención y atención en los sectores público, privado y no estructurado, y tomar medidas para crear un entorno de trabajo que apoye a las personas que viven con VIH/SIDA (Párrafo 49).

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001, Nueva York.

El SIDA, una cuestión crucial en el lugar de trabajo, tiene profundas implicaciones para el conjunto de las economías nacionales y regionales (véase sección «El impacto creciente»). En todos los países plantea una amenaza para el sustento y los derechos laborales básicos, socavando los esfuerzos dirigidos a garantizar un trabajo decente y productivo para las mujeres y varones. Un ejemplo paradigmático de discriminación contra las personas VIH-positivas (o sospechosas de serlo) es la realización de pruebas obligatorias como argumento para negar un puesto de trabajo, ascenso o seguro de salud. Pero el mundo laboral también es un lugar idóneo para luchar contra el SIDA. Reconociendo esta evidencia, en octubre de 2001 la Organización Internacional del Trabajo (OIT) pasó a ser el octavo copatrocinador del ONUSIDA.

El Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo

En junio de 2001, la Organización Internacional del Trabajo elaboró un Repertorio de recomendaciones prácticas sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo, que fue refrendado por una reunión de expertos de todas las regiones a la que asistieron representantes de gobiernos y organizaciones de empleadores y de trabajadores. El propósito fundamental del Repertorio es contribuir a proteger las condiciones de un trabajo decente y los derechos y la dignidad de los trabajadores y de todas las personas que viven con el VIH/SIDA.

En consonancia con los criterios internacionales, el Repertorio pretende ayudar a prevenir la propagación de la epidemia; reducir su impacto sobre los trabajadores y sus familias, y ofrecer asistencia y apoyo, incluida protección social. Proporciona orientación práctica para que las principales partes implicadas –gobiernos, empleadores y organizaciones de trabajadores– desarrollen políticas y programas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo y a nivel nacional, al tiempo que reconoce la contribución que pueden realizar otros sectores de la sociedad civil.

El Repertorio plantea una variedad de acciones preventivas importantes que pueden emprenderse, incluidos programas de información, educación y sensibilización respecto al género. También aborda la protección de los derechos de los trabajadores (seguridad en el empleo, igualdad entre sexos, derecho a prestaciones y no discriminación), y ofrece orientación en cuestiones de asistencia y apoyo.

Programas en el lugar de trabajo

En los últimos años, un número creciente de empleadores y sindicatos ha establecido programas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo. Los más eficaces son aquellos que involucran en los procesos de planificación y supervisión a trabajadores y representantes de la dirección, servicios sanitarios y comunidades locales. Los componentes recomendados de un programa sobre el SIDA en el lugar de trabajo incluyen:

- Políticas equitativas sobre el VIH/SIDA, comunicadas ampliamente y ejecutadas apropiadamente, con el fin de contrarrestar el estigma y discriminación.
- Educación preventiva continuada sobre el VIH/SIDA, tanto formal como informal, para todos los trabajadores, en particular a través de iniciativas de educación inter pares.
- Fomento y distribución de preservativos.
- Diagnóstico, tratamiento y asistencia de enfermedades de transmisión sexual, tanto para los empleados como para sus parejas.
- Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH/SIDA.

Cada vez más, y siempre que los recursos lo permiten, los programas en el lugar de trabajo están integrando servicios de asistencia y apoyo para los empleados VIH-positivos y sus familias.

Adaptar los programas a las condiciones locales

Es esencial que los programas en el lugar de trabajo se adapten a las condiciones locales y aprovechen las fuerzas y oportunidades existentes. En Kenya, por ejemplo, todas las empresas pertenecientes a la Asociación de Cultivadores de Té de Kenya tienen coordinadores y comités sobre el SIDA, y algunas

ofrecen asesoramiento y pruebas voluntarias in situ. Un rasgo característico de esos comités es el nombramiento de una «Mamá Preservativo» y un «Papá Preservativo» en todos los lugares de trabajo. Se trata de empleados que cuentan con la confianza de sus compañeros y a los que se puede recurrir en busca de preservativos, consejo y asesoramiento.

Dado que pocos empleadores o sindicatos tienen conocimientos y experiencia propios sobre el SIDA, la colaboración con organizaciones no gubernamentales especializadas o autoridades sanitarias es una buena opción en el momento de establecer programas sobre el SIDA en el lugar de trabajo. En Filipinas, la Fundación sobre el SIDA Remedios ha emprendido diversos programas sobre el SIDA en el seno de grandes empresas. El primero de ellos tuvo lugar en la Pilipinas Shell Petroleum Company, que en 1993 puso en marcha su iniciativa sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo como parte de un programa de salud laboral. La Fundación ayudó a desarrollar políticas empresariales y proporcionar educación a los trabajadores, en el contexto de la cual la educación inter pares ha desempeñado un papel importante.

De forma similar, en Côte d'Ivoire, el Centro de Investigación y Asistencia Bioclínica de Abidján (CIRBA) proporciona a los empleadores formación preventiva sobre el SIDA desde finales de los años 1990. Aunque sus primeros clientes fueron instituciones gubernamentales (incluidos el ejército y la policía), el Centro también ha trabajado con clientes importantes del sector privado, como la compañía de telecomunicaciones Ivoire Telecom.

Hasta ahora, la mayoría de las empresas ha decidido que no puede costear la terapia antirretrovírica, aunque esto podría empezar a cambiar si se confirman las perspectivas de reducciones importantes de precio (véase sección «Atención, tratamiento

Swazilandia impulsa el asesoramiento y las pruebas voluntarias en el lugar de trabajo

En las zonas de alta prevalencia o en las industrias donde los trabajadores corren un riesgo particular, resultan especialmente importantes los esfuerzos de asesoramiento y pruebas voluntarias. Comprendiendo este hecho, en Swazilandia se ha establecido una coalición de empleadores contra el SIDA que pretende englobar no sólo las grandes empresas (que generalmente tienen menos dificultades para establecer programas sobre el VIH/SIDA cuando deciden destinar los recursos suficientes), sino también las pequeñas y medianas empresas. La coalición ha adoptado un lema para fomentar el asesoramiento y las pruebas voluntarias entre los empleados: «Conoce tu estado; cuanto antes lo conozcas, antes podremos ayudarte.» Se ha contactado con diversas organizaciones no gubernamentales para que colaboren en el suministro de asesoramiento y pruebas voluntarias y en la distribución de preservativos. La Coalición Empresarial Swazi también ha desarrollado una declaración de política de una página basada en los 10 principios fundamentales del Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT, que debería ser aplicada por todos sus miembros.

y apoyo»). El Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT anima a los empleadores a ofrecer información, asesoramiento y medicaciones más baratas, siempre que sea posible, e insta a los gobiernos a contemplar la asistencia como parte de un conjunto más amplio de medidas de protección social. La asociación de empleadores Business South Africa ha notificado que un número creciente de sus miembros proporciona fármacos para infecciones oportunistas, junto con programas de «Vida saludable» que ofrecen información sobre nutrición, ejercicio y estrés como parte de un enfoque positivo para vivir con el VIH.

Ir más allá de la economía formal

Los esfuerzos de salud pública pasan por alto con demasiada frecuencia a las personas que trabajan fuera de la economía formal. Sin embargo, en muchos países de ingresos bajos y medianos, la economía informal emplea a muchas más personas que los sectores formales público y privado. Por lo general, esos trabajadores carecen de seguridad en los ingresos, seguros de salud y otras prestaciones, y rara vez disfrutan de la protección de la legislación laboral. Debido a los obstáculos para entrar en el mercado formal de trabajo, las mujeres cons-

tituyen a menudo la mayoría de esta mano de obra informal, lo que las hace aún más vulnerables a los efectos económicos de la epidemia.

En la economía informal, las empresas suelen ser pequeñas, hacen un uso intensivo de mano de obra y dependen en gran medida de uno o unos pocos operarios. Cuando un trabajador enferma y finalmente fallece, a esas pequeñas empresas les resulta muy difícil mantenerse en el negocio. La naturaleza precaria del empleo informal, la falta de protección social y el acceso limitado a los servicios sanitarios también agravan el impacto de la epidemia sobre los trabajadores.

Dentro de la economía informal, los trabajadores se organizan a menudo en asociaciones o grupos, y la OIT colabora con algunos de ellos. Cada vez más, la asistencia incluye formación sobre prevención del SIDA y medidas de protección social, como seguros de salud. Entre las iniciativas para las pequeñas empresas y microempresas figuran programas de sensibilización para profesionales del sexo y el programa «Empieza y mejora tu negocio», que, en África, integra el tema del VIH/SIDA dentro del currículo formativo. Otros programas ofrecen apoyo técnico para crear y reforzar

planes locales de microseguros con el fin de potenciar el acceso a asistencia sanitaria. En Burkina Faso se está llevando a cabo un proyecto piloto que pretende adaptar este enfoque a las necesidades relacionadas con el VIH/SIDA.

Llegar a grupos específicos

Las actividades de prevención tienen que adaptarse a menudo a cada población concreta. Esto también es cierto en el mundo del trabajo, donde los mineros, empleados de transportes, mano de obra migratoria y miembros de cuerpos uniformados pueden ser especialmente vulnerables al VIH/SIDA. El lugar de trabajo es, al mismo tiempo, un contexto idóneo para establecer contacto con jóvenes que se esfuerzan para abrirse camino en la vida. Brinda oportunidades no sólo para la educación inter pares, sino también para la creación de una presión positiva entre compañeros que induzca a un cambio de comportamiento. El Comité de la Juventud de la Confederación de Trabajadores Mexicanos, por ejemplo, ha desarrollado programas sobre salud reproductiva, uso de anticonceptivos y VIH/SIDA que van dirigidos a los trabajadores jóvenes y, en un innovación interesante, también a los hijos de los trabajadores.

Programas innovadores en las minas de oro de Sudáfrica

Los programas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo tienden a ser más eficaces cuando toman en consideración las realidades más amplias de la vida y la comunidad de los trabajadores. Los distritos de minería aurífera de Sudáfrica son un buen ejemplo al respecto. Esas zonas atraen a miles de trabajadores, procedentes a menudo de regiones pobres y remotas. La mayoría vive en albergues, lejos de sus familias. En consecuencia, en muchas minas opera una floreciente industria del sexo, y

son comunes las tasas elevadas de prevalencia del VIH. En los últimos años, las compañías mineras han estado trabajando con sindicatos, organizaciones no gubernamentales y autoridades sanitarias con el fin de poner en práctica programas preventivos para los mineros. Estas iniciativas han incluido la distribución masiva de preservativos, asistencia y tratamiento médicos para infecciones de transmisión sexual y campañas de sensibilización. Sin embargo, debido a las condiciones laborales y sociales, resulta difícil lograr y mantener reducciones apreciables en los niveles del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Centrarse directamente en los mineros varones sólo constituye la mitad del empeño. La colaboración entre Family Health International y Harmony Gold Mining Company, en la provincia de Free State, puso de manifiesto que la salud sexual de los mineros también podía protegerse proporcionando asistencia y tratamiento para infecciones de transmisión sexual y otros servicios de salud a las mujeres y los profesionales del sexo de las comunidades vecinas. Los resultados fueron impresionantes. La prevalencia de infecciones de transmisión sexual en las mujeres que recibieron esos servicios disminuyó hasta un 85% en nueve meses. Al mismo tiempo, las revisiones anuales sistemáticas de los mineros revelaron una reducción del 43% en las tasas de blenorragia o infecciones por clamidias y del 78% en las úlceras genitales. En un esfuerzo para abordar las causas subyacentes de los comportamientos sexuales de riesgo, los sindicatos del sector minero están negociando actualmente con los empleadores el suministro de alojamiento para las familias.

Este programa está siendo reproducido por diversos asociados en otras comunidades mineras de Sudáfrica; entre ellos, Goldfields Ltd, Joel Mine, ramas de la National Union of Mineworkers y estructuras sanitarias locales, estatales y nacionales.

Reforzar los enfoques multisectoriales

Los organismos nacionales de coordinación también están comprendiendo la importancia de reforzar la respuesta en el lugar de trabajo e incluir organizaciones con capacidades y experiencia en este campo. En la India, recientemente, la Organización Nacional de Control del SIDA (NACO) ha formado un grupo de recursos técnicos en el Instituto Nacional del Trabajo V.V. Giri con el fin de desarrollar recursos de investigación y formación para programas sobre el SIDA en el lugar de trabajo. Entre los asociados del Instituto en esta iniciativa figuran sindicatos, organizaciones de empleadores, empresas, ONG que llevan a cabo proyectos sobre el VIH en el sector informal (especialmente camioneros y mano de obra migratoria), sociedades para el control del SIDA a nivel estatal o de distrito, y la OIT.

Colaboración internacional

En un número creciente de países, las empresas han formado coaliciones empresariales con fin de acumular recursos y ayudarse mutuamente para mejorar la respuesta a la crisis en los lugares de trabajo y las comunidades. Esta tendencia también se ha plasmado a nivel internacional con la creación del Consejo Empresarial Mundial sobre el VIH/SIDA en 1997. El Consejo pretende ayudar a las empresas a combatir el SIDA a través de una amplia gama de actividades, que incluyen proteger y apoyar a los empleados; aprovechar las diferentes fuerzas comerciales para mejorar la eficacia de los programas existentes contra el SIDA, y demostrar su papel de liderazgo y defensa pública en causas relacionadas con el SIDA. El Consejo ha emprendido diversas iniciativas de publicaciones, campañas en medios de comunicación y promoción directa para contribuir a mantener la prioridad del VIH/SIDA en los planes nacionales e internacionales. Compuesto por 32 empresas, el


Aprovechar las fuerzas de las empresas

Durante los últimos cinco años, la Secretaría del ONUSIDA y algunos de sus copatrocinadores han trabajado estrechamente con Music Television (MTV) en un esfuerzo para llegar a los jóvenes y hablarles en su mismo lenguaje sobre cuestiones que les interesan e involucran. Esta asociación singular ha aprovechado la fuerza de MTV como red de televisión mundial y marca líder en multimedia para jóvenes, utilizando su plataforma de distribución y eximiendo de los derechos de distribución a otros radiodifusores para llevar mensajes sobre el VIH/SIDA a unos 900 millones de hogares en todo el mundo. La asociación ha incluido la producción de una serie premiada («Seguir con vida») que se centra en la experiencia de adultos jóvenes que viven con el VIH/SIDA en diferentes partes del mundo. Además de programarse en todos los canales de MTV, la serie se ha donado gratuitamente a empresas de radiodifusión y se ha emitido en muchas de las grandes redes mundiales, como China Central Television, South African Broadcasting Corporation, TV Africa, Channel News Asia y RTR Moscow, por citar sólo algunas. Junto con el ONUSIDA, MTV ha animado a muchos personajes famosos a grabar mensajes de prevención que se han difundido extensamente y que se han utilizado como anuncios de servicio público en numerosos países. También se ha elaborado un folleto para presentadores de MTV y personajes famosos, titulado «Hablando sobre el SIDA».

Consejo cuenta con el apoyo de sus miembros y también recibe financiación del Open Society Institute, la Fundación de las Naciones Unidas, la Fundación Bill y Melinda Gates y la Secretaría del ONUSIDA.

A finales de 2001, el Consejo publicó una serie de directrices –Employees and HIV/AIDS: Action for Business Leaders (Los empleadores y el VIH/SIDA: Acción para líderes empresariales)– en las que hace un llamamiento a las empresas para que implanten programas exhaustivos de prevención, asesoramiento, pruebas voluntarias y asistencia sanitaria. La guía, que va dirigida a directores ejecutivos y altos cargos empresariales, utiliza ejemplos concretos de programas en África, Asia y América Latina para demostrar que las iniciativas contra el VIH en el lugar de trabajo tienen lógica comercial y son factibles y rentables.

Los sindicatos también están trabajando en respuestas mundiales a través de sus propias estructuras internacionales. La Federación Internacional de Trabajadores del Transporte (FIT) se ha involucrado en diversos proyectos concretos. Después de un estudio detallado, la FIT desarrolló un proyecto para camioneros en Uganda, centrado principalmente en la prevención, que incluye algunas características innovadoras, como negociar

con las autoridades gubernamentales para reducir los trámites en las fronteras y, así, acortar los tiempos de espera de los camioneros y sus tripulaciones y reducir al mínimo las posibilidades de que se involucren en prácticas de comercio sexual. La Confederación Internacional de Sindicatos Libres, por su parte, moviliza los centros sindicales nacionales contra el SIDA a través de sus oficinas regionales, al tiempo que promueve otras iniciativas dentro de industrias específicas. Un ejemplo en este sentido es el trabajo que está llevando a cabo la Internacional de la Educación, la federación internacional de sindicatos de maestros y profesionales de la educación. La secretaria, que trabaja en cuestiones relacionadas con el SIDA desde 1993, ha establecido alianzas con la OMS, la UNESCO, la Secretaría del ONUSIDA y otros asociados. En respuesta a la petición de materiales por parte de sindicatos y gobiernos, la secretaria consultó con la OMS y con maestros de ocho países para elaborar su *Training and Resource Manual on School Health and HIV/AIDS Prevention* (Manual de formación y recursos sobre salud escolar y prevención del VIH/SIDA). 

Foco de atención: SIDA y poblaciones móviles

Declaración de compromiso

Para 2005, elaborar y comenzar a poner en práctica estrategias nacionales, regionales e internacionales que faciliten el acceso a programas de prevención del VIH/SIDA a los trabajadores migratorios y las poblaciones móviles, incluido el suministro de información sobre servicios sociales y de salud (Párrafo 50)

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001, Nueva York.

La migración y la movilidad desempeñan papeles importantes en la epidemia de VIH/SIDA. Pero la relación es compleja. No todas las personas que migran o se desplazan corren un riesgo especial de infección. Sin embargo, los vínculos entre movilidad y SIDA son evidentes en la mayor parte del mundo, tal como demuestran los siguientes ejemplos:

- **Trabajadores migratorios:** Entre los filipinos que se sabe que viven con el VIH/SIDA, el 28% son obreros que han regresado a casa después de trabajar en otros países. En Bangladesh, cerca del 41% de las personas VIH-positivas han sido trabajadores migratorios.
- **Profesiones móviles:** Las investigaciones realizadas entre camioneros en cinco paradas de camiones de Sudáfrica han revelado una prevalencia global del 56%, muy por encima de la tasa de prevalencia nacional en adultos.
- **Profesionales del sexo migratorios y víctimas de la trata de personas:** Las investigaciones en la zona de Terai (Nepal) pusieron de manifiesto que el 17% de las profesionales del sexo que habían trabajado en la India constituían las tres cuartas partes de todos los casos de VIH. Un 30% de ellas indicaron que habían sido sometidas a coacción; las pruebas demostraron que esas mujeres tenían una probabilidad tres veces mayor de ser VIH-positivas que las demás mujeres.
- **Parejas de trabajadores migratorios:** El comienzo de la epidemia de VIH en las zonas rurales de México puede rastrearse en el retorno de mano de obra agrícola que había trabajado en los Estados Unidos de América.

Comprender la migración

Nunca antes en la historia humana había habido tantas personas en movimiento. Algunas estimaciones recientes indican que unos 150 millones de migrantes (personas que fijan su residencia o que permanecen durante periodos prolongados en un

país extranjero) viven actualmente fuera de su país de origen. Uno de cada diez puede ser refugiado o haber solicitado asilo. Un número aún mayor de personas se desplaza dentro de sus países cada año. De hecho, la migración económica de zonas rurales a urbanas es probablemente la categoría aislada más amplia de migración moderna.

La Organización Internacional para la Migración (OIM) ha diseñado un marco útil para la investigación y programación sobre el VIH/SIDA en el que la migración se caracteriza como un proceso de cuatro etapas. Las respuestas eficaces al VIH/SIDA deben abordar cada una de ellas:

- **Origen:** De dónde proceden las personas, por qué se marchan y qué relaciones mantienen con el hogar mientras están lejos.
- **Tránsito:** Lugares por donde pasan las personas, cómo viajan y su comportamiento durante el viaje.
- **Destino:** Adónde van las personas, actitudes que encuentran cuando llegan ahí y condiciones de vida y trabajo en el nuevo país de residencia.
- **Regreso:** Cambios que se han producido en la vida de las personas, y condiciones que encuentran cuando vuelven.

Las personas se desplazan por razones muy diversas, algunas de ellas voluntarias, otras no. La migración económica es en gran parte (pero no totalmente) una cuestión de oferta y demanda. Los países prósperos, especialmente en Norteamérica, Europa occidental y los Estados del Golfo, atraen a las personas que buscan trabajo; otros, en las regiones más pobres, dependen en gran medida de los ingresos que ganan los ciudadanos que trabajan en países foráneos. Filipinas, por ejemplo, tiene un 8% de sus ciudadanos que trabajan en ultramar (de una población total de 77,1 millones de habitantes), la mayoría de ellos, mujeres.

Trágicamente, una proporción significativa del actual movimiento demográfico es involuntaria. Esto incluye a refugiados y desplazados dentro del propio país que han tenido que abandonar sus hogares a causa de conflictos o desastres. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados ha estimado que actualmente hay unos 40 millones de personas en todo el mundo que

han tenido que dejar sus hogares por emergencias secundarias a desastres naturales, como terremotos, sequía o inundaciones, o bien por guerras y conflictos civiles, y que están viviendo como refugiados en tierras extranjeras o como desplazados dentro de sus propios países. Algunos han permanecido en estas condiciones precarias durante 20 años o más, y los campamentos en los que encontraron cobijo han acabado convirtiéndose en asentamientos más o menos permanentes.

Otro grupo en movimiento involuntario lo constituyen las personas víctimas de la trata —hasta 1-2 millones cada año, según ciertas estimaciones—, principalmente para prostitución y mano de obra forzosa. De ellos, la inmensa mayoría son mujeres y niños. Se cree que este tráfico es una de las mayores fuentes de beneficios para el crimen organizado, después de las drogas y las armas.

Movilidad y vulnerabilidad

La vulnerabilidad se relaciona a menudo con una etapa concreta del proceso de migración. Por ejemplo, algunos migrantes son más vulnerables en el lugar de destino, tal como ocurre con frecuencia con los varones que trabajan lejos de casa y viven en campamentos o barracones «sólo para hombres». En otros casos, el mayor riesgo corresponde a la zona de tránsito; así, las mujeres que se ven obligadas a mantener relaciones sexuales comerciales para sobrevivir o completar su viaje.

También son vulnerables las parejas de las personas que han contraído la infección mientras estaban fuera, especialmente las mujeres casadas. Su vulnerabilidad se agrava cuando carecen del derecho o la capacidad para negarse a tener relaciones sexuales con la pareja, o para insistir en el uso de preservativos, aunque sospechen que sus compañeros han realizado prácticas sexuales peligrosas mientras estaban lejos de casa.

De todas formas, sería incorrecto suponer que los migrantes suelen llevar el SIDA consigo. Las com-

paraciones de migraciones forzosas en África revelan que, en algunos casos, como los refugiados somalíes en Etiopía, la prevalencia entre los migrantes es menor que en la población de acogida. Lo mismo puede aplicarse a la migración de mano de obra. En la India, por ejemplo, los estados más industrializados de Maharashtra, Gujarat y Andhra Pradesh atraen a trabajadores masculinos y femeninos de todo el país, pero especialmente de los estados con los niveles de renta más bajos. Algunos de esos estados tienen tasas más bajas de infección por el VIH que los estados de acogida. El hecho de que los varones migrantes acostumbren a dejar a sus esposas y familias incrementa la probabilidad de que tengan contacto con profesionales del sexo mientras están lejos del hogar, un factor de riesgo tanto para ellos como para sus familias cuando vuelven a casa.

Necesidad de investigación para la acción

Los esfuerzos para abordar el vínculo entre migración y SIDA se ven obstaculizados por el hecho de que pocos países recopilan información o realizan investigaciones acerca de las necesidades de los migrantes en relación con el VIH/SIDA. Esto es cierto incluso en algunos países que han formulado respuestas generalmente satisfactorias al SIDA. Por ejemplo, ni Uganda ni Tailandia disponen de datos sobre el VIH entre sus cuantiosas poblaciones de migrantes forzosos. Sin embargo, Uganda alberga a unos 185 000 refugiados; Tailandia, a unos 188 000, y ambos países tienen un gran número de migrantes indocumentados. Casi todo lo que se sabe acerca de esas poblaciones es el resultado de investigaciones llevadas a cabo por organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales.

Así pues, una parte importante de la respuesta, aun antes de que se planifiquen los programas preventivos y asistenciales, es la recopilación de información. Ya existen metodologías de valoración rápida de la situación. Un ejemplo es un estudio efectuado por CARE, Family Health International, la Coalición

Empresarial Tailandesa sobre el SIDA y Visión Mundial de Tailandia, que examinó la industria marítima en el puerto de Ranong (Tailandia). Después de identificar las condiciones de riesgo para el VIH y para el consumo de sustancias en la zona, los investigadores fueron capaces de concretar oportunidades con el fin de adaptar las intervenciones a las diversas flotas pesqueras, rutas marítimas y tipos de barcos.

La prevención empieza en casa... pero no acaba ahí

Una de las reglas básicas para la prevención del VIH es que, cuanto antes se empieza, mejor. Esto significa llegar a las personas antes de que se marchen para trabajar en ultramar o lejos de casa.

Filipinas constituye un buen ejemplo de lo que puede hacerse. El nivel de conocimientos sobre el VIH es relativamente alto entre los filipinos que trabajan en ultramar, en comparación con los emigrantes de otros países. Esto se debe en parte a programas nacionales (como los Seminarios de Orientación Previos a la Marcha) que incluyen las infecciones de transmisión sexual y el SIDA en su currículo. Un estudio reciente indicó que las empleadas domésticas filipinas que trabajan en Malasia tenían un buen conocimiento sobre los riesgos del SIDA y cómo prevenirlos. En cambio, el nivel de conocimientos era bajo entre las mujeres de Bangladesh emigradas a Malasia.

Estos hallazgos han inducido a CARAM Asia (Coordinación de la Investigación para la Acción sobre el SIDA y la Movilidad), una asociación de siete organizaciones no gubernamentales de la región, a conectar los programas en los países de origen y de destino. En la actualidad, CARAM Bangladesh proporciona formación previa a las mujeres que piensan emigrar a Malasia, y las emigrantes que regresan colaboran en la impartición de tales programas. A la llegada, CARAM Malasia les ofrece apoyo para que puedan proteger su salud reproductiva. Existe

Prevención a lo largo de las rutas de migración en África occidental

Iniciado en principio para cubrir el corredor intensamente transitado entre Abidján, en Côte d'Ivoire, y Ouagadougou, en Burkina Faso, el programa Prevención del SIDA en las Principales Rutas de Migración de África Occidental, de la ADI de los Estados Unidos, abarca actualmente cuatro países, incluidos los que tienen las tasas más altas de prevalencia del VIH en la región. Las estrategias empleadas por el programa consisten en comercialización social, campañas en los medios de comunicación y uso de educación inter pares entre los grupos destinatarios, como camioneros, profesionales del sexo y trabajadores migratorios estacionales en plantaciones. Las evaluaciones señalan que las prácticas sexuales seguras han aumentado desde el comienzo de las intervenciones en 1998. Una comparación de datos de estudios efectuados en Burkina Faso en 1997 y 2000 reveló un incremento del 69% al 90% en el uso comunicado de preservativos entre camioneros durante su última relación sexual con una pareja esporádica.

un acuerdo de colaboración similar entre CARAM Camboya y CARAM Viet Nam.

4 Prevención en el lugar de destino

En el caso de la migración internacional, los países de destino indican a veces que tienen dificultades especiales para llegar a los migrantes con sus programas sobre el VIH/SIDA. Entre las razones citadas habitualmente figuran los obstáculos idiomáticos, diferencias culturales, recelos por parte de las autoridades gubernamentales (incluidos los servicios sanitarios) y preocupaciones por la situación legal. Sin embargo, parece más útil reconocer que deben emplearse medios diferentes para llegar a determinados colectivos migratorios.

Al igual que con otros grupos vulnerables, las autoridades sanitarias tienen que equilibrar cuidadosamente los programas más enfocados con los programas dirigidos a la población general. Un planteamiento que evita la estigmatización consiste en centrar los programas en situaciones y zonas geográficas en las que vive, trabaja o socializa un número sustancial de migrantes, en vez de dirigirlos a individuos o grupos concretos. Por ejemplo, los programas que se centran no en los trabajadores agrícolas migratorios sino en las comunidades que rodean a las granjas tienen el potencial de llegar no sólo a la mano de obra migratoria sino también a los profesionales del sexo, comerciantes y vendedo-

res, y varones y mujeres que viven y trabajan en la zona. La experiencia de Sudáfrica con comunidades próximas a minas de oro resulta especialmente instructiva (véase «Foco de atención: SIDA y el mundo del trabajo»).

Ikambere (que en kinyarwanda, el idioma rwandés, significa «casa acogedora»), constituye un buen ejemplo de asociación en París. Desde 1997, Ikambere proporciona un local donde las mujeres VIH-positivas de África subsahariana (que también se encargan de gestionar la iniciativa) pueden ofrecerse apoyo mutuo, intercambiar información y trabajar conjuntamente para elaborar artículos que después venden. Ikambere también coopera con hospitales y dispensarios ambulatorios para ampliar el alcance de esos centros y asegurar que sus comunidades reciban tratamiento adecuado para el SIDA.

Asistencia y apoyo

Aunque las autoridades en los países de destino pueden rechazar inicialmente la idea de proporcionar asistencia a los extranjeros, los migrantes tienen los mismos derechos en este sentido que los demás ciudadanos. El SIDA medra con la exclusión; en cambio, la inclusión de las personas vulnerables en todas las respuestas existentes es una forma de incrementar la resistencia total de la sociedad a la epidemia. Tal como ocurre con otras poblaciones, el asesoramiento y las pruebas voluntarias constituyen

un excelente punto de entrada para la asistencia, a condición de que se ofrezcan en el idioma de los migrantes y con la confidencialidad asegurada.

El suministro de asistencia y apoyo a colectivos y trabajadores migratorios, como actividades de prevención, requiere una formación específica para los funcionarios de los países de acogida. Esto se aplica tanto al personal sanitario como a empleados en servicios sociales y autoridades de inmigración, todos los cuales deben ser sensibles a las ideas de los migrantes acerca del VIH/SIDA, sus problemas jurídicos y otras preocupaciones.

En los últimos años se han ampliado considerablemente los esfuerzos de los organismos internacionales para proporcionar servicios de salud reproductiva a los refugiados y desplazados dentro del propio país. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) encabeza las iniciativas para brindar asistencia en salud reproductiva a los refugiados. El FNUAP también está desempeñando un papel activo, centrado especialmente en las necesidades de salud de los adolescentes.

Entornos políticos y jurídicos

Algunas leyes y normas que se aplican a las personas desplazadas pueden tener efectos desastrosos sobre la salud pública. Las personas que entran en los países como inmigrantes o trabajadores son sometidas a menudo a pruebas obligatorias del VIH, a pesar de que ésta no es una forma eficaz de prevención. En diversos países siguen vigentes disposiciones reglamentarias dirigidas a prohibir la entrada a las personas VIH-positivas, aunque se ha demostrado que tales restricciones carecen de fundamento desde una perspectiva de salud pública (véase recuadro «Restricciones de entrada y residencia según el estado serológico respecto al VIH»).

Algunos grupos de migrantes e inmigrantes se están movilizando eficazmente en torno a cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA. En el Reino Unido, la Red de Política Africana está presionando a funcionarios gubernamentales para que modifiquen las leyes y políticas que discriminan a las personas VIH-positivas que solicitan asilo. La Red lleva a cabo esta tarea en colaboración con otras organiza-

VIH y migración en Europa: acceso y asistencia en primer plano

Los datos epidemiológicos de Europa indican que está aumentando la proporción de las nuevas infecciones por el VIH/SIDA diagnosticadas en migrantes extranjeros. En Francia, por ejemplo, donde el número de nuevos casos de SIDA se ha ido reduciendo desde 1996, las tasas están empezando a disminuir con mayor lentitud entre las personas que viven en Francia pero son ciudadanos de otros países. Una cuarta parte de los extranjeros diagnosticados de SIDA son mujeres, mientras que éstas sólo representan el 16% de los casos de SIDA entre las personas de nacionalidad francesa. La situación es similar en Suiza, donde los datos sobre nuevos diagnósticos de VIH/SIDA ponen de manifiesto que las mujeres de África subsahariana son particularmente vulnerables.

Los migrantes no se han beneficiado tanto como los nacionales del acceso a la terapia antirretrovírica y otras medidas asistenciales. Según datos obtenidos en Bélgica, Francia y el Reino Unido, los colectivos de migrantes tienden a solicitar pruebas y asistencia para el VIH más tarde que el resto de la población. En Francia, un estudio ha constatado que las mujeres originarias del norte de África recibieron menos asesoramiento sobre el VIH cuando acudieron a un dispensario prenatal, a pesar de que se comprobó que sabían menos sobre el VIH/SIDA que la población general y, por tanto, tenían una mayor necesidad de información. El estudio también demostró que las mujeres inmigrantes tenían mayores probabilidades de ser sometidas a la prueba del VIH sin su consentimiento.

Restricciones de entrada y residencia según el estado serológico respecto al VIH

Las restricciones de entrada y residencia relacionadas con el VIH deberían abolirse o modificarse, de acuerdo con las orientaciones proporcionadas por El VIH/SIDA y los derechos humanos. Directrices internacionales, publicado en 1998 por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y la Secretaría del ONUSIDA. Las directrices establecen que: « No hay razones de salud pública para limitar la libertad de circulación o de la elección de residencia por motivos de la situación respecto del VIH (...) Cuando los Estados prohíben a las personas con el VIH/SIDA la residencia de larga duración por los gastos que conlleva, los Estados no deben singularizar el VIH/SIDA frente a otras enfermedades comparables y deben demostrar que en efecto incurrirá en esos gastos el extranjero que solicita residencia. Al examinar las solicitudes de entrada, los factores humanitarios, tales como la reunificación de la familia y la necesidad de asilo, deben tener primacía sobre las consideraciones económicas.»

ciones, como el Fondo Terrence Higgins, el Fondo Nacional contra el SIDA y el Grupo Parlamentario Multipartidario sobre el SIDA.


Respuestas regionales: prosigue el despliegue

Dado que las respuestas al VIH/SIDA para las poblaciones migratorias tienen que abordar todas las etapas del proceso de migración –origen, tránsito, destino y regreso–, algunos programas dirigidos a tales poblaciones tienen que ampliarse más allá de las fronteras nacionales. Entre las principales iniciativas regionales sobre SIDA y migración figuran las siguientes:

- El Equipo Interpaíses del ONUSIDA para África Occidental y Central se centra especialmente en la movilidad, con cinco programas que se superponen parcialmente: países de África occidental, países costeros del golfo de Guinea, cuenca del lago Chad, cuenca del río Congo y la Iniciativa de los Grandes Lagos sobre el SIDA.
- El Proyecto VIH y Migración en América Central y México, organizado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México con una diversidad de organizaciones no gubernamentales, gobiernos y otras instituciones, trabaja en 11 zonas de tránsito en Belice, Costa Rica,

El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá.

- El proyecto europeo SIDA y Movilidad, que posee puntos focales nacionales en 14 países, refuerza la cooperación entre organizaciones comunitarias, gubernamentales y no gubernamentales.
- La Asociación de Naciones del Sudeste Asiático (ASEAN) está elaborando un plan quinquenal de trabajo para luchar contra el VIH en las poblaciones móviles. El plan regional abarcará dos componentes, uno de los cuales se concentrará en marineros y camioneros (e incluirá los países de la región del Gran Mekong), mientras que el otro se dirigirá a prevenir el VIH/SIDA entre trabajadores migratorios.

Todas estas iniciativas utilizan una variedad de enfoques, que incluyen investigación etnográfica, elaboración de mapas, encuestas y otras técnicas. Las áreas focales incluyen la comprensión de la dinámica de desplazamiento de poblaciones específicas entre países o regiones; los efectos de los movimientos interfronterizos sobre las comunidades de origen y destino; los factores que favorecen la vulnerabilidad y la capacidad para adaptarse al VIH, y las políticas de migración y salud en los países de origen y de destino. Todas las iniciativas hacen hincapié especial en establecer vínculos, crear redes y compartir conocimientos. 

Donde convergen prevención y asistencia



Donde convergen prevención y asistencia:

asesoramiento y pruebas voluntarias, y prevención de la transmisión maternoinfantil

Prevención y asistencia son elementos indisolubles de una respuesta eficaz. La una sin la otra socava las posibilidades de éxito, pero, en conjunción, crean una sinergia poderosa. El asesoramiento y pruebas voluntarias (APV) y la prevención de la transmisión maternoinfantil (TMI) ejemplifican lo eficaces que pueden ser, cuando se integran, las intervenciones críticas contra el VIH/SIDA.

Asesoramiento y pruebas voluntarias

El asesoramiento y las pruebas voluntarias del VIH son componentes clave de los programas de prevención y atención. Por lo que respecta a prevención, el APV ayuda a las personas a aprender cómo se transmite el VIH, practicar relaciones sexuales seguras, someterse a la prueba del VIH y, dependiendo del resultado, tomar medidas para no infectarse o infectar a otros. En el contexto de los programas asistenciales, los resultados de la prueba del VIH y el asesoramiento subsiguiente implican la posibilidad de remitir a las personas a los servicios de asistencia y apoyo pertinentes, como el tratamiento para la tuberculosis e infecciones de transmisión sexual, la planificación familiar y, cuando esté indicado, el tratamiento para infecciones oportunistas, el tratamiento con antirretrovíricos y la prevención de la transmisión maternoinfantil. Además, un acceso más amplio al APV puede conducir a una mayor apertura acerca del VIH/SIDA y a una reducción del estigma y la discriminación.

Fundamental para la prevención

El APV es una estrategia preventiva demostrada que debería convertirse en parte integral de los

programas de prevención del VIH en todos los países. Por ejemplo, en un reciente ensayo aleatorio de personas y parejas en África y el Caribe, 3120 individuos y 586 parejas de Kenia, Trinidad y Tabago y la República Unida de Tanzania fueron asignados aleatoriamente a un grupo con APV o a un grupo con educación sanitaria básica, que tenía la posibilidad de recibir APV un año más tarde como medida complementaria. El grupo con APV notificó una reducción del 35% en el número de coitos no protegidos, tanto con parejas estables como esporádicas, durante el año siguiente al asesoramiento y las pruebas iniciales, en comparación con una reducción del 13% en el grupo que recibió información sanitaria básica. Los individuos del grupo testigo que aceptaron asesoramiento y pruebas del VIH en la primera visita de seguimiento comunicaron un descenso en el nivel de coitos no protegidos igual al del grupo con APV inicial al cabo de un año.

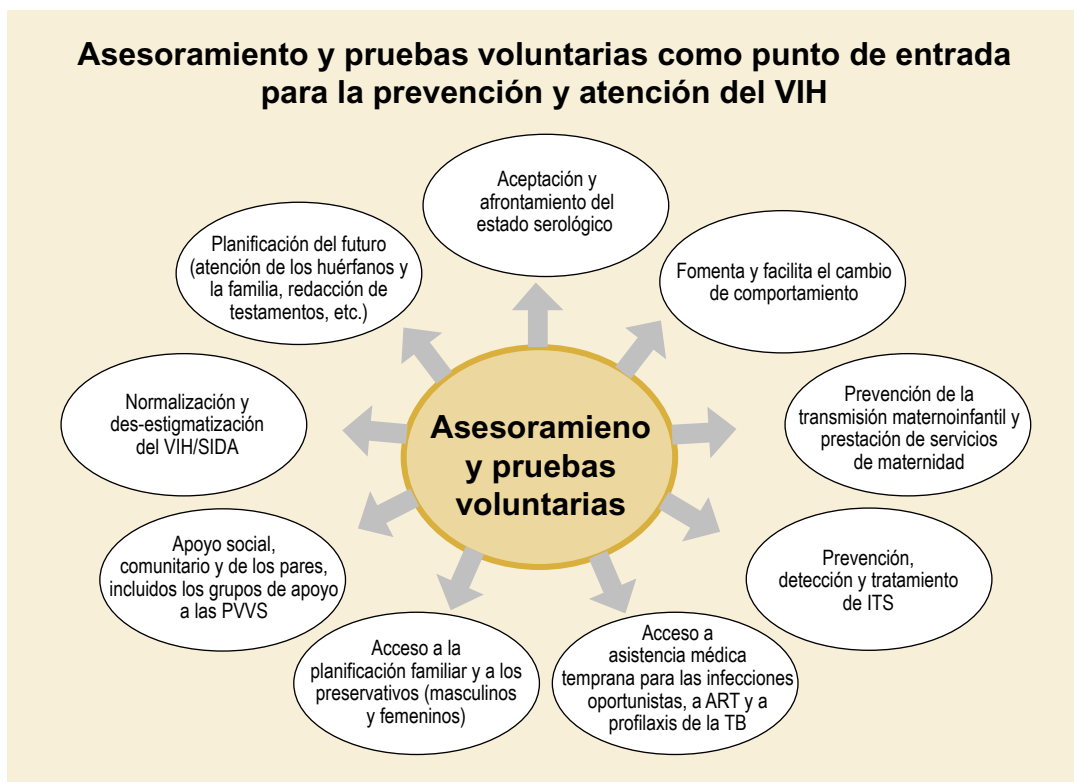
Conviene subrayar que el acceso al APV es una estrategia crítica reconocida para responder al VIH/SIDA tanto en los países de ingresos bajos o medianos como en los países de renta alta con sistemas sanitarios avanzados. En los Estados Unidos

de América, donde se estima que el 25% de las personas VIH-positivas no conoce su estado serológico respecto al VIH, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) han hecho del APV la piedra angular de su plan estratégico para la prevención del VIH durante el periodo 2001-2005. El plan pretende incrementar el número de proveedores que ofrecen sistemáticamente APV en contextos de asistencia sanitaria (por ej., dispensarios de infecciones de transmisión sexual, programas de tratamiento de abuso de sustancias, centros de planificación familiar, servicios de urgencias, centros de salud comunitaria), así como en ámbitos no clínicos (por ej., lugares de reunión social, programas de asistencia pública y programas de contacto en las calles).

Teniendo en cuenta el número y la complejidad de las cuestiones relativas a las pruebas del VIH

en las operaciones de mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas, y en respuesta a las preocupaciones expresadas por miembros del Consejo de Seguridad, la Secretaría del ONUSIDA, en estrecha consulta con el Departamento de las Naciones Unidas de Operaciones de Mantenimiento de la Paz, inició una revisión exhaustiva de la política de las Naciones Unidas en este campo. Para colaborar en el esfuerzo, se formó el Cuadro de Expertos del ONUSIDA sobre Pruebas del VIH en las Operaciones de Mantenimiento de la Paz de las Naciones Unidas. El cuadro recomendó unánimemente el asesoramiento y las pruebas voluntarias del VIH como medio más eficaz de prevenir la transmisión del VIH, tanto entre las fuerzas de mantenimiento de la paz y sus cónyuges y parejas como entre las poblaciones autóctonas. El cuadro subrayó que el APV debería proporcionarse dentro de un

Figura 28



Fuente: ONUSIDA (2002)

conjunto más amplio de medidas integradas de prevención y asistencia del VIH. También observó que se ha demostrado que el APV es más eficaz que las pruebas obligatorias del VIH para promover comportamientos sexuales seguros y reducir otros riesgos implicados en la transmisión del VIH.

El principal punto de entrada a los servicios asistenciales

Tal como se muestra en la figura 28, el APV es el principal punto de entrada a los servicios de asistencia y apoyo. Además, con los planes de acceso ampliado a fármacos antirretrovíricos en muchos países (tanto para el tratamiento como para la prevención de la transmisión maternoinfantil), habrá una necesidad creciente de programas asistenciales hospitalarios y comunitarios que ofrezcan APV. Esto se explica por el simple hecho de que los antirretrovíricos son de escasa utilidad a menos que las personas conozcan su estado serológico. Asimismo, se requerirá asesoramiento continuado para asegurar que las personas que siguen terapia antirretrovírica cuentan con el apoyo necesario, siguen los planes terapéuticos y asumen los posibles efectos adversos. El asesoramiento de parejas y familias resultará particularmente beneficioso por lo que respecta a la observancia y apoyo en el contexto de la prevención de la transmisión maternoinfantil. Es sumamente importante, pues, asegurar que las pruebas estén respaldadas por un asesoramiento eficaz, a cargo de asesores convenientemente cualificados, en locales acogedores para los usuarios y con la confidencialidad garantizada.

La ampliación de los programas es necesaria y posible

Aunque hay muchos ejemplos de servicios de APV de alta calidad en países de ingresos bajos y medianos, la mayoría se concentra en grandes zonas urbanas y opera en pequeña escala. Esto significa que el APV no está disponible actualmente para

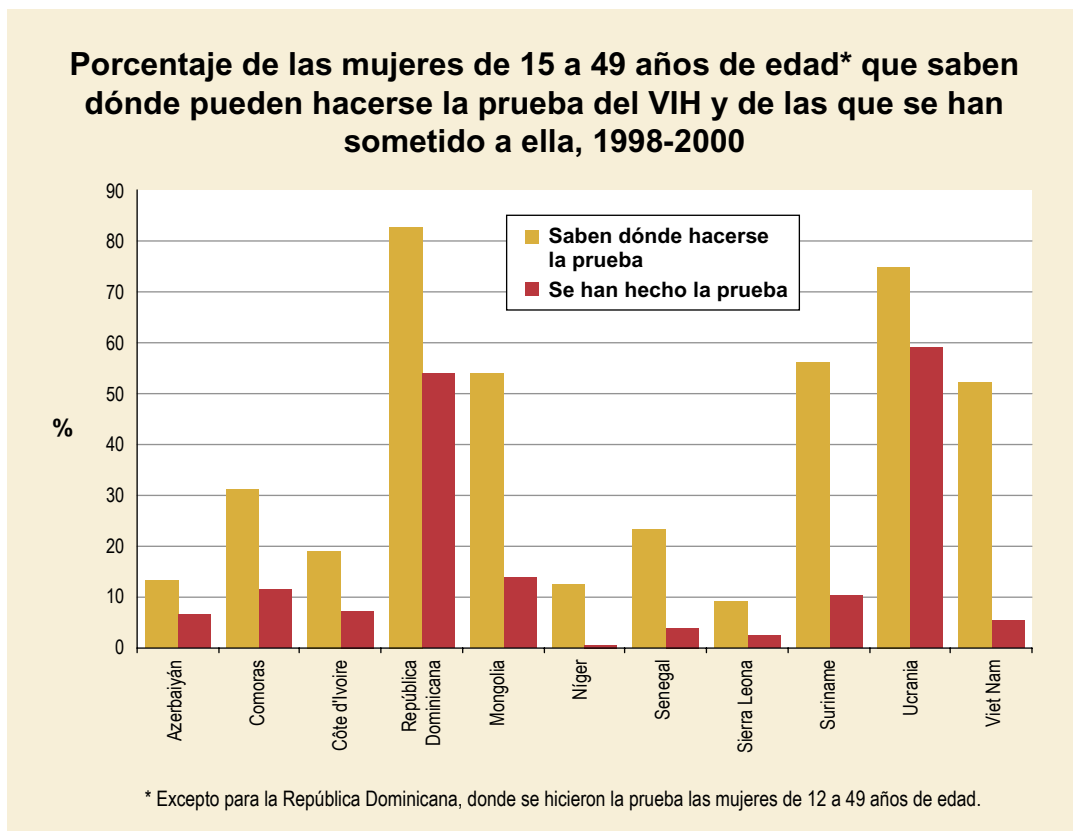
la inmensa mayoría de las personas que podrían beneficiarse de tales medidas. Por consiguiente, la ampliación de los servicios de APV es una piedra angular en el Plan Estratégico del Sistema de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA durante el periodo 2001-2005, y también para los objetivos del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS) de reducir la prevalencia del VIH entre los jóvenes y lactantes en 2005.

Aparte de ampliar la disponibilidad de APV, hay que animar a las personas a que utilicen estos servicios allí donde existan. Tal como ocurre con otras intervenciones de prevención y atención del VIH, las personas que viven con el VIH/SIDA tienen un importante papel que desempeñar en el diseño y desarrollo de servicios de APV, dondequiera que se lleven a cabo. Tal como muestra la figura 29, sólo se ha sometido a la prueba un minúsculo porcentaje de mujeres en diversos países africanos, aunque un porcentaje considerablemente mayor sabe adónde podría acudir.

Se dispone actualmente de pruebas rápidas del VIH que pueden ser efectuadas por personal sin conocimientos formales de laboratorio. Esto elimina un obstáculo a la ampliación de los servicios en zonas rurales y pequeñas ciudades donde no existen laboratorios. En la actualidad, muchos países están expandiendo gradualmente el APV como parte de sus sistemas de asistencia sanitaria pública. Sin embargo, siguen siendo esenciales un control de calidad externo y una estrecha supervisión para asegurar la calidad adecuada de las pruebas.

Un ejemplo de ampliación satisfactoria es el Centro de Información sobre el SIDA (CIS) de Uganda, que pasó de una sola instalación en 1990 a 51 en 2001 y que ha evaluado a más de medio millón de personas. Desde 1997 ha ofrecido pruebas rápidas (con los resultados el mismo día) y otros servicios relacionados, como tratamiento sintomático de infecciones de transmisión sexual,

Figura 29



Fuente: UNICEF (2000), Encuestas a base de indicadores múltiples 2

terapia preventiva para la tuberculosis, planificación familiar y remisión a/de otras organizaciones de servicios sobre el SIDA. Los costos están subvencionados y, al menos un día por semana, el APV es gratuito. El CIS ha demostrado que es posible efectuar pruebas a parejas si éstas se plantean de forma cuidadosa y coherente. En el CIS, la proporción de personas que solicitan APV por parejas ha aumentado desde el 8% del total de clientes en 1992 hasta casi un tercio en 2001, y una cuarta parte de esas parejas solicita la prueba del VIH antes de casarse. En conjunto, los varones y mujeres tienen tasas similares de asistencia.

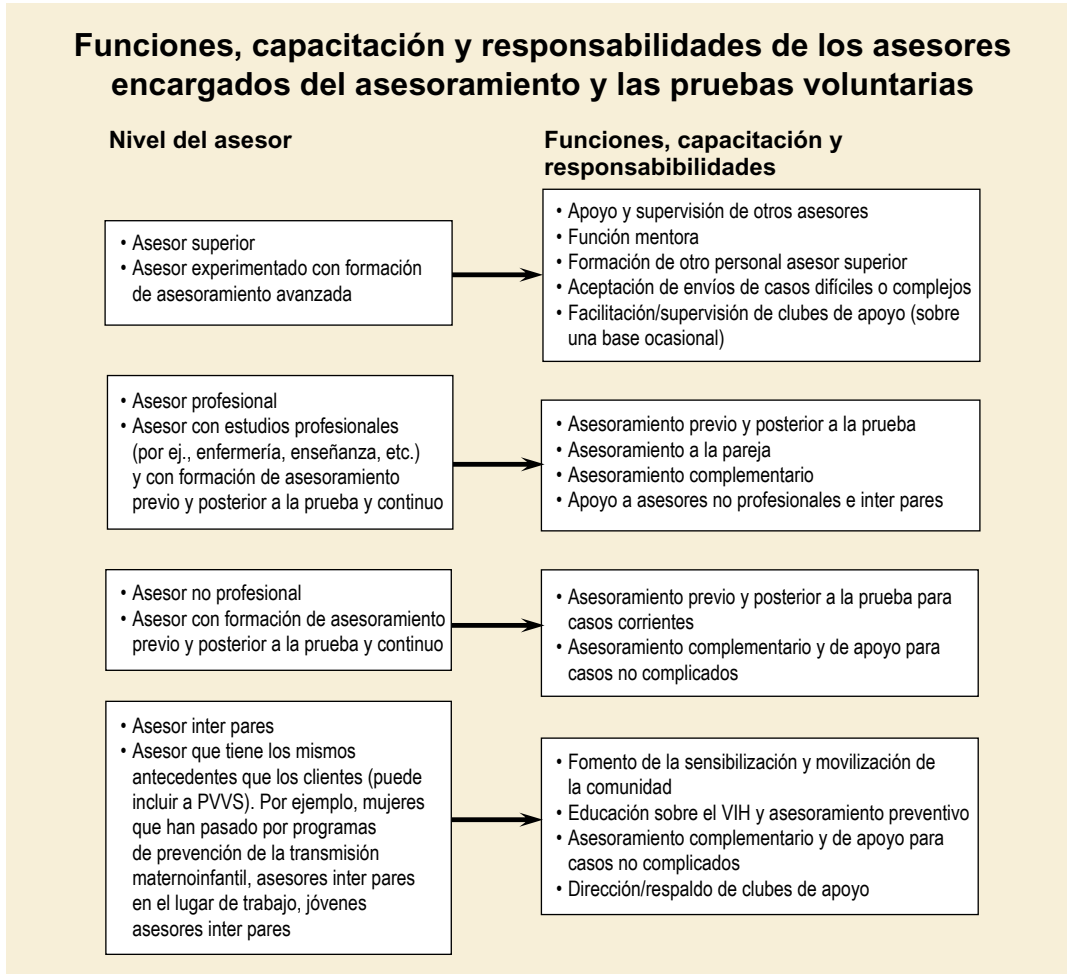
Estrategias para ampliar los servicios

Encontrar un número suficiente de asesores cualificados puede representar un reto importante para la expansión de los servicios de APV, pero existen algunos enfoques innovadores que podrían resul-

tar útiles. En programas para prevenir la transmisión maternoinfantil en Botswana, por ejemplo, se están empleando asesoramiento por grupos en dispensarios, sesiones de vídeo, asesores no profesionales y servicios comunitarios de asesoramiento como formas de reducir las largas esperas para las sesiones de asesoramiento individual previo a la prueba del VIH.

Los requisitos de personal no pueden subestimarse al ampliar servicios de APV. Existen grandes variaciones en los conocimientos básicos, formación, funciones y responsabilidades de las personas que llevan a cabo el asesoramiento previo y posterior a la prueba. En muchos proyectos de APV, la mayoría de los asesores son enfermeras o asistentes sociales que han recibido formación adicional en asesoramiento sobre el VIH. Sin embargo, debido a la escasez de enfermeras y asistentes sociales, también es necesario buscar asesores en otros

Figura 30



Fuente: ONUSIDA (2001), Informe de una reunión de consulta técnica de la OMS/ONUSIDA sobre asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH

ámbitos de la vida. En la figura 30 se ejemplifica un modelo de diferentes funciones, niveles de formación y responsabilidades. Es útil tener asesores expertos que proporcionen apoyo y supervisión a los demás asesores y que acepten la remisión de los casos más complicados. Son necesarios un apoyo y una supervisión continuados de los asesores, cualquiera que sea su nivel de conocimientos, si se pretende proporcionar un asesoramiento de alta calidad y evitar el desánimo y el recambio constante de personal.

Una estrategia útil consiste en vincular servicios enfocados al VIH con otros servicios afines, especialmente los relativos a atención prenatal, planifi-

cación familiar, infecciones de transmisión sexual (véase sección «Prevención») y tuberculosis. Por ejemplo, el tratamiento eficaz de la tuberculosis puede aumentar espectacularmente tanto la calidad de vida como la longevidad, además de ayudar a controlar la enfermedad dentro de la comunidad general. La iniciativa ProTEST de la Organización Mundial de la Salud (que vincula los programas del VIH y la tuberculosis con los servicios de salud general) promueve el asesoramiento y las pruebas del VIH como respuesta a la tuberculosis en contextos con una alta prevalencia del VIH. Se han obtenido resultados satisfactorios en los diversos centros ProTEST que existen en África subsahariana, por lo que han empezado a desarrollarse

otros en Asia. La evaluación indica que este enfoque es muy eficaz. Por ejemplo, el Distrito Central de ProTEST en Sudáfrica ha constatado que, después del asesoramiento pertinente, la prueba del VIH tiene una aceptabilidad del 95% entre todas las personas que acuden al centro.

Uno de los enfoques más recientes e innovadores consiste en suministrar servicios de APV por medio de la comercialización social, en el que se promocionan «productos sociales» (especialmente preservativos). En Zimbabwe, por ejemplo, el programa New Start utiliza franquicias para proporcionar servicios de APV, y está creando una red nacional de APV con un logotipo y un nombre comunes, red que se promociona a través de campañas de información y en medios de comunicación. La Comisión Nacional del SIDA inició el programa New Start en 1998 junto con Servicios Internacionales de Población (ISP) y la ADI de los Estados Unidos. En los centros del programa se ofrecen servicios de asesoramiento y pruebas de alta calidad, y en la mayoría de los casos se notifican los resultados el mismo día. Todos los centros utilizan un protocolo normalizado de asesoramiento y pruebas, desarrollado de acuerdo con las directrices del Ministerio de Salud de Zimbabwe. Se ofrecen servicios gratuitos para los clientes que no pueden pagar las tarifas establecidas.

APV enfocado

Los servicios generalizados de APV son importantes, pero no pueden llegar eficazmente a todas las poblaciones que los necesitan. Los programas enfocados—ya sea utilizando instalaciones separadas o por medio de campañas de comunicación—son necesarios para atender a grupos específicos, como personas y parejas jóvenes, y a poblaciones vulnerables, como consumidores de drogas intravenosas y profesionales del sexo.

En numerosos países ya se están ejecutando programas de APV dirigidos a jóvenes (véase recuadro «APV para jóvenes: Fondo Kara de Asesoramiento

y Formación»). Un estudio reciente en Kenya y Uganda demostró que los jóvenes valoraban la faceta de asesoramiento del APV. La mayoría de los jóvenes evaluados reveló el resultado de su prueba a otra(s) persona(s) e intentó mantener relaciones sexuales seguras. El estudio también puso de manifiesto que la inmensa mayoría de los jóvenes no evaluados quería someterse a la prueba del VIH. Sin embargo, las razones de los jóvenes para solicitar APV y sus necesidades ulteriores pueden diferir de las de otros grupos de edad. Se requiere formación a fin de capacitar a los asesores para comunicarse con los jóvenes y captar sus preocupaciones particulares con respecto a la infección y prevención del VIH. Para los jóvenes que no han alcanzado la mayoría de edad, el consentimiento para las pruebas del VIH y la revelación de los resultados son cuestiones que deben abordarse en la prestación de servicios de APV.

La asistencia y apoyo a los profesionales del sexo es otro planteamiento importante en la prevención del VIH (véase sección «Prevención»). En Kinshasa (República Democrática del Congo), un programa que ofrece APV, evaluación sistemática y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, discusiones de grupo sobre prevención, y suministro gratuito de preservativos a profesionales del sexo ha logrado aumentar el uso del preservativo y reducir la incidencia del VIH y otras infecciones de transmisión sexual en profesionales del sexo. En otros programas se ha comprobado la eficacia de utilizar educadores/asesores inter pares para llegar y asesorar a otros compañeros en el comercio sexual.

El APV puede brindar la oportunidad de que los usuarios de drogas intravenosas conozcan su estado serológico respecto al VIH y reciban asesoramiento acerca de prácticas de inyección y sexuales seguras. En un estudio de 5644 personas que acudieron a un centro de desintoxicación e intercambio de agujas en California, el uso de servicios de APV fue el factor que se asoció de forma más estricta con el hecho de no compartir jeringas.

APV para jóvenes: Fondo Kara de Asesoramiento y Formación (Zambia)

El Fondo Kara de Asesoramiento y Formación es una organización no gubernamental de Zambia que comenzó a funcionar en 1989 como centro de «puertas abiertas» que proporcionaba información y asesoramiento sobre el VIH a la población general. También constituyó la base del primer grupo de apoyo a las personas que viven con el VIH/SIDA en Zambia, grupo que sigue desempeñando un papel importante en la sensibilización y educación sobre el VIH y en el afrontamiento del estigma y la negación. En 1992 se incorporaron servicios de APV confidencial en uno de los centros del Fondo. Las pruebas rápidas, con notificación de los resultados el mismo día, se introdujeron en 1996. La mayoría de los clientes de APV son jóvenes de 18-29 años de edad.

El Fondo trabaja para aumentar el uso de los servicios de APV, que incluyen servicios de apoyo después de la prueba, por parte de los jóvenes. Para alcanzar tal objetivo, la organización proporciona:

- Actividades de contacto orientadas a los jóvenes con el fin de educarlos y movilizarlos.
- Acceso a asesoramiento y pruebas prematrimoniales y para parejas jóvenes.
- Servicios de APV respetuosos con los jóvenes.
- Asesoramiento continuado y clubes de apoyo posteriores a la prueba acogedores para los jóvenes.
- Investigación operativa acerca del APV y los jóvenes.

Las actividades de contacto inducen a menudo a los jóvenes a utilizar los servicios de APV. Divulgan la existencia de tales servicios, explican el proceso e involucran a los jóvenes en discusiones acerca de los beneficios e inconvenientes. El Fondo adopta dos enfoques distintos para las tareas de contacto comunitario: un programa de contacto con jóvenes VIH-positivos (dirigido preferentemente a grupos) y un programa de movilización comunitaria (dirigido a individuos).

Transmisión maternoinfantil

Se estima que unos 200 millones de mujeres en todo el mundo quedan embarazadas cada año, de las cuales unos 2,5 millones son VIH-positivas. Uno de los mayores retos es lograr que el casi 99% de las mujeres embarazadas que no han contraído el virus sigan siendo VIH-negativas. Este desafío se vincula de forma integral con los esfuerzos más genéricos para prevenir la transmisión del VIH de las madres a sus hijos.

El enfoque consensuado internacionalmente para prevenir la transmisión maternoinfantil (TMI) incluye una serie de estrategias: 1) prevención primaria del VIH entre los futuros padres; 2) prevención de embarazos no deseados en mujeres

VIH-positivas, y 3) prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH. Se reconoce actualmente que, en el contexto de la TMI, la asistencia y tratamiento de las mujeres VIH-positivas es un imperativo ético, y se están adoptando medidas para proporcionar tal asistencia junto con las intervenciones de prevención.

La mejor forma de prevenir la TMI y proporcionar tratamiento y asistencia a las madres y sus lactantes es incrementar sustancialmente el acceso de las mujeres en edad fecunda y sus parejas a servicios de prevención del VIH, servicios de salud reproductiva y planificación familiar y dispensarios prenatales/de maternidad. Esos servicios deberían

Declaración de compromiso

Para 2005, reducir el número de lactantes infectados con el VIH en un 20% y para 2010 en un 50%, ofreciendo al 80% de las mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal información, apoyo psicológico y otros servicios de prevención del VIH, aumentando la disponibilidad de tratamiento eficaz para reducir la transmisión del VIH de madre a hijo [...] (Párrafo 54).

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001, Nueva York.

asegurar que las mujeres pueden decidir si quieren conocer o no su estado serológico respecto al VIH; controlar su fecundidad; poner fin a un embarazo (siempre que sea seguro y jurídicamente aceptable), y aprovechar las ventajas de los fármacos y otras intervenciones contra la TMI, si es que están embarazadas y desean tener el hijo.

Se dispone de antirretrovíricos más baratos y fáciles de administrar para su utilización en contextos con escasos recursos. Estos tratamientos pueden recortar hasta en un 50% la transmisión del VIH. Es fundamental ampliar el suministro de esos fármacos, pues se estima que, sólo en 2001, el VIH infectó de novo a unos 800 000 niños, en casi todos los casos por TMI. La expansión debería ser posible, teniendo en cuenta los éxitos de proyectos a pequeña escala y el mayor compromiso con las intervenciones de prevención de la TMI, tanto a nivel internacional como por parte de los gobiernos de países de ingresos bajos y medianos.

Reducir el riesgo de transmitir el VIH a los lactantes

Prevenir la transmisión del VIH de una mujer VIH-positiva a su hijo es factible y relativamente barato. Cuando una madre sabe que es VIH-positiva, las opciones de intervención incluyen el uso de antirretrovíricos preventivos, cesárea electiva y alimentación de sustitución. Otro enfoque barato, que beneficia a todas las mujeres embarazadas y que puede reducir la TMI con independencia de

que se conozca o no el estado serológico respecto al VIH, es evitar los procedimientos invasivos innecesarios durante el trabajo de parto y el parto.

En los proyectos piloto contra la TMI en países de ingresos bajos y medianos, se utiliza generalmente una quimioterapia de corta duración con zidovudina, que en los últimos años está obteniendo mejores tasas de aceptación que cuando se instauró por primera vez. Recientemente, numerosos programas han optado por utilizar nevirapina, de acuerdo con los resultados del estudio HIVNet 012 en Uganda. Administrada como una dosis única a la madre en el momento del parto, más una dosis al neonato durante las 72 horas siguientes al mismo, la nevirapina tiene una eficacia similar a una tanda quimioterapia breve de zidovudina, con una reducción del riesgo de hasta el 50% en las poblaciones que amamantan. En ensayos clínicos se han demostrado la seguridad y tolerancia a corto plazo de una dosis única de nevirapina. Las investigaciones no han observado diferencias significativas en cuanto a toxicidad importante u otros efectos colaterales entre la nevirapina y los tratamientos breves con zidovudina o zidovudina/lamivudina.

El tratamiento a base de nevirapina requiere una supervisión mínima y es particularmente beneficioso para las mujeres que acuden a consulta en las etapas tardías del embarazo o que han tomado dosis prenatales de zidovudina subóptimas. Se ha comunicado resistencia farmacológica en algunas mujeres expuestas a nevirapina y otras quimio-

Lactancia natural y transmisión maternoinfantil

En ausencia de cualquier intervención, aproximadamente un tercio de las transmisiones maternoinfantiles del VIH son atribuibles a la lactancia natural. Asimismo, cada vez resulta más evidente que la lactancia materna socava el efecto protector del tratamiento antirretrovírico para prevenir la TMI del VIH. El Equipo de Trabajo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Transmisión Maternoinfantil del VIH recomienda que, cuando la alimentación de sustitución sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura, las madres VIH-positivas deberían evitar por completo la lactancia natural. De lo contrario, se recomienda la lactancia materna durante los primeros meses de vida del recién nacido.

La mayoría de los países con una política nacional sobre VIH y alimentación infantil sigue las directrices de las Naciones Unidas, pero las adapta de acuerdo con los recursos y condiciones locales. Las mejores políticas son aquellas que ofrecen a las madres alternativas donde elegir. En Botswana y Côte d'Ivoire, así como en diversas zonas piloto de Sudáfrica, más del 70% de las mujeres eligieron alimentación de sustitución cuando se les asesoró sobre las diferentes opciones de alimentación infantil. A las mujeres se les proporciona gratuitamente la fórmula. En el Brasil y Tailandia se aconseja a todas las mujeres VIH-positivas que no amamenten y se les ofrece fórmula gratuita.

Por desgracia, la alimentación de sustitución no es una opción factible en muchos países de ingresos bajos o medianos. La inmensa mayoría de las mujeres amamanta a sus hijos, ya sea por decisión consciente o porque no tienen ninguna alternativa segura, aceptable o factible. Aun en el caso de que se proporcionen gratuitamente sucedáneos de la leche materna, puede haber obstáculos importantes para la alimentación de sustitución, como falta de agua potable o condiciones sanitarias, confusión sobre el uso apropiado y estigma por parte de la familia o la comunidad (debido a la asociación entre alimentación con fórmula e infección por el VIH).

rapias breves con antirretrovíricos administrados para reducir el riesgo de TMI. Las implicaciones de tal resistencia son inciertas por el momento, pero deben tenerse en cuenta en el contexto de un acceso creciente al tratamiento antirretrovírico para pacientes infectados en los países en desarrollo. En octubre de 2000, una reunión de consulta técnica de la OMS llegó a la conclusión de que el beneficio de reducir la TMI con esos tratamientos profilácticos antirretrovíricos supera con creces las preocupaciones por el desarrollo de resistencia farmacológica.

APV dentro de los programas contra la TMI

El APV representa un punto de entrada crítico para los programas de prevención de la TMI, aunque todavía existen muchos programas que no

tienen esto en cuenta, tal como ilustra un reciente informe del UNICEF que recopiló datos en nueve países africanos (Botswana, Burundi, Côte d'Ivoire, Kenya, Rwanda, Uganda, la República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe). En los contextos en los que la prevención de la TMI es un componente integrado, un promedio del 62% de las mujeres que solicitan asistencia también recibe asesoramiento, y alrededor del 70% de ellas acepta someterse a la prueba. Sin embargo, la utilización del APV varía considerablemente entre los países y las localidades, con porcentajes de mujeres asesoradas y mujeres evaluadas que oscilan, respectivamente, desde el 22% y 65% en Zambia hasta el 100% y 82% en Rwanda.

La aceptación está influida por múltiples factores. Algunos, como la formación y supervisión del personal, son cuestiones internas de los programas; otros son de índole social e incluyen

estigma, implicación mínima de los varones, violencia dentro de las parejas y rechazo de las mujeres VIH-positivas. Dado que los varones pueden desempeñar un papel importante para elevar los niveles de aceptación, hay que buscar formas innovadoras de alentar su mayor participación en el APV y la prevención de la TMI. Un reciente estudio de APV en cinco contextos indicó que animar a más varones a que se sometan a la prueba del VIH es un primer paso importante para lograr que asuman una mayor responsabilidad en la prevención de la TMI, lo que incluye utilizar preservativos durante el embarazo y apoyar las decisiones de alimentación infantil que tomen las mujeres VIH-positivas. Por último, está claro que la aceptación aumenta cuando se abordan convenientemente las necesidades psicológicas y asistenciales de las madres.

Asistencia a madres VIH-positivas: «MTCT-Plus»

Aparte de disuadir a las mujeres de que participen en programas de prevención de la TMI, la falta de asistencia a las madres VIH-positivas en el contexto de la prevención de la TMI suscita serias preocupaciones éticas. Diversos dirigentes de fundaciones filantrópicas de todo el mundo se reunieron en diciembre de 2001 con el Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, y anunciaron financiación en gran escala para un proyecto quinquenal de demostración en África, Asia y América Latina. Bautizada como «MTCT-Plus», la iniciativa pretende ampliar los servicios para las mujeres VIH-positivas, lo que supone asistencia básica para prevención y/o tratamiento de infecciones oportunistas y, cuando esté indicado, tratamiento con antirretrovíricos. Se prevé que, a la larga, MTCT-Plus incluya también a los familiares VIH-positivos de las madres y niños participantes. Las campañas de información dirigidas a elevar la sensibilización internacional serán un elemento importante de la iniciativa, al igual que la adquisición y distribución

de fármacos para prevenir la TMI; las actividades tendientes a eliminar las leyes y normas que demoran el acceso a la medicación, y los programas de educación y formación. MTCT-Plus empezará como extensión de los programas existentes de prevención de la TMI y se concentrará inicialmente en África subsahariana.

Ampliar la cobertura de los programas contra la transmisión maternoinfantil


A pesar de la complejidad y los problemas logísticos de las intervenciones de TMI, no existe en la actualidad ninguna justificación técnica para restringirlas a proyectos piloto o de investigación. Sin embargo, en muchos países en desarrollo, tales intervenciones sólo están empezando a incorporarse a los contextos de asistencia prenatal y maternal sistemática en muchos países de ingresos bajos y medianos. Tailandia, el Brasil y Botswana (véase recuadro «El programa nacional de Botswana de prevención de la TMI») son pioneros en este aspecto al haber logrado la disponibilidad generalizada de intervenciones contra la TMI en todo el país. Otros países que han comenzado a ampliar la cobertura más allá de centros piloto son Côte d'Ivoire, Honduras, India, Kenya, Myanmar, República Unida de Tanzania, Rwanda, Uganda, Zambia y Zimbabwe.

En Sudáfrica, en abril de 2002, las provincias de Western Cape y KwaZulu-Natal estaban ampliando los programas de prevención de la TMI a escala provincial. Cabe esperar que el juicio histórico desencadenado por la Campaña de Acción pro Tratamiento y otras se traduzca en el inicio de programas similares de expansión en diferentes provincias de Sudáfrica. En este país, el programa piloto actual para la prevención de la TMI, aunque limitado a dos localidades por provincia, es quizás el de mayor alcance de África subsahariana. Cada mes, el programa proporciona

servicios (incluido tratamiento con nevirapina) a unas 6090 mujeres registradas en dispensarios prenatales, que representan aproximadamente el 9% del total en el país. Si esa cifra se suma a la de mujeres asistidas en centros operativos de investigación y programas provinciales, el total nacional de mujeres que acceden a la prevención de la TMI se sitúa probablemente en el 12-15%. La tasa de aceptación de la prueba del VIH es actualmente del 51% en los centros nacionales, lo que supone que 3133 mujeres embarazadas se someten a la prueba cada mes. Sin embargo, el porcentaje de pruebas realizadas en los centros nacionales varía considerablemente según las provincias y localidades, desde el 17% hasta el 90%.

En la mayoría de las zonas de África subsahariana, el porcentaje global de mujeres con las que se puede contactar y a las que se puede tratar es, hoy por hoy, muy bajo (menos del 20%). Entre las pocas excepciones figuran la localidad de Kichikura (Rwanda) y los centros apoyados por la Fundación del SIDA Pediátrico Elizabeth Glaser (EGPAF). El Proyecto de Llamamiento a

la Acción de la EGPAF, iniciado en septiembre de 1999, posee centros en 70 localidades de 11 países africanos y Tailandia. Se estima que la tasa global de aceptación en Rwanda y los centros africanos apoyados por la EGPAF es del 40%. Por el contrario, en el Brasil y Tailandia, el porcentaje global de mujeres contactadas y tratadas supera el 70%.

Las Naciones Unidas y organizaciones como la EGPAF, Médicos Sin Fronteras, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, Family Health International y Consejo de Población/Horizontes están respaldando actualmente el desarrollo y ampliación de un gran número de proyectos en países de ingresos bajos o medianos. En 2001, operando a través del UNICEF, el Equipo de Trabajo Interinstitucional de las Naciones Unidas amplió su apoyo de 11 a 16 países, con unos 79 puntos de implantación. El Banco Mundial incluye actualmente la financiación de programas nacionales de prevención de la TMI en todos sus nuevos proyectos multinacionales sobre el VIH/SIDA. 

El programa nacional de Botswana de prevención de la TMI

En 1999, Botswana se convirtió en el primer país de África que inició un programa integrado de APV/TMI en el que se administra zidovudina a las mujeres embarazadas que se demuestra que son VIH-positivas en dispensarios prenatales. El programa se introdujo en las ciudades de Gaborone y Francistown. Sin embargo, cuando en 2000 un estudio prenatal centinela reveló una prevalencia del 38,5% (que se traduce en 26 neonatos infectados cada día), el Gobierno decidió ampliar el programa a todos los centros sanitarios del país que ofrecen servicios de salud maternal e infantil. Entre abril de 1999 y noviembre de 2001, el programa llegó a 31971 mujeres, de las cuales 17 732 (55%) recibieron asesoramiento y 9422 (53%) de esas últimas aceptaron someterse a la prueba.

En diciembre de 2001, el programa había empezado a ejecutarse en los 24 distritos sanitarios de Botswana. En la actualidad, alrededor del 81% de las mujeres inscritas en centros de salud pública están recibiendo asesoramiento por lo que respecta a la TMI; el 57% de las asesoradas acepta la prueba del VIH, y, entre las que resultan VIH-positivas, el 58% empieza tratamiento con zidovudina. Los planes para acelerar el programa exigen formación; desarrollo de capacidades de gestión; mayor y mejor respaldo a los asesores; reforzamiento de los servicios de asistencia y apoyo, y movilización comunitaria y social. Además, Botswana está estudiando la introducción de ulteriores mejoras, como la combinación de terapia antirretrovírica con diferentes prácticas de alimentación infantil.

Foco de atención: SIDA y huérfanos

Declaración de compromiso

Para 2003, elaborar y para 2005, poner en práctica, normas y estrategias nacionales a fin de establecer y fortalecer la capacidad de los gobiernos, las familias y las comunidades para dar un entorno que brinde apoyo a los huérfanos y a las niñas y los niños infectados o afectados por el VIH/SIDA, entre otras cosas, dándoles asesoramiento y apoyo psicosocial adecuado, y asegurándoles escolarización y acceso a vivienda, buena nutrición y servicios sociales y de salud en pie de igualdad con otros niños; y proteger a los huérfanos y a las niñas y los niños vulnerables de toda forma de maltrato, violencia, explotación, discriminación, trata y pérdida del derecho de sucesión. (Párrafo 65)

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001, Nueva York.

Se estima que viven actualmente unos 14 millones de niños que han perdido a uno o ambos padres a causa del SIDA. Aproximadamente el 80% de ellos –11 millones– vive en África subsahariana. Sin embargo, la crisis de los huérfanos no se limita a esa región. Se calcula que hay 1,8 millones de huérfanos en el sur y sudeste de Asia, 85 000 en el Asia oriental y el Pacífico, 330 000 en América Latina, 250 000 en el Caribe y 65 000 en África del Norte y Oriente Medio.

A medida que aumente el número de adultos que fallezcan por el SIDA durante la próxima década, también aumentará el número de huérfanos que crecerán sin el cuidado y el amor paternos y que se verán privados de sus derechos básicos a vivienda, alimentos, salud y enseñanza. Se estima, por ejemplo, que ya hay un millón de huérfanos en Nigeria, 890 000 en Kenya y 780 000 en Zimbabwe. En

otras partes del mundo, un número ingente de niños también ha perdido al menos a uno de sus padres como consecuencia del SIDA, como es el caso de 290 000 niños en Tailandia, 200 000 en Haití y 32 000 en Guatemala. Lamentablemente, esas cifras aumentarán conforme vaya madurando la epidemia. Las previsiones indican que el número de niños huérfanos por el SIDA se incrementará de forma espectacular durante los próximos 10-20 años, especialmente en África meridional. Sólo en Sudáfrica, se calcula que, en 2010, habrá 1,5 millones de niños huérfanos como resultado del SIDA. En otros países, donde las epidemias son relativamente nuevas pero están creciendo con rapidez, todavía no se ha sentido el verdadero impacto del gran número de huérfanos que cabe esperar. Pero no es posible prescindir del futuro, y los preparativos tienen que iniciarse ahora mismo.

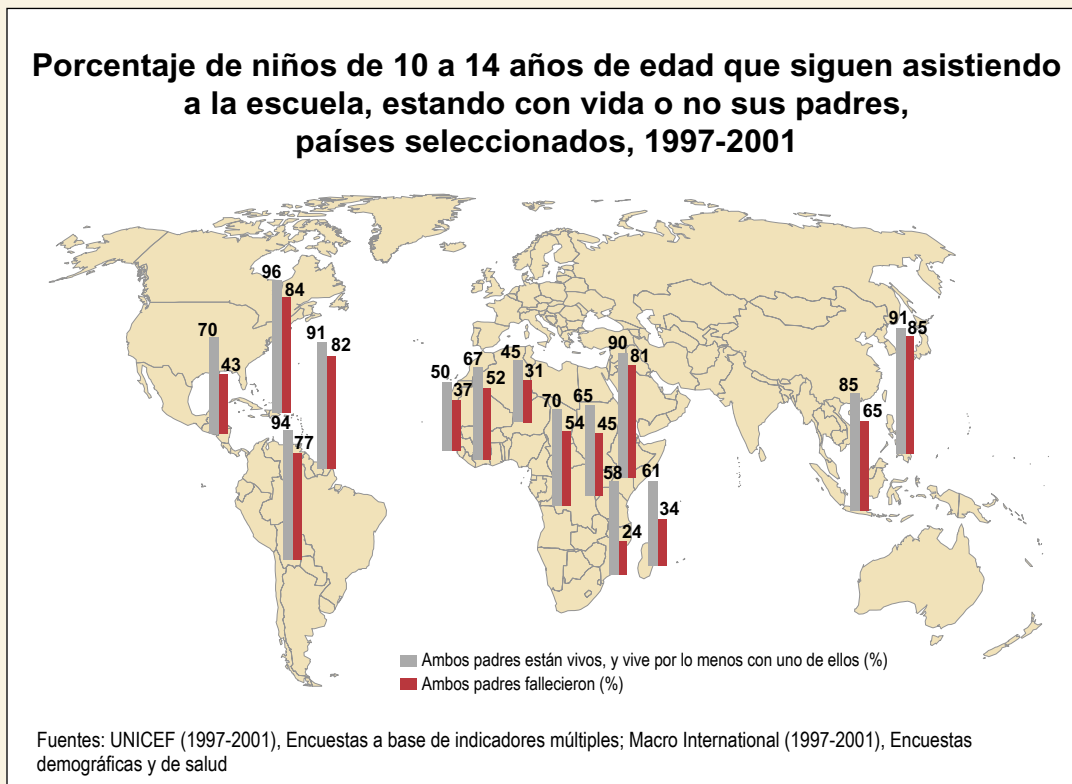
Las necesidades complejas requieren respuestas sensibles

Los programas no deberían particularizar a los huérfanos a causa del SIDA, ya que el enfoque en categorías específicas de niños puede inducir a una mayor estigmatización y discriminación. Sin embargo, la orfandad como consecuencia del SIDA se asocia a una serie de circunstancias únicas, entre las que destaca el hecho de que estos niños tienen mayores probabilidades que otros huérfanos de perder a ambos padres, a menudo en una secuencia relativamente rápida. (Cuando uno de los padres contrae el VIH, es muy probable que el cónyuge también se infecte.) Es posible que también los huérfanos por el SIDA muy pequeños estén infectados, y los huérfanos por el SIDA

tienen mayores probabilidades que otros huérfanos de ser objeto de estigma y ostracismo.

La vulnerabilidad de los niños huérfanos por el SIDA y sus familias empieza mucho antes del fallecimiento de uno de los padres. El sufrimiento psicológico de los niños se inicia con la angustia y deterioro progresivo de los progenitores, y se agrava cuando la enfermedad provoca cambios drásticos en la estructura familiar: el VIH/SIDA se cobra una factura económica exorbitante; obliga a los niños a convertirse en cuidadores y mantenedores de la familia, y desencadena conflictos como consecuencia del estigma, la culpa y el rechazo.

Figura 31



Con el tiempo, los niños experimentan el fallecimiento de su(s) padre(s) y el trauma emocional inherente. Entonces tienen que adaptarse a la nueva situación, con un apoyo mínimo o nulo, o arriesgarse a padecer la explotación y el abuso.

Puesto que el SIDA desgarró el tejido familiar, una de las mejores formas de ayudar a los niños es prolongar la supervivencia de los padres enfermos facilitándoles la medicación apropiada, alimentos y asistencia a domicilio, en especial porque muchos padres fallecen a causa de infecciones oportunistas que son susceptibles de tratamiento con fármacos baratos. La atención domiciliar para las personas que viven con el VIH/SIDA es una alternativa adecuada para afrontar no sólo la salud de los padres enfermos, sino también las necesidades económicas y psicosociales de sus hijos.

Algunos datos recientes indican que los huérfanos que han perdido a ambos padres, en comparación con los que sólo han perdido a uno de ellos, tienen aún más probabilidades de dejar la escuela y pasar a formar parte de la fuerza laboral infantil. Dado que es probable que la familia ya se haya empobrecido durante el periodo de enfermedad de los padres, los niños quedan a menudo en la miseria cuando se produce finalmente el fallecimiento. Un análisis situacional de niños huérfanos por el SIDA en Côte d'Ivoire reveló que las estructuras familiares tradicionales del país (que han sido capaces de superar numerosas tensiones sociales y económicas a lo largo de los años) se enfrentan a problemas graves en el caso del SIDA. La investigación, llevada a cabo por el Banco Mundial en

colaboración con el UNICEF y el ONUSIDA, puso de manifiesto que a las familias extensas les resulta más difícil encontrar padres sustitutos para los niños huérfanos por el SIDA (en comparación con los huérfanos por otras causas) y cubrir los costos de su educación y mantenimiento. Además, en estas condiciones adversas, los niños se sienten menos inclinados a aceptar la autoridad familiar.

Asimismo, la posibilidad de seguir en la escuela, tan crucial para el futuro del niño, disminuye considerablemente cuando éste pierde a uno o ambos padres. A finales de los años noventa, un estudio de 646 niños huérfanos y 1239 no huérfanos de Kenya comprobó que no estaba escolarizado el 52% de los huérfanos a causa del SIDA, frente al 2% de los que no eran huérfanos. Entre los huérfanos, el 56% de las niñas y el 47% de los niños habían abandonado la escuela durante los 12 meses siguientes al fallecimiento de uno de los padres. Es frecuente que las niñas dejen la escuela porque asumen la responsabilidad de atender a sus padres enfermos, o porque tienen que ocuparse de otras tareas domésticas, como cuidar a los hermanos más pequeños. Algunos niños dejan la escuela porque sufren discriminación, presentan alteraciones psicológicas o, simplemente, no pueden pagar la matrícula escolar.

Muchos niños, que parecen escapar por completo de las redes de protección social, acaban en hogares sin ningún residente adulto o como niños de la calle. Preocupa que lleguen a constituir una «generación perdida» de jóvenes que han sido marginados y privados de una gran parte de su vida.

Declaración de compromiso

Asegurar la no discriminación y el disfrute pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos mediante el fomento de una política activa y visible para terminar con el estigma de las niñas y los niños huérfanos y en situación vulnerable a causa del VIH/SIDA (Párrafo 66).

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001, Nueva York.

Las mejores soluciones están en casa

Para contrarrestar el estigma que sufren a menudo los niños huérfanos por el SIDA, los esfuerzos deben abordar las necesidades de todos los niños vulnerables de las comunidades afectadas por la epidemia. Puede y debe prestarse atención especial a las zonas vulnerables a causa del SIDA, pero, dentro de estas comunidades, los residentes y gobiernos locales tienen que proporcionar asistencia a los niños y hogares expuestos a mayor vulnerabilidad, cualesquiera que sean las causas de ésta. La experiencia demuestra que los programas satisfactorios son aquellos que se centran en los niños, la familia y la comunidad, y que respetan y protegen los derechos de los niños.

Al crecer en comunidades desbaratadas por la epidemia, los huérfanos tienen mayores probabilidades de afrontar la situación si pueden vivir en un entorno lo más familiar, estable y edificante posible. La opinión consensuada es que los huérfanos deberían crecer en unidades familiares, ya sean redes de familias extensas, familias de acogida o familias de adopción. Como mínimo, no hay que separar a los hermanos, y los niños tienen que permanecer en sus comunidades o cerca de ellas.

Aunque no constituyen la opción ideal, los hogares encabezados por niños pueden ser alternativas viables si reciben apoyo suficiente por parte de la comunidad y el Estado.

Aunque África todavía se encuentra en los albores de su crisis de huérfanos, muchos niños y muchas comunidades están afrontando con éxito la situación, y no pueden subestimarse su capacidad de adaptación y su fortaleza. Incluso en las comunidades más pobres, millones de niños ya han sido absorbidos por redes de familias extensas. En algunos países también son frecuentes los acuerdos formales e informales de acogida. De hecho, muchas sociedades de África han mantenido las estructuras y el carácter de la asistencia comunitaria a los huérfanos, tradiciones que les han ayudado a superar anteriores calamidades.

Por otra parte, se ha comprobado que las instituciones formales, como los orfanatos, representan una parte minúscula e inadecuada de la respuesta. El costo económico de mantener a un niño en una de estas instituciones supera con creces al de otras formas de cuidado, lo que convierte a los orfanatos en una opción insostenible. Además,

Mejor asistencia institucional

«Step Forward... for the world's children» es un programa creado y financiado por el Fondo de los Laboratorios Abbott para ayudar a mejorar la vida de niños en todo el mundo que han quedado huérfanos o son vulnerables a causa del SIDA. Opera en diversos países de África y Asia, en asociación con organizaciones no gubernamentales, instituciones locales y gobiernos.

Uno de los proyectos de Step Forward se encuentra en Rumania, donde muchos niños VIH-positivos han sido abandonados y están creciendo en instituciones o centros sanitarios. Por ejemplo, los niños abandonados que viven en la sala de pediatría del Hospital Municipal de Constanta no tienen una vida familiar estructurada ni asisten regularmente a la escuela. Gracias a una subvención de Step Forward, se ha comprado y renovado una casa de estilo familiar que permite que 10 de los niños huérfanos y abandonados de la sala pediátrica del Hospital Municipal vivan en un entorno más edificante. El hogar, que abrió sus puertas en agosto de 2001, brinda la oportunidad de que los niños sean criados por «madres sociales» y asistan a escuelas locales.

esas instituciones no son capaces a menudo de dar a los niños las aptitudes sociales y culturales que necesitan para desenvolverse satisfactoriamente como adultos. Sin embargo, los orfanatos pueden constituir un último recurso, ya sea como solución temporal o para aquellos niños que no tienen otras alternativas. En el contexto de los orfanatos, hay que garantizar un registro adecuado de los niños y una supervisión constante de los niveles de la atención.

Apoyar a las familias extensas y las comunidades afectadas

Las familias extensas sólo sirven como parte de la solución a la orfandad masiva si cuentan con un apoyo adecuado del Estado, el sector privado y la comunidad local. Esta necesidad de apoyo es imperativa en las regiones más afectadas por la epidemia, donde las capacidades de las familias se están erosionando como consecuencia del declive económico y la agudización de la pobreza. En Zimbabwé, casi todos los encuestados en un estudio reciente sobre hogares afectados por el SIDA indicaron que, después del fallecimiento de la madre, tenían más dificultades que nunca para atender a los niños y otras necesidades domésticas. Más de la mitad de los encuestados urbanos

y más de un tercio de los rurales culparon de esta situación al empeoramiento de las condiciones económicas. Más de una quinta parte dijeron que ya estaban luchando para superar los efectos de la enfermedad y la muerte. En Kweneng (Botswana), un distrito con una alta prevalencia del VIH, un proceso de inscripción de huérfanos llevado a cabo a mediados de 2000 constató que sólo el 22,1% de las personas registradas como cuidadores de huérfanos tenía un empleo remunerado. Los demás carecían de trabajo productivo, y un 40% de ellos eran abuelos o parientes ancianos.

Pero también está claro que las familias están dispuestas a aceptar a huérfanos si disponen del apoyo necesario. La asistencia a los huérfanos y otros niños desamparados es una obligación del Estado, de acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño. Este apoyo puede adoptar formas muy diversas: educación y asistencia sanitaria gratuitas (o matrículas escolares subvencionadas), subsidios o suplementos de comida, mayor acceso a microcréditos y otras formas de respaldo financiero.

El Programa Mundial de Alimentos está ampliando sus actuales operaciones de alimentación escolar en diversas partes de África con el fin de apoyar a familias y niños vulnerables en el contexto del SIDA. En el distrito de Mbeere (Kenya),

Ayudar a las comunidades y cuidadores

El Instituto François-Xavier Bagnoud proporciona apoyo a huérfanos y niños vulnerables, así como a sus cuidadores, en África, América Latina, Asia y Europa oriental. En Uganda, por ejemplo, el Proyecto para Huérfanos y Niños en Riesgo, que está llevando a cabo el Instituto en el distrito de Luwero, ayuda a situar a los huérfanos en familias tutoras; negocia con las escuelas primarias locales a fin de obtener matrículas gratuitas para estos niños (a cambio de artículos que necesitan las escuelas), y contribuye a crear proyectos generadores de ingresos, como agricultura, apicultura o costura, para las familias tutoras. Hasta ahora, el proyecto ha ayudado a más de 3000 niños vulnerables a matricularse en más de 50 escuelas primarias de sus zonas de origen, y también ha contribuido a establecer más de 800 proyectos de generación de ingresos para las familias tutoras. Mediante este sistema de «trueque», las escuelas han recibido materiales como vigas para tejados, herramientas y suministros de reparación y productos necesarios para los proyectos escolares de generación de ingresos, como cría de pollos y ganado vacuno, confección textil, cultivo de bananas/maíz y apicultura.

una zona de inseguridad alimentaria crónica y con una prevalencia muy alta del VIH, el Programa proporciona raciones «para llevar a casa» a unos 90 000 huérfanos y sus cuidadores. Esto permite que los niños continúen en la escuela. Los micro-seguros constituyen otro planteamiento digno de consideración. El Programa STEP (Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza) de la OIT está trabajando para ampliar este tipo de seguros a las personas y familias afectadas por el VIH/SIDA, incluidas las que han asumido el cuidado de huérfanos.

Las asociaciones entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales y firmas del sector privado

también coadyuvan a reunir respuestas innovadoras. En Burkina Faso, por ejemplo, la Iniciativa Privada y Comunitaria contra el SIDA trabaja en asociación con el Gobierno nacional, la Alianza Internacional contra el VIH/SIDA y la iniciativa Step Forward. Los programas en Ouagadougou y las zonas adyacentes de esa ciudad proporcionan apoyo financiero y técnico para valoraciones comunitarias. También ofrecen asistencia psicosocial a los huérfanos y niños vulnerables a través de una red de voluntarios comunitarios, y ayudan a atender las necesidades básicas por medio de actividades de asistencia y apoyo a domicilio. Además, los programas de seguros refuerzan la economía de las familias afectadas.

Una parte de la solución

Capacitar a los niños afectados significa, ante todo, contemplarlos como participantes activos, no como meras víctimas. Muchos niños ya se desenvuelven como cabezas de familia y cuidadores. Constituyen una parte vital de la solución, y debería apoyárseles al planificar y llevar a la práctica iniciativas para mitigar el impacto del VIH/SIDA en sus fami-

lias y comunidades. Por ejemplo, la organización comunitaria Humuliza, en la República Unida de Tanzania, ofrece un programa impresionante de actividades, llamado Vijana Simama Imara (locución swahili que significa «los adolescentes se mantienen firmes»), que ayuda a los huérfanos no sólo a adquirir aptitudes sino también a utilizarlas

Libros de memorias

En muchos países, los libros de memorias se han convertido en una forma importante de abrir cauces intrafamiliares de comunicación sobre el VIH y, en concreto, de ayudar a las madres VIH-positivas a explicar a los hijos su estado serológico. Los padres en situación terminal y los niños trabajan conjuntamente para compilar el libro de memorias, que a menudo es un álbum con fotografías, anécdotas escritas y otros recuerdos familiares.

En Uganda, la Organización de Ayuda a las Personas con SIDA (TASO) fue la primera en utilizar los libros de memorias a comienzos de los años noventa. Desde 1998, la Asociación Nacional de Mujeres que Viven con el SIDA (NACWOLA) ha promocionado este enfoque a mayor escala, con la ayuda de PLAN Uganda. La Asociación había comprobado que las madres infectadas por el VIH tenían grandes dificultades para comunicar a los hijos su estado de salud, y que los libros de memorias constituían un medio adecuado para que las mujeres introdujeran la idea del VIH en la vida de sus hijos y discutieran con ellos las consecuencias de la epidemia. A los niños, el libro les sirve como recordatorio de sus raíces, de modo que no pierdan el sentido de pertenencia. El libro también fomenta la prevención del VIH, ya que los niños atestiguan y comprenden el sufrimiento por el que están pasando sus padres y se esfuerzan para evitar el mismo destino.

con el fin de capacitarse para el futuro. El programa cuenta con apoyo financiero de Humuliza, pero está gestionado totalmente por jóvenes, de modo que los huérfanos de mayor edad sirven como recurso para los más jóvenes.

Los niños en hogares con padres enfermos también deben participar en la adopción de decisiones por lo que respecta a su posterior cuidado de acogida. Este aspecto es crucial para planificar la sucesión y ayudar a los padres (que saben que son VIH-positivos) a prepararse para el futuro y proporcionar a sus hijos la asistencia y apoyo necesarios. Los llamados «libros de memorias», o «cajas de memorias», aportan beneficios psicológicos valiosos; en general, contienen información y recuerdos familiares significativos, y han sido elaborados conjuntamente por padres e hijos.

Es mucho lo que se puede hacer para asegurar los derechos jurídicos y humanos de los niños huérfanos y vulnerables. Numerosas comunidades redactan actualmente testamentos para proteger los derechos de sucesión de las mujeres y niños. En Malawi, el trabajo continuado del Grupo CORE sobre la Ley de Testamento y Sucesión se ha plasmado en una serie de consultas a nivel nacional

con viudas, viudos, huérfanos, no huérfanos, jueces y otros funcionarios jurídicos y líderes tradicionales. La apropiación de tierras y bienes (por medio de la cual adultos sin escrúpulos intentan robar a los huérfanos sus propiedades cuando éstos no tienen padres que protejan sus derechos) es una de las prácticas a las que se hace frente.

En las zonas rurales del este de Zambia, donde las costumbres sucesorias tradicionales protegen a las mujeres y niños permitiéndoles que permanezcan en su tierra después del fallecimiento del esposo o padre, ha emergido una iniciativa innovadora de base comunitaria. El Proyecto para Huérfanos de Kanyanga se propone mejorar las capacidades agrícolas y la nutrición de las familias con niños vulnerables proporcionándoles semillas, fertilizantes y herramientas. Cuando se comprobó que las familias carecían de los conocimientos prácticos necesarios para aumentar la producción de alimentos, el proyecto contrató a un agrónomo para que mejorara las técnicas agrícolas y las cosechas. El proyecto ha superado las expectativas, y en la actualidad constituye una fuente importante de ingresos familiares, que bastan para pagar los derechos de matrícula escolar.

Las comunidades, a la vanguardia

El Campamento de Masiye (Zimbabwe), del Ejército de Salvación, lleva unos cuantos años trabajando con niños infectados o afectados por el SIDA, con énfasis particular en el apoyo psicosocial. Muchos de los niños poseen escasas aptitudes para la vida y presentan trastornos psicosomáticos, depresión, muy poca autoestima, alteraciones del comportamiento social y desesperanza. Las experiencias de esos niños confirman que el fallecimiento de uno de los padres (o, peor aún, de ambos padres, como ocurre con frecuencia en el caso del SIDA) constituye un suceso traumático grave que puede frenar el desarrollo de los niños.

Sin embargo, la capacidad de adaptación y afrontamiento de esos niños puede fortalecerse con un apoyo psicosocial directo, culturalmente apropiado y relativamente sencillo. Desde que se inició el proyecto, en 1998, más de 3000 niños han participado directamente en los proyectos de los campamentos de Masiye dirigidos a potenciar las aptitudes para la vida. La casuística de los niños participantes en los campamentos pone de manifiesto que la iniciativa ha tenido un impacto significativo sobre su capacidad de adaptación y afrontamiento. Además, cuando se escoge a jóvenes para que proporcionen apoyo psicosocial

y asistencia a los huérfanos, es probable que ellos mismos adopten comportamientos más seguros.

Algunos gobiernos se están movilizando para la acción (especialmente en África meridional), y también está creciendo la cooperación regional. La Iniciativa Regional de Apoyo Psicosocial a los Niños Afectados por el SIDA, una red de recursos técnicos, ejemplifica perfectamente cómo los éxitos regionales pueden compartirse y expandirse con rapidez. La Iniciativa comenzó a mediados de 2001 reuniendo a personas y grupos de cinco países en el campamento para niños vulnerables que el Ejército de Salvación tiene en Masiye (Zimbabwe). Desde entonces, el proyecto ha movilizado millones de dólares para el desarrollo de materiales de apoyo, como el Teenage Parenting Manual for Child-Headed Household (Manual de Paternidad Adolescente para Hogares Encabezados por Niños), esfuerzos de generación de capacidad, programas de desarrollo juvenil, tareas conjuntas de promoción y sensibilización y subvenciones directas.

En términos generales, son las comunidades las que constituyen la línea de vanguardia para crear el gran número de programas de cuidado de huérfanos que se requieren con el fin de asegurar que los niños vulnerables tengan acceso a asistencia y apoyo. La mayoría de estos proyectos y programas existe gracias a los esfuerzos de grupos de mujeres, grupos religiosos y organizaciones no gubernamentales.


El reto que se avecina

El reto de afrontar la oleada creciente de huérfanos y niños vulnerables (por ej., proporcionando asistencia a los padres VIH-positivos) está empeorando a abordarse a una escala mucho más amplia.

Estas iniciativas deben ejecutarse cuidadosamente, teniendo en cuenta por encima de todo los intereses de los niños y familias implicados, así como las necesidades de la sociedad. En los dos últimos años, el sistema de las Naciones Unidas, encabezado por el UNICEF, ha desarrollado una serie de principios y estrategias para guiar los programas y proteger, al mismo tiempo, los derechos de los huérfanos y niños vulnerables. Entre otras cosas, esos principios subrayan la necesidad de:

- Reforzar la protección, la asistencia y la capacidad de afrontar dentro de las familias extensas y las comunidades.
- Acrecentar la capacidad de los niños para atender sus propias necesidades.
- Prestar atención a los papeles de las niñas y niños, y luchar contra la discriminación por motivos de género.
- Asegurar que los gobiernos proporcionen los servicios esenciales.
- Reducir el estigma y la discriminación.

El UNICEF celebra consultas y discusiones regulares sobre estos principios y sobre estrategias para facilitar el intercambio de información, colaboración y seguimiento.

Las intervenciones de asistencia y capacitación para los niños y comunidades deben tener en cuenta la naturaleza a largo plazo de los problemas y repercusiones relacionados con el SIDA. Millones de niños ya han perdido al menos a uno de sus padres a causa de la epidemia, y a muchos millones más les sucederá lo mismo en el curso de los próximos años. El reto es proteger sus derechos y ayudarlos a desarrollar su potencial. 

Atención, tratamiento
y apoyo para las
personas que viven con
el **VIH/SIDA**



Atención, tratamiento y apoyo para las personas que viven con el VIH/SIDA

La Declaración de compromiso del Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS) representa un hito histórico en la lucha contra el VIH/SIDA. Por primera vez, todos los gobiernos del mundo reconocieron el tratamiento y la atención, incluido el acceso a los fármacos antirretrovíricos, como un elemento esencial de la respuesta mundial a la pandemia de VIH/SIDA.

La atención integral de las personas que viven con el VIH/SIDA abarca elementos importantes, además de un mayor suministro de antirretrovíricos. Entre esos elementos figuran los siguientes:

- servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias disponibles y accesibles;
- prevención y tratamiento de la tuberculosis;
- prevención y tratamiento de las enfermedades relacionadas con el VIH;
- cuidados paliativos;
- prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS);
- prevención de nuevas transmisiones del VIH por medio de las tecnologías existentes (por ej., preservativo masculino y femenino, agujas y jeringas estériles), uso de tecnología futuras (por ej., vacunas y microbicidas), y cambio del comportamiento;
- planificación familiar;
- buena nutrición;
- apoyo social, espiritual, psicológico e inter pares
- respeto de los derechos humanos; y

- reducción del estigma asociado al VIH/SIDA.

Un elemento fundamental para una estrategia de atención del VIH/SIDA amplia es la integración total de la planificación y las intervenciones de prevención y tratamiento, que no pueden seguir considerándose estrategias sin relación entre sí.

La investigación es necesaria para asegurar una respuesta eficaz y general al VIH/SIDA. Es preciso que se utilice un análisis riguroso de los resultados básicos de las investigaciones clínicas, epidemiológicas y sociocomportamentales como guía para poner en práctica programas de prevención, tratamiento y asistencia.

A pesar de los importantes logros de los últimos dos años, la inmensa mayoría de los más de 38 millones de personas que vivían con el VIH en los países de ingresos bajos y medianos a finales de 2001 seguía careciendo seriamente hasta de los medicamentos básicos para las enfermedades relacionadas con el VIH y para aliviar el dolor.

Son varios los factores que contribuyen a ello. En primer lugar, las pruebas de diagnóstico del VIH (como parte de unos servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias más amplios) no están a disposición de todo el mundo, y la mayor parte de

las personas que viven con el VIH/SIDA siguen desconociendo su estado serológico con respecto a VIH. En segundo lugar, a pesar de la reciente reducción del precio de los fármacos antirretrovíricos, la oferta más barata del mercado excede con creces el gasto anual por habitante destinado a la salud de la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos. En tercer lugar, los sistemas sanitarios

de tales países están mal equipados para ofrecer un tratamiento eficaz para el VIH/SIDA y las enfermedades asociadas. Por último, en los lugares donde esos servicios están disponibles, el miedo y el estigma asociados al VIH/SIDA y el abuso de los derechos humanos de las personas que viven con el virus contribuyen a la continua renuencia de mucha gente a solicitar pruebas o tratamiento.

Declaración de compromiso

Para 2003, asegurarse de que [...] se establezcan estrategias nacionales, apoyadas por estrategias regionales e internacionales, a fin de fortalecer los sistemas de atención de la salud y hacer frente a los factores que afectan al suministro de medicamentos contra el VIH, incluidos los medicamentos antirretrovirales, como, entre otros, la asequibilidad y el precio, incluida la fijación de precios diferenciados, y la capacidad de los sistemas técnico y de atención de la salud [...] (Párrafo 55).

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001, Nueva York.

¿Tratamiento para todos? Un comienzo

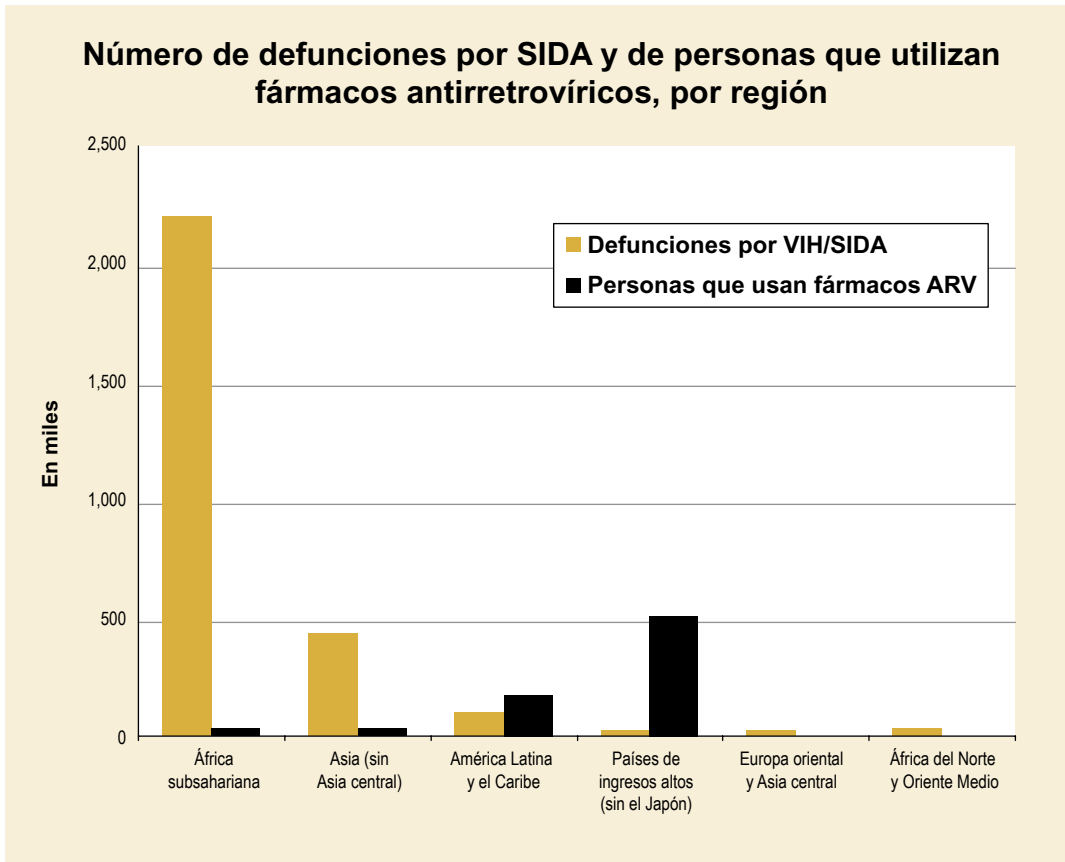
Aumentar el acceso a los medicamentos antirretrovíricos es una prioridad mundial. Una mayor cantidad de fármacos hará de catalizador para mejorar los sistemas de prestación de atención sanitaria. Unos mejores sistemas de prestación de atención sanitaria promoverán una mayor capacidad para ofrecer tecnología médica asequible.

Cuando se contrasta el número actual de defunciones atribuibles al VIH/SIDA con el número de personas que utilizan fármacos antirretrovíricos en diferentes regiones, resulta evidente la desigualdad en el tratamiento que hay actualmente en el mundo (véase figura 32). Pero, al mismo tiempo, ilustra sobre la magnitud del efecto que tiene un acceso amplio al tratamiento en la vida de algunas personas que viven con el VIH/SIDA.

En los países de ingresos altos, donde el tratamiento antirretrovírico de combinación está fácilmente disponible desde 1996, la mortalidad relacionada con el SIDA cayó bruscamente durante dos o tres años y desde entonces se ha estabilizado.

En los últimos dos años se han visto logros significativos, en algunos países de ingresos bajos y medianos, en el suministro y utilización de antirretrovíricos y otros fármacos esenciales. Las mejoras en las tendencias de mortalidad y morbilidad debido a la disponibilidad de antirretrovíricos son especialmente notables en Brasil y empezarán a observarse durante los próximos años en otros países de América Latina, el Caribe y Asia.

Figura 32



Fuente: OMS/ONUSIDA, 2002

La caída en picado del precio de los medicamentos

Tras la introducción de las terapias de combinación, en 1996, la lógica general indicaba que esos tratamientos seguirían estando, en el futuro inmediato, fuera del alcance financiero y logístico de la mayoría de las personas VIH-positivas de los países de ingresos bajos y medianos.

El ONUSIDA y la OMS, para refutar esa lógica, organizaron la Iniciativa para el Acceso a los Medicamentos que incluía proyectos piloto en Côte d'Ivoire y Uganda, y, más adelante, en Chile y Viet Nam. En esa iniciativa se estudiaban las limitaciones –técnicas, administrativas y financieras– de uso de la terapia antirretrovírica

en entornos de recursos pobres. En los proyectos participó un número reducido de personas (por ejemplo, 1600 en Uganda), pero se obtuvieron enseñanzas importantes sobre las directrices de los tratamientos basadas en los datos, la observancia del tratamiento por parte de los pacientes, la gestión de existencias y los sistemas de derivación. Estos conocimientos han tenido un valor incalculable a la hora de contribuir a ampliar la atención, tratamiento y apoyo a las personas con el SIDA, ahora que los precios han bajado de manera significativa.

En 2000, la amplia aplicación de una fijación de precios diferenciados para los medicamentos contra el SIDA, basada en la necesidad y la capacidad de pagar del país, significó que los precios

El avance en el acceso al tratamiento

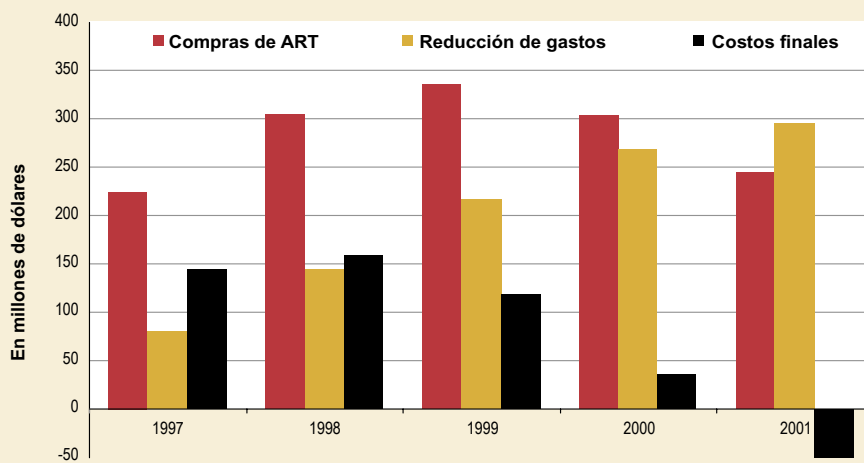
América Latina y el Caribe han pasado a ser líderes en el suministro de tratamiento antirretrovírico a las personas que viven con el VIH/SIDA. De los 24 países de la región vigilados en 2001, 11 tenían políticas, reglamentaciones o leyes que garantizaban el acceso a la terapia antirretrovírica.

El Brasil ha demostrado desde hace mucho tiempo un compromiso para brindar acceso universal a los fármacos antirretrovíricos a su población. Pero en muchos otros países de la región, gracias a los audaces esfuerzos de diversas organizaciones no gubernamentales y de las personas que viven con el VIH/SIDA que luchan por ello, ha surgido un creciente y sólido compromiso para ofrecer acceso a los fármacos antirretrovíricos. A finales de 2001, aproximadamente 170 000 personas de toda la región recibían terapia antirretrovírica, incluidas las 105 000 del Brasil, donde las iniciativas de prevención se complementan con un amplio programa de tratamiento y atención que garantiza la terapia antirretrovírica financiada por el Estado a aquellos que viven con el VIH/SIDA. Se calcula que, mediante la reducción de la morbilidad relacionada con el VIH/SIDA, el programa de tratamiento y atención del Brasil ha evitado 234 000 hospitalizaciones entre 1996 y 2000.

En 2002, los sectores públicos de la Argentina, Costa Rica, Cuba y el Uruguay también ofrecen acceso gratuito y universal a la terapia antirretrovírica. Sin embargo, sigue habiendo grandes disparidades en la calidad y el alcance de los programas antirretrovíricos de los distintos países. Los informes recientes también señalan el problema de la escasez de abastecimiento de fármacos en la Argentina debido a su actual crisis económica y política.

Países como Honduras y Panamá también están ofreciendo acceso al tratamiento. Los países caribeños, a instancias de los jefes de gobierno (encabezados por la Comunidad del Caribe dentro del marco de la Asociación Pancaribéña), están desarrollando una estrategia regional en común para acelerar y ampliar el acceso al tratamiento y la atención de las personas que viven con el VIH/SIDA. Países como Saint Kitts y Nevis, Barbados y Granada han empezado a poner en práctica nuevos programas nacionales para mejorar la atención y el tratamiento.

Costo de las compras de fármacos antirretrovíricos, reducción de gastos y costos finales para el Ministerio de Salud del Brasil, 1997-2001*

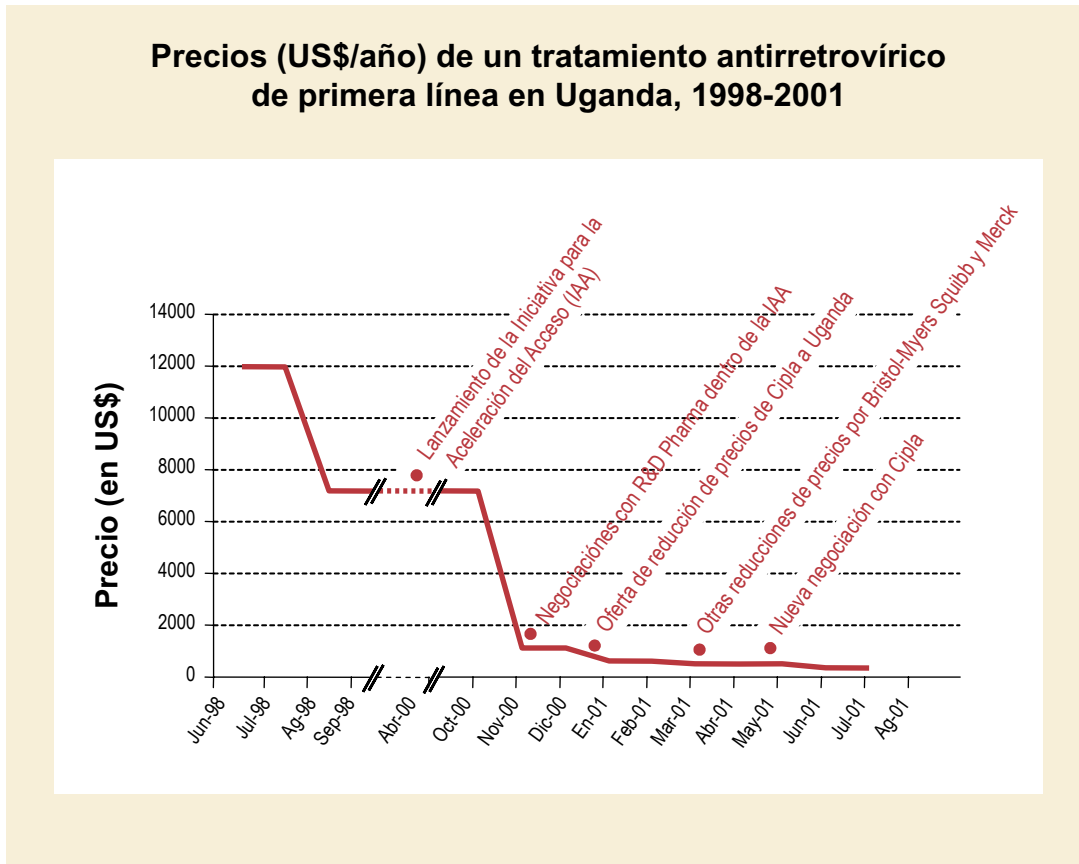


* Datos estimados

Figura 33

Fuente: Ministerio de Salud del Brasil, 2001

Figura 34



Fuente: OMS/ONUSIDA, 2002

ofrecidos a los países de ingresos bajos y medianos bajaron notablemente. A principios de 2000, el precio de la combinación medicamentosa antirretrovírica para tratar a un paciente durante un año solía oscilar entre US\$10 000 y US\$12 000 casi en todas partes. A finales de 2000, los países de ingresos bajos y medianos negociaban precios de entre US\$500 y US\$800 para las terapias basadas en fármacos genéricos y patentados. En diciembre de 2001, algunos medicamentos genéricos de combinación se ofrecían al precio de hasta US\$350 por persona y por año.

Una reducción de precios de esta magnitud tiene, en sí misma, un impacto importante sobre la accesibilidad a la terapia. Los análisis efectuados por McKinsey and Company sobre el creciente acceso a los medicamentos antirretrovíricos en Uganda

han subrayado hasta qué punto el costo de los fármacos limita seriamente la capacidad del país para impulsar el suministro del tratamiento. Con un costo anual de alrededor de US\$2400, se podía llegar a alrededor de 5000 personas. Cuando el costo anual por persona se redujo a US\$600, el número de personas beneficiarias ascendió a alrededor de 50 000.

Para los países de ingresos medianos con una prevalencia del VIH relativamente baja, la reducción de precios hace que el costo de proporcionar acceso universal a los medicamentos antirretrovíricos descienda, en proporción al producto interior bruto, a un nivel similar al de los países de ingresos altos del mundo. Unos precios reducidos harían descender los gastos de Chile, Marruecos y Rumania a menos del 1% del producto interior bruto. Esos

La aceleración del acceso

Un elemento importante de los esfuerzos internacionales para asegurar la reducción de los precios de los medicamentos antirretrovíricos ha sido la creación de un marco de trabajo internacional, una asociación público/privada sobre la aceleración del acceso. Esta asociación fue puesta en marcha en 2000 entre las Naciones Unidas (el UNICEF, el FNUAP, la OMS, el Banco Mundial y la Secretaría del ONUSIDA) y cinco importantes empresas farmacéuticas con carteras de productos, investigación y desarrollo con respecto al VIH/SIDA (Boehringer Ingelheim GmbH, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Merck & Co., Inc. y F. Hoffmann-La-Roche Ltd.) junto con Abbott Laboratories Ltd y Pfizer Inc. que se unieron más tarde. El objetivo de esta asociación es aumentar el acceso a la atención, el tratamiento y el apoyo. Las negociaciones se efectuaron en dos direcciones: en primer lugar, un diálogo con la industria farmacéutica para producir fármacos de alta calidad (incluidos los genéricos) más asequibles en los países de ingresos bajos y medianos; y, en segundo lugar, la colaboración técnica con los países para aumentar su capacidad de ofrecer atención, tratamiento y apoyo.

El Grupo de Contacto del ONUSIDA para Acelerar el Acceso a la Atención y Apoyo relativos al VIH/SIDA rinde cuentas a la Junta Coordinadora del Programa del ONUSIDA. Ofrece un foro importante para el intercambio de información y de experiencias nacionales y regionales. En este grupo están incluidos los gobiernos de los países donantes y los de los países de ingresos bajos y medianos, representantes de la sociedad civil, el sector privado y diversas organizaciones multilaterales.

En mayo de 2000, un acuerdo sobre una serie de principios fundamentales que guiaran la colaboración contribuyó a allanar el camino para lograr acuerdos de precios preferentes que los gobiernos negociarían individualmente. Hubo un nuevo impulso en mayo de 2001, cuando el Secretario General de las Naciones Unidas se reunió con representantes de las empresas farmacéuticas más importantes con el propósito de avanzar en la fijación de precios diferenciales. La situación empezó a mejorar rápidamente a medida que todas las piezas se ponían en su sitio.

Después de los grandes avances en cuanto al principio de fijación de precios preferentes para los fármacos contra el SIDA en los países de ingresos bajos y medianos, la atención se ha volcado en asegurar los acuerdos de adquisiciones entre países (o grupos de países) y los fabricantes.

Numerosas organizaciones no gubernamentales, incluidas OXFAM y Médicos Sin Fronteras, se han fijado como prioridad la lucha para asegurar la reducción de precios de los antirretrovíricos con el fin de mejorar el acceso al tratamiento en los países de ingresos bajos y medianos. Además, la Alianza Internacional contra el SIDA, una organización no gubernamental con sede en el Reino Unido, ha aportado recursos prácticos para ayudar a las organizaciones con base en la comunidad a mejorar el acceso al tratamiento contra el VIH/SIDA.

países ya tienen infraestructuras con capacidad para suministrar medicamentos. Sin embargo, en los países de ingresos bajos con una elevada prevalencia del SIDA, haría falta una proporción mucho mayor para proporcionar antirretrovíricos a quienes los necesitan.

La reducción de los precios de los tratamientos antirretrovíricos en los países de ingresos bajos y medianos lograda durante el 2001 fue el resultado

de una convergencia de fuerzas. Las organizaciones de militantes y de personas que viven con el VIH/SIDA en todo el mundo han sido un factor decisivo para poner las cuestiones relacionadas con el acceso al tratamiento como primer punto del programa. Otros factores importantes que influyeron en la disminución de los precios en gran escala han sido el diálogo entre los gobiernos nacionales, las organizaciones internacionales y los grandes

fabricantes farmacéuticos; la competencia entre las empresas fabricantes de medicamentos genéricos, y la acción diplomática y legislativa en ámbitos nacionales e internacionales.

Mientras tanto, los fabricantes de medicamentos genéricos de los países de ingresos bajos y medianos (especialmente en el Brasil, la India y Tailandia) están fabricando sus propias versiones de algunos antirretrovíricos para ofrecerlos en su mercado interno y, en algunos casos, en los mercados externos. La cooperación del “Sur con el Sur” para el acceso a los medicamentos está aumentando. En abril de 2001, la India y Sudáfrica firmaron una declaración de intenciones para cooperar en diversos campos de la salud, incluidos la transferencia de tecnología y la importación de fármacos poco costosos para el VIH/SIDA. Tailandia, que tiene mucha experiencia tanto en la producción de medicamentos genéricos como en la atención a la comunidad, ha firmado un acuerdo similar con Ghana. A finales de 2001, el fabricante de medicamentos genéricos indio Cipla Ltd. accedió a proporcionar al Ministerio de Salud de Nigeria una terapia compuesta por tres fármacos antirretrovíricos por US\$350 por paciente y año. Gracias al programa piloto de US\$4 millones, serán tratados alrededor de 10 000 adultos y 5000 niños en hospitales específicos de todo el país. Las personas que reciban el tratamiento pagarán US\$120 por año y el Gobierno subvencionará el resto.

Avances a nivel de país

Hasta marzo de 2002, 36 de los 78 países que expresaron interés en colaborar con el ONUSIDA en el acceso a la atención y el tratamiento (véase recuadro “Aceleración del acceso”) acabaron —o están en fase avanzada— de elaborar planes nacionales de atención y tratamiento, con la asistencia técnica de las Naciones Unidas. Dieciocho de esos países —Barbados, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Chile, República del Congo, Côte d’Ivoire, Gabón, Honduras, Jamaica, Malí,

Marruecos, Rumania, Rwanda, Senegal, Trinidad y Tabago y Uganda— han llegado a acuerdos con los fabricantes sobre el precio, muy reducido, de los fármacos. Según indican algunas empresas farmacéuticas, se han alcanzado acuerdos con otros cuatro países (Botswana, Chad, la República Democrática del Congo y Malawi). Los mecanismos de financiación empleados varían de los subsidios directos de los gobiernos a los pacientes (en Chile, Côte d’Ivoire, Gabón, Malí, Rumania, Senegal y Trinidad y Tobago) a los acuerdos de adquisición íntegra como en el caso de Uganda.

Durante los primeros meses de la operación, hubo un marcado aumento del acceso al tratamiento en los países en los cuales los planes empezaban a aplicarse. En los primeros 11 países, hasta diciembre de 2001, 22 000 personas habían accedido a la terapia antirretrovírica, lo que significaba siete veces más pacientes tratados. A pesar de que son cifras pequeñas y sólo representan una fracción del número de personas que necesita terapia antirretrovírica, son un logro, teniendo en cuenta que prácticamente en ninguno de esos países nunca nadie había recibido tratamiento alguno. Desde finales de 2001, las cifras siguen en aumento.

La búsqueda de un “nuevo acuerdo”

Es importante asegurar que la investigación y el desarrollo futuros de nuevas y mejores terapias contra el VIH no sea vean afectados por la reducción de precios de los medicamentos actuales. La innovación es fundamental, sobre todo ante la falta de una cura y una vacuna, y si tenemos en cuenta el grave de serio de riesgo de resistencia a los fármacos antirretrovíricos existentes. Históricamente, la protección de la propiedad intelectual mediante las patentes aseguraba que la industria farmacéutica recuperara a través de los beneficios la inversión continua en investigación y desarrollo. Sin embargo, la protección de las patentes ha beneficiado a los accionistas y la sociedad de los países de

ingresos altos, pero no ha funcionado en los países pobres, donde vive aproximadamente el 95% de la población infectada por el VIH/SIDA.

En 2001, el ONUSIDA instó a un “nuevo acuerdo” con la industria para asegurar que las formas nuevas de tratamiento contra el VIH estén disponibles tan rápidamente para las personas que viven con el VIH/SIDA en los países de ingresos bajos y medianos como en los de ingresos altos. Son necesarios diferentes enfoques, incluidos los siguientes:

- un sistema de precios escalonados en función de los ingresos relativos de los países;
- la competencia entre los distintos proveedores para reducir los precios;
- las adquisiciones regionales para asegurar la reducción de los precios mediante la compra en grandes volúmenes;
- los acuerdos de concesión de licencias entre

las empresas y los fabricantes propietarios de las patentes y los países de ingresos bajos y medianos;

- el refuerzo de la protección de la salud en los acuerdos comerciales, como la concesión forzosa de licencias para los medicamentos patentados allí donde el VIH/SIDA constituye una emergencia nacional; y
- nuevos mecanismos de financiación tanto privados como públicos que contribuyan a pagar el tratamiento en los países más pobres del mundo.

Al mismo tiempo que se aplican estos enfoques para aumentar el acceso al tratamiento en los países de ingresos bajos y medianos, los países de ingresos altos deben seguir respaldando la protección de la propiedad intelectual y financiando los sistemas que permitan que la industria farmacéutica recupere la inversión dedicada a la investigación y el desarrollo.

Aclaración del Acuerdo sobre los ADPIC en Doha

El Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC) ha sido objeto de grandes debates en relación con su impacto sobre la salud pública en general, y el acceso a la medicación en particular. La Conferencia Ministerial de la Organización Mundial del Comercio de Doha (Qatar), sin embargo, llegó a un amplio consenso internacional: el Acuerdo sobre los ADPIC debe ser parte de una acción nacional e internacional más amplia para tratar los problemas graves de salud pública, incluida la epidemia de SIDA, en los países de ingresos bajos y medianos. En noviembre de 2001, los 142 Estados Miembros de la Organización Mundial del Comercio aprobaron la Declaración de Doha sobre el Acuerdo de los ADPIC y la Salud Pública. Este documento subraya que el Acuerdo sobre los ADPIC “puede y debe interpretarse y aplicarse de manera que defienda el derecho de los miembros de la OMC a proteger la salud pública y, especialmente, a promover el acceso a los medicamentos para todos”.

La Declaración de Doha, aunque reconoce la importancia de la protección de la propiedad intelectual para la innovación de los medicamentos y la tecnología, acuerda una prórroga general de 10 años (de 2006 a 2016) a los países clasificados como los “menos desarrollados” para cumplir con los requisitos sobre patentes del Acuerdo en el sector farmacéutico.

La Declaración de Doha manifiesta explícitamente que “las crisis de salud pública, incluidas las relacionadas con el VIH/SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otras epidemias, pueden representar una emergencia nacional”, razón por la cual los gobiernos pueden conceder licencias obligatorias, en determinadas condiciones, autorizando el uso de productos patentados.

Mecanismos de financiación

Pese a la reducción de precios de los antirretrovíricos, los gobiernos nacionales deben tomar decisiones difíciles a la hora de asignar recursos que no abundan para impulsar el acceso al tratamiento del VIH/SIDA. Han surgido nuevas fuentes de financiación para apoyar a los países de ingresos bajos y medianos en la adquisición de medicamentos antirretrovíricos.

El Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo estudió la primera serie de solicitudes de financiación en abril de 2002 y anunció los primeros desembolsos. Los recursos del Fondo disponibles para 2002 ascienden a unos US\$800 millones, y la financiación para acceder al tratamiento es una de las actividades prioritarias del Fondo (véase sección “Atender las necesidades”).

El Programa Multinacional del Banco Mundial para la Prevención y el Control del VIH/SIDA en África (MAP) ha aprobado un paquete de créditos y subsidios para diversos países del Caribe y accedido a que parte de esos créditos se destinen a la compra de medicamentos antirretrovíricos. Barbados es el primer país que ha cumplido con los requisitos exigidos y utilizado esos fondos para financiar el acceso a los antirretrovíricos. La segunda fase de MAP se ocupará directamente del acceso al tratamiento.

Iniciativas de la industria privada

Diversas empresas farmacéuticas han puesto en marcha iniciativas para ayudar a mejorar la respuesta al VIH/SIDA en los países de ingresos bajos y medianos. Entre ellas se incluyen la Iniciativa de Acceso de los Medicamentos, de Abbott, en Tanzania; el proyecto “Asegurar el Futuro” de Bristol-Myers Squibb; la oferta de Boehringer Ingelheim de suministrar nevirapina gratis para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH, y otros proyectos de GlaxoSmithKline, Hoffmann-la-Roche y Merck & Co.

Las asociaciones público-privadas también inten-

tan conseguir resultados. La Asociación Integral contra el VIH/SIDA de Botswana, un esfuerzo conjunto entre el Gobierno del país, la Fundación Merck Company y la Fundación Bill y Melinda Gates, ha dado pasos muy importantes para mejorar la atención y el tratamiento en Botswana. Las contribuciones de cinco años suman US\$100 millones, y Merck suministra de forma gratuita al Gobierno de Botswana todos los antirretrovíricos que fabrica.

Medicamentos para las infecciones oportunistas y el dolor

La atención del VIH/SIDA requiere diversos fármacos esenciales, además de los antirretrovíricos. Si están disponibles, estos medicamentos, eficaces y relativamente baratos, pueden prevenir o tratar muchas de las enfermedades comunes relacionadas con el VIH, que son las responsables de la mayor parte de las enfermedades y las muertes en los países de alta prevalencia.

Hasta ahora, los acuerdos entre países y empresas farmacéuticas en el marco de la Iniciativa para la Aceleración del Acceso cubren sólo ocho fármacos: todos los antirretrovíricos. Aunque existen alternativas más baratas, muchos de los que tratan de conseguir medicamentos no tienen forma de acceder a una lista comparativa de precios ni al nombre de los fabricantes que pueden suministrarlas. Para abordar este problema, una asociación formada por Médicos Sin Fronteras, el UNICEF, la OMS y la Secretaría del ONUSIDA publica dos veces por año, desde 2000, informes con los precios y los fabricantes de los medicamentos. En esos informes, basados en encuestas hechas a más de 200 empresas farmacéuticas de 40 países de todo el mundo, se ofrecen datos para ayudar a los organismos encargados de las compras a tomar decisiones informadas sobre dónde adquirir los medicamentos y cuáles son los mejores precios del mercado.

La empresa farmacéutica Pfizer ha donado el antimicótico Diflucan (fluconazol) a los pacientes con SIDA de ingresos bajos de Sudáfrica aquejados de meningitis criptocócica y candidiasis esofágica, dos infecciones oportunistas habitualmente asociadas al SIDA. A través de una asociación con el Ministerio de Salud de Sudáfrica, 6000 pacientes han sido tratados con fluconazol desde septiembre de 2001 en las nueve provincias del país. A finales de 2001, Pfizer empezó a ampliar su Programa de Asociación Diflucan –que también incluye un paquete de capacitación médica para el tratamiento de las infecciones oportunistas en los hospitales de atención secundaria y terciaria– a otros lugares además de Sudáfrica, y se ha comprometido a trabajar para asegurar el acceso al fluconazol en todos los países menos desarrollados.

La mejora en la gestión del tratamiento de la tuberculosis debe estar ligada al tratamiento del VIH

Aproximadamente la tercera parte de las personas que viven con el VIH en todo mundo también está infectada por *M. tuberculosis*, y el 70% de ellas vive en África subsahariana. La tuberculosis también es la causa principal de defunción entre las personas infectadas por el VIH, que es a su vez el responsable del rebrote mundial de muchos de los casos de tuberculosis activa.

El tratamiento de la tuberculosis activa es tan eficaz para las personas que viven con el VIH como para las personas VIH-negativas. Sin embargo, ante la falta de una terapia atirretrovírica, el tratamiento eficaz contra la tuberculosis no tiene efectos a largo plazo sobre la progresión de la enfermedad ni sobre la mortalidad por el VIH. Es fundamental, por lo tanto, que la mejora de la gestión del tratamiento y el control de la tuberculosis vayan acompañados de un aumento en el suministro de antirretrovíricos y otros medi-

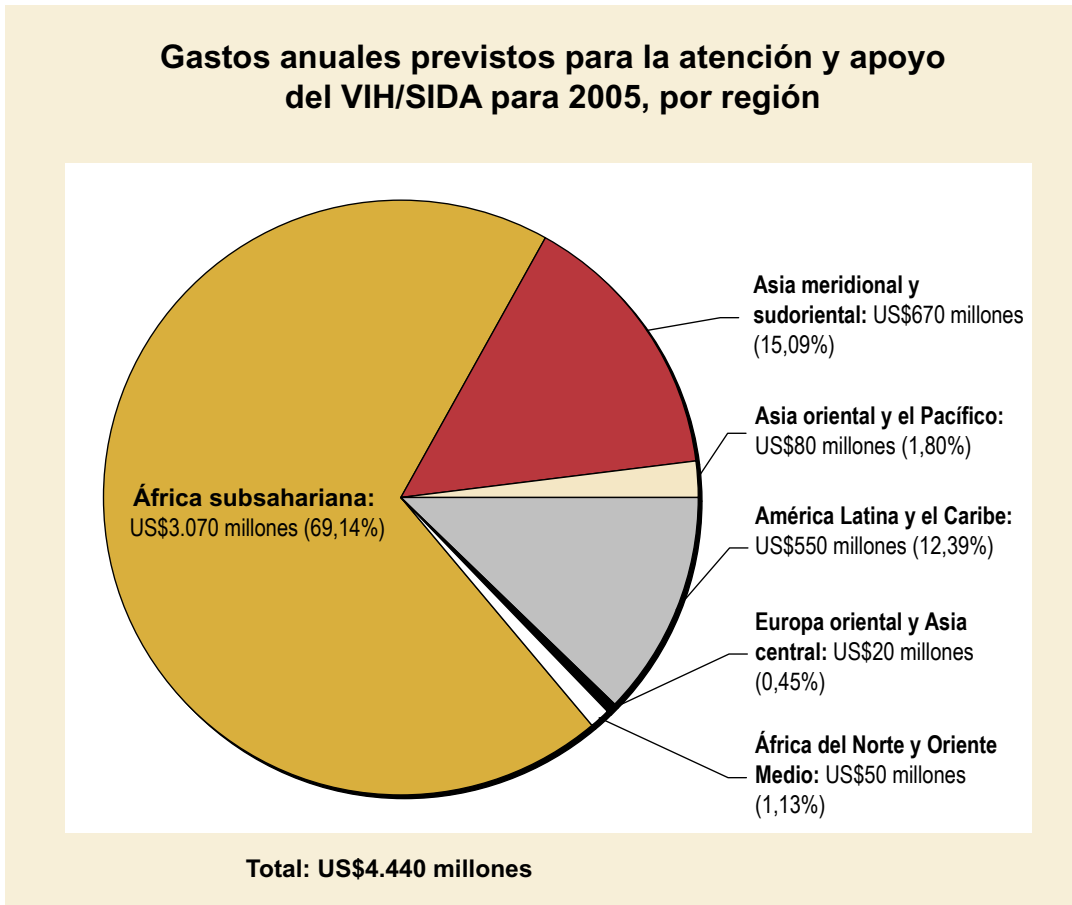
camentos relacionados con el VIH. La Iniciativa Pro-TEST de la OMS promueve el asesoramiento y las pruebas voluntarias del VIH como un medio de lograr un tratamiento, una atención y una estrategia de apoyo más coherentes con respecto al VIH y la tuberculosis en los países de prevalencia alta del VIH.

La infraestructura debe respaldar el tratamiento y la gestión clínica

El precio de los medicamentos es sólo uno de los muchos obstáculos para impulsar el acceso a los fármacos relacionados con el VIH/SIDA. El tratamiento eficaz depende de unos servicios sanitarios generales con capacidad de adquirir, almacenar, diagnosticar, seleccionar y administrar los fármacos necesarios y ofrecer el tratamiento, la atención y el diagnóstico pertinentes para vigilar el estado de salud y la respuesta al tratamiento. Allí donde hay centros y hospitales de distrito disponibles y accesibles, el diagnóstico de las infecciones y complicaciones comunes relacionadas con el VIH/SIDA (por ej., la tuberculosis, la neumonía, la diarrea, la infección por candidiasis en la boca y la garganta) suele ser posible y, en estas condiciones, pueden tratarse o paliarse con antibióticos eficaces y baratos y con procedimientos básicos de nutrición. Sin embargo, muchas comunidades no tienen acceso a tales instalaciones de atención sanitaria y resulta imposible la gestión clínica más elemental. Hay que encontrar alternativas a los sistemas de prestación convencionales; por ejemplo, el uso de servicios sanitarios en los lugares de trabajo para apoyar la prestación en los lugares en los cuales los sistemas locales son débiles (una iniciativa impulsada por la OIT).

Hay dos iniciativas de la OMS para aumentar la capacidad de los países de ingresos bajos y medianos de asegurar el control de calidad de los fármacos esenciales contra el VIH/SIDA y orientar

Figura 35



Fuente: Schwartlander B et al. (2001), Resource needs for HIV/AIDS, *Science*

6

sobre su uso en diversos entornos. El proyecto de Acceso a Medicamentos y Medios de Diagnóstico de Calidad para el VIH/SIDA ha concluido la fase I en marzo de 2002 y publicado una lista de 16 fármacos, incluidos 11 antirretrovíricos y productos genéricos y basados en la investigación farmacéutica, que reúnen los niveles de calidad recomendados por la OMS. Todos esos productos no sólo cumplen los niveles calidad sino que también se ajustan a las prácticas adecuadas de fabricación. Actualmente se están examinando 13 proveedores y 100 productos más. La OMS y el UNICEF emplearán esta lista para asesorar a los países en sus adquisiciones de medicamentos relacionados con el VIH/SIDA.

Además de la evaluación de la calidad de los medicamentos relacionados con el SIDA, la OMS ha

desarrollado directrices sobre criterios mínimos de vigilancia de laboratorio de los tratamientos con fármacos contra el VIH, directrices para la utilización de antirretrovíricos, y programas de capacitación y evaluación de la calidad para asegurar que los agentes de salud usen correctamente las pruebas de diagnóstico que está desarrollando la OMS. Es fundamental que las directrices para el tratamiento del VIH en los países de ingresos bajos y medianos sean claras, concisas y adecuadas para una rápida puesta en práctica.

El suministro amplio de terapia antirretrovírica en las comunidades más afectadas por la epidemia cambiaría radicalmente el panorama de la atención del SIDA, reduciendo en buena medida la necesidad de tratar las infecciones oportunistas y el tiempo que se dedica a la atención domiciliaria

y hospitalaria. La necesidad de construir y mejorar infraestructuras que apoyen el tratamiento antirretrovírico es cada vez más urgente, dada la perspectiva de un aumento de la demanda de tales tratamientos. Además de capacitar al personal, habría que disponer de instalaciones para vigilar la posible toxicidad de los fármacos y medir la eficacia del tratamiento antirretrovírico. Aunque hayan caído los precios de los medicamentos, la mayoría de las pruebas sistemáticas que se utilizan en relación con los antirretrovíricos son costosas y no están al alcance de todos. Las pruebas de carga vírica (para medir la viremia o la cantidad de VIH en la sangre) cuestan alrededor de US\$100, sin contar el equipo y las instalaciones de laboratorio. Los citómetros de flujo más baratos para vigilar el recuento de células CD4+ (los glóbulos blancos que tienen un papel fundamental en el funcionamiento del sistema inmunitario) cuestan entre US\$75 000 y US\$100 000, sin incluir los fondos necesarios para la contratación y capacitación del personal técnico, la manutención y reparación del equipo y la expedición o conservación de las muestras.

En las primeras etapas de un suministro mejorado de tratamientos antirretrovíricos y de otro tipo relacionados con el VIH, la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos tendrá que depender de ortos medios de diagnóstico más asequibles, como el recuento total de linfocitos y los indicadores estándar de la función hepática y renal.

Hay una necesidad urgente de investigación para desarrollar y aplicar tecnologías asequibles y apropiadas al entorno local, con el fin de mejorar la capacidad de vigilar los tratamientos antirretrovíricos y de otro tipo relacionados con el VIH en los países de ingresos bajos y medianos.

En la figura 35 se ofrece una idea general de los costos para potenciar la atención y el apoyo con respecto al VIH. No se incluyen los costos de las infraestructuras necesarias para el suministro de un tratamiento eficaz.

Dificultades de la observancia, resistencia y toxicidad

Una preocupación citada con frecuencia en relación con el suministro generalizado de antirretrovíricos tanto en países de ingresos altos como en países de ingresos bajos y medianos, es la capacidad de los sistemas de salud para asegurar que los pacientes observen complejos tratamientos antirretrovíricos; en otras palabras, para cerciorarse de que los pacientes tomen todos los medicamentos prescritos.

La observancia es una cuestión de importancia en todos los países debido a la posibilidad de que aparezca una cepa de VIH farmacorresistente. En los Estados Unidos de América, una encuesta a escala nacional reveló que el 14% de los casos de VIH recién adquirido era muy resistente a, por lo menos, un fármaco, y que el 5,5% era muy resistente a dos o más medicamentos. En 1995-1998, las cifras correspondientes eran del 3,5% y el 0,4%.

Para ayudar a abordar estas preocupaciones, la OMS y la Sociedad Internacional del SIDA establecieron hace poco un Proyecto Mundial de Vigilancia de la Farmacorresistencia del VIH para vigilar las pautas regionales de farmacorresistencia paralelamente al fomento de los programas de tratamiento antirretrovírico.

La observancia también es un factor fundamental del fracaso o éxito de los antirretrovíricos en lo que atañe a reducir la viremia del VIH a niveles indetectables. Por ejemplo, un estudio realizado en los Estados Unidos ha demostrado que la supresión vírica eficaz mediante el uso de terapia antirretrovírica de combinación estaba altamente asociada a una observancia del 95% (es decir, las personas tomaban la medicación según lo prescrito por sus médicos más del 95% de las veces), y que el fracaso en la supresión de la viremia aumentaba espectacularmente a medida que disminuía la observancia. El mismo estudio reveló que entre las variables modificables ligadas al fracaso, destacaban las dos siguientes: la depresión activa y el abuso de sustan-

cias, incluido el alcohol. En una serie de estudios realizados en países de ingresos altos, la depresión y el abuso de sustancias han demostrado ser variables predictivas significativas de una observancia deficiente. Estos resultados subrayan la necesidad de ofrecer un constante apoyo psicosocial antes del tratamiento y durante el mismo.

Las cuestiones prácticas relacionadas con las pautas de administración del tratamiento antirretrovírico –incluidos el número de dosis por día, el número de comprimidos por dosis y las restricciones alimenticias– también inciden en la capacidad de las personas para observar el tratamiento. No obstante, recientemente se han registrado avances hacia el desarrollo de unas pautas de administración más manejables y menos complicadas.

Un observador informado de Uganda señala el conjunto de problemas, complicados y sumamente humanos, que hizo que el 15-20% de los pacientes con terapia antirretrovírica abandonara el tratamiento en 2001: “Demasiadas cargas económicas adicionales, la imposibilidad de mantener unos ingresos altos, la devaluación de la moneda nacional, el cansancio de los parientes y los amigos que prestaban ayuda, la incertidumbre de las fuentes de recursos extranjeras. Más allá de estos aspectos económicos de sostenibilidad, la observancia sigue siendo una preocupación importante: hay pacientes muy enfermos que no pueden sobrellevar la complejidad del tratamiento antirretrovírico; la mejoría reduce el impulso a tomar los comprimidos, y demasiados asesores familiares

sobre cuestiones de asistencia general tienden a favorecer las terapias alternativas.”

Como se ha visto en una serie de proyectos en pequeña escala, ninguno de estos problemas es intrínsecamente irresoluble. Un conocido proyecto desarrollado en las tierras altas de Haití, con base en el dispensario Bon Sauveur y conectado con la Universidad de Harvard, ha informado de buenas respuestas al tratamiento antirretrovírico, con pacientes capaces de volver a trabajar y cuidar de sus hijos. Y Médicos sin Fronteras, en nueve proyectos de tratamiento antirretrovírico en pequeña escala desarrollados en África, Asia y América Latina, también ha observado que el tratamiento eficaz es factible.

En los países de ingresos altos han aparecido toxicidades a corto y largo plazo como un nuevo factor que complica la administración del tratamiento contra el VIH. Mientras que los efectos secundarios a corto plazo –tales como diarrea, náuseas, fatiga y erupción cutánea– pueden manejarse con un seguimiento relativamente estrecho de la respuesta del paciente al tratamiento, las toxicidades a largo plazo requieren complejas tecnologías de vigilancia y otras intervenciones terapéuticas. Son fundamentales entre estas complicaciones potenciales a largo plazo del tratamiento antirretrovírico los desequilibrios en los lípidos sanguíneos, la función hepática y renal y la diabetes. Las toxicidades potenciales del tratamiento antirretrovírico acentúan aún más la necesidad de unas infraestructuras sanitarias bien desarrolladas.

Necesidad de una asistencia y apoyo continuos

El tratamiento medicamentoso es una herramienta esencial de la respuesta a la morbilidad y mortalidad causadas por el VIH/SIDA. No obstante, no es la única. Para poder hacer frente con éxito al VIH/SIDA, las personas que viven con el virus deben tener acceso a una amplia gama de opciones

de tratamiento, atención y apoyo, proporcionadas en forma continua. Este proceso continuo de atención debería cubrir las necesidades en evolución de las personas a medida que su enfermedad se desarrolla y progresa por las diferentes fases de la infección por el VIH.

Declaración de compromiso

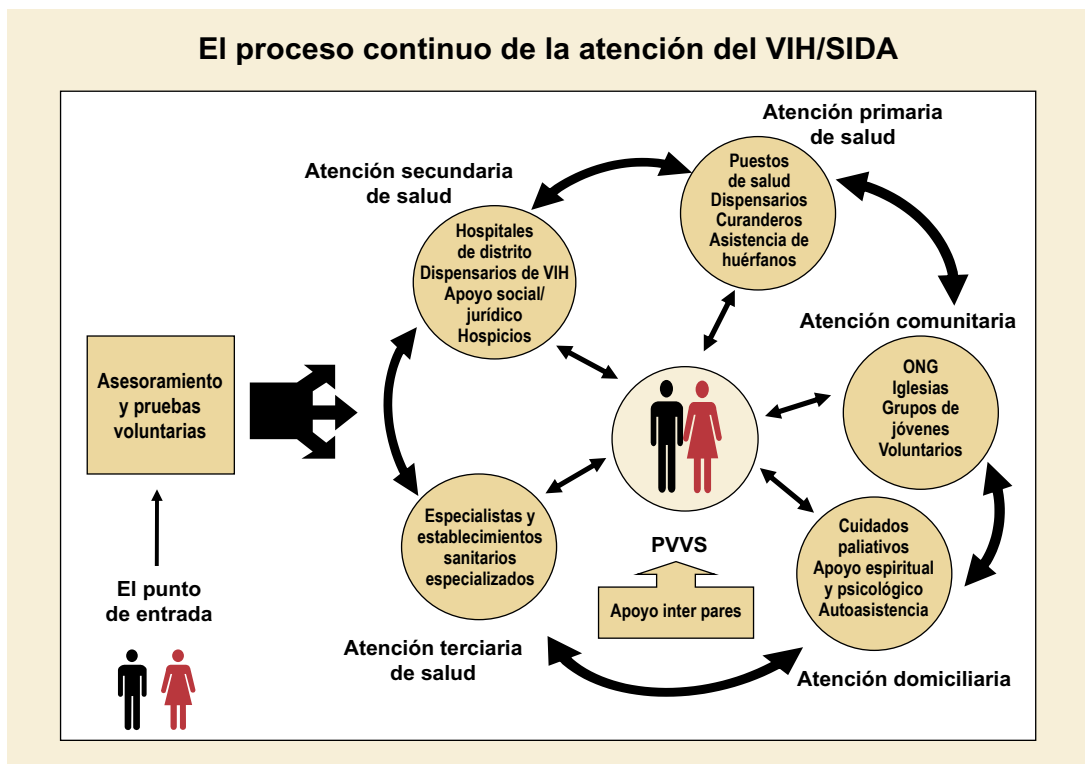
Para 2005, establecer estrategias integrales de atención y avanzar considerablemente en su aplicación con miras a: fortalecer los servicios de atención que prestan la familia y la comunidad, incluidos los que proporciona el sector no estructurado, y los sistemas de atención de la salud para dar tratamiento a las personas que viven con VIH/SIDA, incluidos los niños infectados, y supervisar ese tratamiento, así como prestar apoyo a las personas, los hogares, las familias y las comunidades afectados por el VIH/SIDA [...] (Párrafo 56).

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001, Nueva York.

Como puede verse en la figura 36, la asistencia debería ser accesible en las diferentes etapas de este proceso continuo, desde los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, los servicios sanitarios (atención primaria, secundaria y terciaria de salud) y los servicios sociales, hasta el apoyo comunitario y la atención domiciliaria. Los servicios oficiales de atención sanitaria pueden derivar los pacientes a organizaciones de asistencia

comunitaria, y éstas, a su vez, pueden, en caso necesario, remitirlos a servicios de atención de salud. Dentro de una zona de captación, debería desarrollarse un sistema eficaz de derivación entre servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, hospitales, centros de salud básicos y servicios de asistencia domiciliaria en forma de asociaciones entre organizaciones e instituciones.

Figura 36



Fuente: OMS/ONUSIDA (2000), *Key Elements in HIV/AIDS Care and Support*. Documento de trabajo

Atención domiciliaria y comunitaria

Una parte esencial de la respuesta a la epidemia ha sido, y sigue siendo, la atención domiciliaria y comunitaria. En casi todos los lugares donde ha aparecido la epidemia—desde los países más ricos hasta algunos de los más pobres— han surgido grupos de apoyo y atención comunitarios que han demostrado una asombrosa creatividad y tenacidad a la hora de ofrecer consuelo y esperanza a las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA.

Apoyo a los cuidadores domiciliarios y comunitarios

El apoyo es necesario para las familias que cargan con el peso de la atención, tanto para prevenir su desmembración como para permitir que quienes prestan servicios asistenciales realicen otras tareas de fundamental importancia, además de la asistencia. Según los recursos disponibles y la prevalencia del SIDA en un país determinado, ese apoyo puede introducirse en las redes de seguridad social existentes o requerir la creación de nuevos mecanismos de financiación (véase sección “Atender las necesidades”). No obstante, algunos países tienen pocas redes de seguridad social aparte de las que proporcionan los recursos familiares, lo que obstaculiza seriamente la capacidad de absorber los nuevos fondos que pudieran destinarse a ello.

En los casos en los que la responsabilidad de los servicios se está descentralizando en el ámbito comunitario, los requisitos administrativos para el desembolso de fondos destinados a las organizaciones de base comunitaria a menudo retrasan la puesta en práctica. Con vistas a solucionar este problema, se ha comenzado a utilizar una serie de métodos de financiación innovadores. En Zimbabwe, por ejemplo, para acelerar el desembolso de los fondos y asegurar que lleguen a los beneficiarios previstos, los recursos del Fondo Fiduciario Nacional del SIDA se entregan ahora

a los Comités de Distrito del SIDA una vez que el Consejo Nacional del SIDA ha aprobado sus planes. Posteriormente, los fondos se canalizan a las cuentas bancarias de los Comités de Barrio del SIDA. Todos los barrios han abierto cuentas en bancos comerciales de las que son titulares tres miembros: el concejal de distrito/urbano, el jefe tradicional y el director de la escuela local. Los tres titulares están en un puesto de autoridad y se les ha confiado la tarea de velar por que los recursos para el Fondo Fiduciario Nacional del SIDA lleguen a las personas apropiadas.

Ofrecer mayor apoyo a las organizaciones no gubernamentales y de base comunitaria que proporcionan asistencia comunitaria es esencial para que la atención comunitaria y domiciliaria se conviertan en una parte verdaderamente importante del proceso continuo de atención. Los planteamientos como el Programa de Iniciativas frente al SIDA, del Ecuador, demuestran ser de un valor inestimable para desarrollar la capacidad de los proyectos comunitarios y las organizaciones no gubernamentales. El Programa conecta y apoya a los programas comunitarios de prevención y atención del VIH de todo el país. Asimismo, asiste a las organizaciones no gubernamentales y de base comunitaria que ya trabajan con mujeres y en desarrollo local (pero sin experiencia con el SIDA) a evaluar las necesidades de sus comunidades en relación con el SIDA, y a comenzar, o asumir, el trabajo relacionado con el SIDA. Por ejemplo, ha ayudado a una importante organización no gubernamental ecuatoriana de salud reproductiva a incluir la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH en los programas de educación y asesoramiento de la planificación familiar de sus dispensarios. Otras organizaciones han recibido ayuda para mejorar la recaudación de fondos o su capacidad administrativa, algo que suele ser un punto débil de las organizaciones de base comunitaria.

Una enseñanza importante adquirida a lo largo de la pasada década es que las respuestas nacionales al

VIH/SIDA no pueden alcanzar la escala necesaria, mantener la calidad o proporcionar suficiente flexibilidad si actúan exclusivamente a través de programas gestionados centralmente. No obstante, es mucho lo que se puede conseguir cuando los programas nacionales funcionan asociados a organizaciones no gubernamentales y de base comunitaria. Un ejemplo de esta colaboración es el Proyecto de Asistencia Continua del estado de Manipur (India), cuyo enfoque cooperativo vincula a las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones de base comunitaria (incluidas Visión Mundial, Sneha Bhavan, Red de Personas Seropositivas de Manipur y la Sociedad Kripa) con

asistencia necesario. En África, se calcula que el 80% de las personas confía en la medicina tradicional para sus necesidades de asistencia sanitaria, en entornos tanto urbanos como rurales. Muchos expertos en salud pública concluyen que es coherente desarrollar la colaboración entre los sistemas sanitarios estructurados y los curanderos tradicionales. En África y Asia, se han diseñado, planificado, ejecutado y evaluado esos proyectos de colaboración con buenos resultados.

La colaboración con curanderos tradicionales también puede contribuir a que se disipen los numerosos mitos sobre las causas del VIH/SIDA que aún prevalecen en algunos países de ingresos bajos y

Profesionales del sector de la salud tradicionales y modernos: juntos contra el SIDA

En Uganda, dos organizaciones no gubernamentales, el Ministerio de Salud y la Comisión Nacional del SIDA llevan trabajando desde principios de los años noventa en una iniciativa llamada Profesionales del Sector de la Salud Tradicionales y Modernos: Juntos contra el SIDA. Esa iniciativa forma a curanderos tradicionales con un programa que cubre no sólo las infecciones de transmisión sexual y el SIDA, sino también las creencias y prácticas culturales, el asesoramiento, el liderazgo, la sexualidad y las cuestiones de género y jurídicas. La iniciativa se ha extendido a seis distritos rurales de Uganda. Una evaluación realizada en 1997-1998 reveló que el 60% de los curanderos tradicionales que habían recibido capacitación informaron de que habían repartido preservativos (compárese esta cifra con el 9% correspondiente a los curanderos tradicionales sin capacitación). Entre otros beneficios se puede incluir el inicio de un sistema de registro, la formación de grupos de apoyo a los pacientes y una mejor colaboración con los profesionales del sector de la salud biomédico.

los servicios sanitarios gubernamentales y permite a muchas personas (en particular a aquellas a las que es difícil llegar) acceder a los servicios que de otro modo desconocerían o rehuirían.

El trabajo con curanderos tradicionales y farmacéuticos

Puesto que son muchas las personas que no buscan la atención sanitaria en los sistemas estructurados de asistencia sanitaria, es importante encontrar modos de integrar, de un modo más positivo, la atención sanitaria alternativa en el continuo de

medianos, y también a rebatir afirmaciones espurias acerca de “curas milagrosas para el SIDA”.

Una estrategia usada con frecuencia ha sido formar a un grupo básico de curanderos tradicionales a los que luego se apoya en sus esfuerzos para educar a las comunidades o capacitar a sus pares.

Muchas personas de países de ingresos bajos y medianos van a ver a su farmacéutico cuando aparecen por primera vez síntomas de infecciones oportunistas. Sin embargo, las cualificaciones y la formación de los farmacéuticos pueden variar mucho. En Camboya, es sabido que muchas per-

Declaración de compromiso

Para 2003, asegurarse de que se establezcan estrategias nacionales a fin de proporcionar atención psicosocial a las personas, las familias y las comunidades afectadas por el VIH/SIDA (Párrafo 57).

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001, Nueva York.

sonas seropositivas van directamente a la farmacia a buscar medicamentos. Aproximadamente cuatro de cada cinco camboyanos viven en zonas rurales —lejos de los dos hospitales de Phnom Penh que ofrecen tratamiento contra el VIH/SIDA a los pacientes con SIDA del país—, y pocos pueden permitirse una visita a un dispensario privado. En contraposición, hay miles de farmacias en los pueblos y aldeas rurales. (Sólo en Phnom Penh hay unas 300.) Consciente de este hecho, PATH, una organización internacional sin fines lucrativos, ha trabajado con el Gobierno de Camboya, la asociación nacional farmacéutica y organizaciones no gubernamentales locales para enseñar a los farmacéuticos a identificar las infecciones de transmisión sexual e instruirlos en materia de tratamiento, asesoramiento y dispensación de medicamentos. Se ha instituido también un programa piloto en virtud del cual los farmacéuticos pueden proporcionar a los pacientes unos volantes que los remiten a un centro de asistencia sanitaria en un

momento y un lugar específicos, estableciendo así un vínculo directo con el sistema médico estructurado.

Apoyo psicosocial: elemento fundamental de la asistencia continua

El asesoramiento, el apoyo espiritual, el apoyo para que una persona revele su estado seropositivo y para practicar relaciones sexuales más seguras o la abstinencia, la observancia del tratamiento, el apoyo en los últimos días de vida y en el duelo, y la ayuda económica práctica son elementos del apoyo psicológico a las personas que viven con el VIH/SIDA o están afectadas por él. Mitigar el devastador impacto del SIDA en la vida de las personas, en sus interacciones sociales y sus ingresos, ha sido, en el pasado, razón suficiente para brindar dicho apoyo. Sin embargo, el apoyo psicosocial

Mostrar el camino

Entre los múltiples proyectos innovadores de atención domiciliaria existentes destaca el de Hua Rin, un templo budista situado cerca de Chiang Mai (Tailandia), que alberga a un grupo de 35 mujeres que viven con el VIH/SIDA. Phra Athikarn Thanawat Technopanyo, el abad del templo, fundó el proyecto del grupo de apoyo en 1993 para educar a los habitantes de los pueblos acerca del VIH/SIDA a través de las enseñanzas dharma, y para reducir la estigmatización de las familias afectadas. Conocido como Grupo Prasarnjai, las mujeres organizan diversos proyectos que, entre otras cosas, ayudan a los abuelos a cuidar de los nietos huérfanos o proporcionan trabajos a pequeña escala a viudas y mujeres infectadas. Mientras tanto, los monjes difunden por toda la comunidad conocimientos sobre el VIH/SIDA, promueven actividades que generan ingresos y atienden las necesidades físicas y espirituales de las personas.

es también crucial para el éxito del tratamiento médico, una cuestión que aumenta de importancia a medida que más y más personas seropositivas tienen acceso a los antirretrovíricos.

La mayor participación de las personas que viven con el VIH/SIDA (MPPVS) es fundamental en la prestación de la atención psicococial, y tal participación debería ser parte de los programas de atención y apoyo. Los programas de apoyo entre seropositivos han demostrado su eficacia en todo el mundo, y con pocos costos para los sistemas de salud cuando se trata de proporcionar atención psicosocial a las personas que viven con el VIH/SIDA. En el Sudeste asiático y en muchas otras zonas, hay pruebas más que suficientes de los beneficios psicológicos de los clubes de autoayuda para personas infectadas o afectadas por el VIH/SIDA. Esos clubes (y otros grupos de apoyo) también pueden ser muy útiles a la hora de proporcionar o fomentar apoyo social y económico, tal como la capacitación profesional, los pequeños proyectos y fondos para un seguro de salud personal. La Organización Ugandesa de Apoyo a las Personas con SIDA (TASO) se ha convertido en líder mundial en este ámbito. Su Club de Jóvenes para Desafiar al SIDA es un proyecto de prevención y atención inter pares que brinda asesoramiento y otros servicios de apoyo a las personas que viven con el VIH/SIDA.

Una mejor nutrición

Es esencial incluir la nutrición como parte fundamental de todo conjunto de medidas de atención del VIH. El foco de atención, actualmente puesto en aumentar el acceso a los medicamentos antirretrovíricos en los países de ingresos bajos y medianos, no debería ocultar el hecho de que, para gran parte de la población mundial que vive con el VIH, la necesidad de alimentos sigue siendo una prioridad abrumadora.

La nutrición y el SIDA funcionan en conjunto, tanto individual como socialmente. A escala per-

sonal, el déficit nutricional hace que aquellas personas que viven con el VIH sean más susceptibles a las enfermedades e infecciones de todo tipo. Y la desnutrición es una de las principales manifestaciones clínicas de la infección por el VIH.

En el ámbito familiar, el VIH/SIDA y la seguridad alimentaria están estrechamente vinculados: por un lado, una familia afectada por el VIH tiene cada vez más riesgo de padecer inseguridad alimentaria y desnutrición a causa del deterioro de la situación laboral y de los ingresos, y de la disminución del tiempo disponible para atender a los niños más pequeños, problemas éstos que se suman a unos mayores gastos en asistencia sanitaria. Por el otro, la inseguridad alimentaria puede aumentar aún más el riesgo de exposición al VIH y la vulnerabilidad de la familia a su creciente impacto a medida que la enfermedad avanza.

La nutrición también está vinculada al tratamiento. A medida que mejora el acceso a los antirretrovíricos, deben ofrecerse suministros de agua no contaminada y alimentos adecuados como parte de un paquete total de tratamiento, atención y apoyo.

TASO lleva diez años distribuyendo alimentos entre los pacientes como parte de una respuesta de extensión comunitaria global en Uganda. La ayuda alimentaria ha demostrado ser un poderoso medio para atraer pacientes a otros servicios relacionados con el VIH, incluidos el asesoramiento y las pruebas voluntarias. Además, esta forma de asistencia ha demostrado facilitar mucho el asesoramiento y la educación nutricional para los clientes de TASO en toda Uganda. En el Programa Mundial de Alimentos se está utilizando la ayuda alimentaria como incentivo para que los niños sigan escolarizados; inspirado en el éxito del proyecto de las raciones para llevar a casa y de los proyectos –para niñas– consistentes en preparar las comidas en la escuela, se está poniendo en práctica una estrategia similar para niños huérfanos. El Programa ya gestiona proyectos para estos niños en Camboya, Kenya, Uganda y Zambia.

Mejorar el tratamiento, la atención y el apoyo: el camino hacia adelante

En los niveles más altos del poder económico y político se reconoce cada vez más que asegurar un futuro estable y sólido para el mundo requiere el fomento masivo de intervenciones encaminadas a mejorar la salud de los pobres del mundo. Se han hecho importantes esfuerzos para evaluar lo que se necesita, cómo debe hacerse y cuánto costará.


Esta corriente de opinión política y económica converge con la creciente determinación de las instancias decisorias y las comunidades por igual para hacer avances decisivos contra la epidemia mundial de VIH/SIDA, prestando la misma atención tanto a la prevención como a la atención.

Muchas de las limitaciones actuales que en los países más pobres del mundo impiden tener mejores sistemas de salud y mejor acceso a la asistencia pueden superarse con financiación adicional. Entre esas limitaciones figuran los bajos niveles actuales de gasto sanitario en los países de ingresos bajos y medianos; el número limitado de personal sanitario cualificado; las infraestructuras deficientes; el suministro limitado de medicamentos, etc. Los fondos adicionales son fundamentales para asegurar en todo el mundo el éxito de los programas de tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH/SIDA.

A medida que se disponga de mayores recursos para mejorar el tratamiento, la atención y el apoyo

relacionados con el VIH/SIDA, el gasto tendrá que estar íntimamente vinculado a las pruebas de buen gobierno, incluido el respeto de los derechos de las personas que viven con el VIH/SIDA. La corrupción, una deficiente aplicación de la ley y los conflictos armados son algunos de los principales obstáculos que impiden asegurar que los recursos lleguen a quienes los necesitan.

El desarrollo actual del tratamiento, los planes de acción para la atención y el apoyo por parte de los órganos coordinadores de los países, la colaboración entre las regiones y los esfuerzos de las organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales están contribuyendo a mejorar la respuesta al VIH/SIDA. La continua mortalidad asociada al SIDA es un recordatorio constante de la urgencia de esta tarea, una tarea que requiere la acción simultánea en ámbitos como la orientación técnica, el apoyo político, la movilización de recursos, el desarrollo de infraestructuras y el desarrollo de las capacidades humanas.

Sobre todo, el inquebrantable compromiso de las personas que viven con el VIH/SIDA y de quienes las apoyan está asegurando que no queden sin respuesta las demandas mundiales de acceso a un tratamiento, atención y apoyo eficaces. 



Atender las necesidades

Atender las necesidades

La epidemia de SIDA no conoce límites. Desafía las fronteras internacionales y sobrepasa cualquier división socioeconómica, política, étnica o de otra índole. Es una amenaza mundial que requiere una acción mundial, y esto significa velar por que lleguen los recursos suficientes a los países y comunidades que más los necesitan, algo que, evidentemente, no está sucediendo por ahora.

Según una proyección efectuada a mediados de 2002, en los países de ingresos bajos y medianos el gasto agregado relacionado con el VIH/SIDA durante el año se acercará a los US\$3000 millones, gasto cubierto en gran parte por organismos de ayuda internacional. En la región más afectada del mundo (África subsahariana), el gasto internacional relativo al VIH/SIDA se ha elevado muy por encima de los US\$165 millones documentados en 1998, y cabe prever que esta tendencia se mantenga en 2002. En los últimos años, el gasto doméstico relativo al VIH/SIDA también ha aumentado significativamente en muchos países.

Pero hay que hacer mucho más. El desfase entre necesidad y financiación es uno de los principales obstáculos para controlar la epidemia. La mayoría de los países pobres sigue esforzándose para incrementar su gasto, aunque los niveles alcanzados

distan muchísimo de cubrir las necesidades. Si se mantienen las actuales tendencias presupuestarias, el apoyo de los donantes en 2003 será muy inferior al mínimo absoluto requerido para programas básicos de prevención.

A pesar de que millones de personas que viven con el SIDA se están empobreciendo aún más a causa de la epidemia (véase sección «El impacto creciente»), muchos de ellos tienen que pagar para recibir atención sanitaria. Es indudable que los gastos corrientes (que en 2000 representaron el 22% del desembolso total relativo al VIH/SIDA en los ocho países estudiados en el proyecto SIDALAC) constituye una porción considerable del gasto global relativo al VIH/SIDA en todos los países, especialmente los más pobres. (Los gastos corrientes son el dinero que tienen que pagar las personas por servicios relacionados con el VIH/

Declaración de compromiso

Para 2005, mediante una serie de pasos graduales, alcanzar la meta general de destinar de 7.000 a 10.000 millones de dólares de los EE.UU. a gastos anuales para hacer frente a la epidemia mediante prevención, atención, tratamiento, apoyo y mitigación de los efectos del VIH/SIDA en los países de ingresos bajos y medianos y en los países en que el VIH/SIDA se esté propagando con rapidez o exista el riesgo de que ello ocurra [...] (Párrafo 80).

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001, Nueva York.

Panorámica del gasto en América Latina y el Caribe

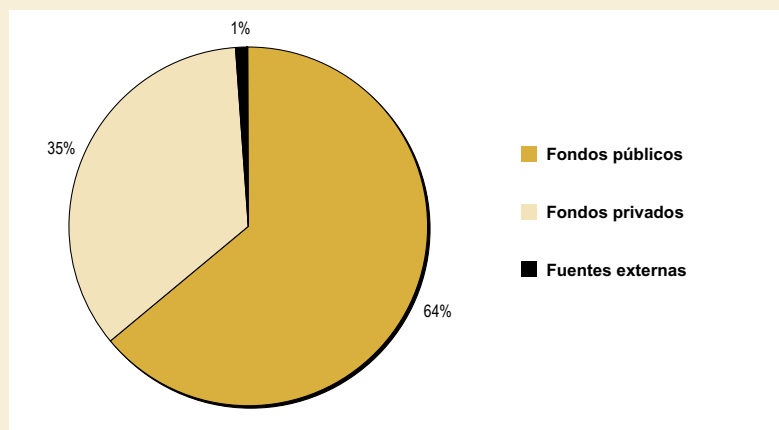
El proyecto SIDALAC, con apoyo del ONUSIDA, la Unión Europea y otros donantes, ha recopilado datos sobre el gasto relativo al VIH/SIDA en ocho países de las Américas (Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Chile, México, Perú y Uruguay), que, en conjunto, representan el 70% de la población total de América Latina y el Caribe. En 2000, esos países gastaron un total de US\$1800 millones en VIH/SIDA. Confrontado con su producto interior bruto total de US\$2759 millones, este gasto en VIH/SIDA supone menos del 0,1% del producto total.

En 2000, el Brasil, un país ejemplar por su respuesta pública multisectorial a la epidemia, gastó algo menos de US\$3 por habitante en terapia antirretrovírica, una cifra ligeramente inferior a los US\$4-5 por habitante de la Argentina y Chile.

En el conjunto de estos ocho países, el gasto en fármacos antirretrovíricos representó algo más de la mitad del gasto total relacionado con el VIH/SIDA; el 30% se dedicó a otros servicios de salud para las personas que viven con el VIH/SIDA, y el 17%, a esfuerzos de salud pública y prevención. Esta última cifra puede parecer baja, teniendo en cuenta los beneficios ampliamente reconocidos de la prevención y la salud pública, pero hay que recordar, por ejemplo, que en 2000 el Gobierno federal de los Estados Unidos sólo dedicó a prevención el 7,8% de su gasto total en VIH/SIDA.

La cuota pública del gasto total relativo al VIH/SIDA varió ampliamente entre los países, desde tan sólo el 2% en Bolivia hasta porcentajes mucho más elevados del 57% en la Argentina, 68% en Costa Rica, 79% en el Brasil y 86% en México. De todas formas, el VIH/SIDA no impuso una carga insoportable sobre los presupuestos de los ministerios de salud de ninguno de esos países. En la Argentina y el Brasil, el VIH/SIDA consumió el 2-3% del presupuesto de salud pública. En los demás países, la carga sobre el gasto en salud pública fue igual o inferior al 1,5% del total.

Fondos públicos, privados y de donantes para el VIH/SIDA, en países seleccionados de América Latina y el Caribe*, 2000



* Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Perú y Uruguay

Fuente: FUNSALUD, SIDALAC, ONUSIDA, 2001

Figura 37

SIDA.) Una de las pocas excepciones notables es el Brasil, donde, gracias a la fuerte financiación pública, los gastos corrientes dedicados al VIH/SIDA son tan sólo del 6%.

En cambio, en Rwanda, por ejemplo, los gastos corrientes privados representaron el 93% del desembolso total relativo al VIH/SIDA durante 1998-1999, mientras que sólo el 7% procedió del Gobierno y de donantes. Preocupa seriamente esta gran dependencia de los gastos corrientes, sobre

todo cuando son las personas más pobres las que tienen que pagar. Es imperativo buscar nuevas formas de reducir la cuota del gasto total relativo al SIDA que satisfacen las personas pobres. Un medio es potenciar el apoyo a la atención sanitaria pública y otros servicios sociales como parte de una programación más amplia enfocada a la pobreza. Esto, a su vez, refuerza la necesidad de una distribución más justa de los recursos, no sólo a nivel nacional sino también mundial.

Medir el desfase

Un cálculo detallado de las necesidades financieras totales estimadas para el VIH/SIDA en los países de ingresos bajos y medianos, efectuado por un equipo internacional bajo los auspicios de la Secretaría del ONUSIDA, ha demostrado que en 2005 se requerirán US\$9200 millones. Esta cifra es varias veces superior a las proyecciones de gasto para 2002 en dichos países. Por consiguiente, debe lograrse un incremento sostenido, con una elevación progresiva del gasto anual, hasta alcanzar los US\$9200 millones en 2005. De esta cantidad, US\$5400 millones se requerirán para los países de ingresos bajos con un producto interior bruto inferior a US\$2000 por persona. Esta proyección de aumento escalonado en el gasto supone que muchos países no pueden establecer inmediatamente toda la gama de actividades necesarias. De hecho, la mayoría de los países tardará varios años

en generar la capacidad humana e infraestructural que requieren para programar sus propias respuestas ampliadas. Estas proyecciones se basan en estimaciones conservadoras de posibles costos para cada uno de los 18 servicios de prevención, tratamiento y atención que se utilizan en los cálculos de necesidades globales de recursos, y no incluyen los costos de desarrollo de infraestructura.

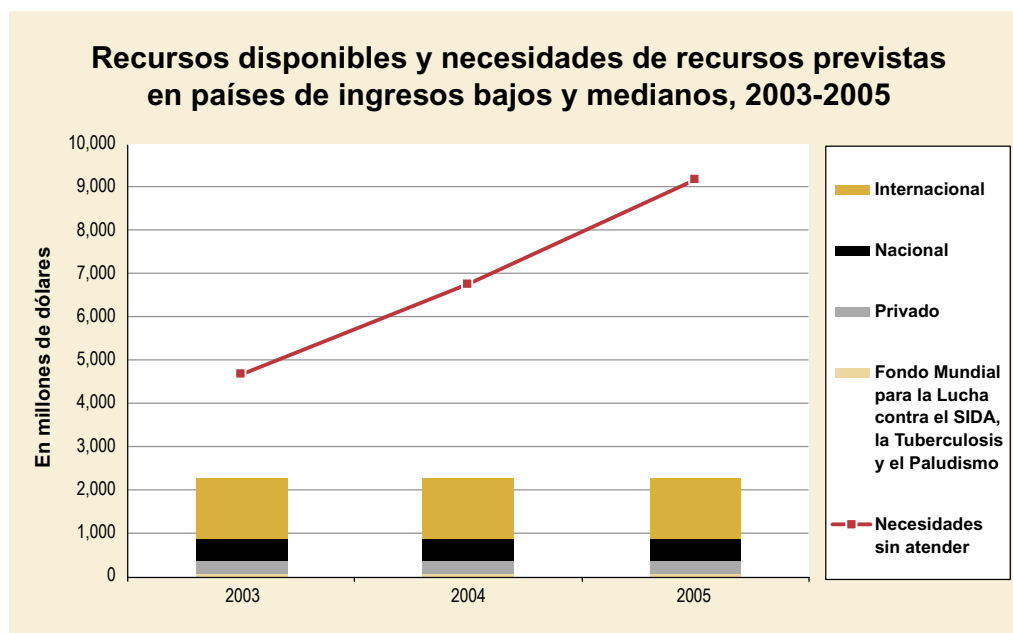
Si el gasto relativo al SIDA se mantiene a los niveles actuales, el déficit de financiación alcanzará como mínimo los US\$7000 millones en 2005 (véase figura 38), a menos que pueda disponerse de cantidades significativas de fondos adicionales. (Las contribuciones respectivas que aparecen en el gráfico se basan en tendencias y compromisos actuales.)

Cubrir las necesidades

Se estima que, en conjunto, entre un tercio y la mitad de la financiación requerida podría derivar de fuentes públicas y privadas nacionales. Indudablemente, la propiedad y responsabilidad nacionales son ingredientes fundamentales de las respuestas eficaces al SIDA, y la lista de países

que dedican fondos significativos a combatir la epidemia ha crecido de forma considerable en los últimos años. Dicha lista incluye actualmente Bangladesh, Barbados, Botswana, Brasil, China, Federación de Rusia, Guyana, Honduras, Jamaica, Nigeria, Pakistán, República Dominicana,

Figura 38



Fuente: Adaptado de una presentación conjunta OMS/ONUSIDA, 27 de enero de 2002, Ginebra

Rumania, Sudáfrica, Swazilandia, Ucrania y Zimbabwe. Además, la Declaración de Abuja, adoptada en 2001 en la Cumbre Especial sobre el SIDA de la Organización para la Unidad Africana, incluyó el compromiso de dedicar a gastos sanitarios el 15% de los presupuestos nacionales. Tal como muestra la figura 38, esto exigiría un incremento sustancial del gasto en diversos países.

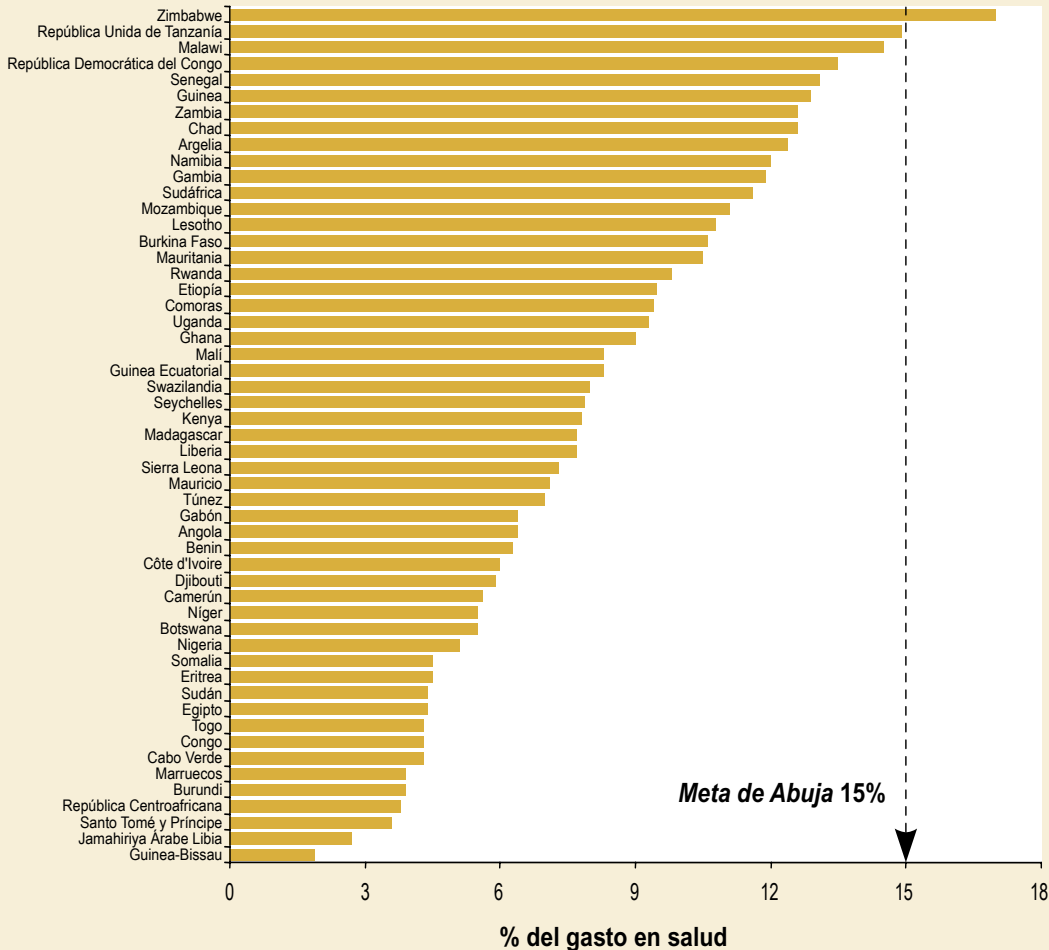
Pero muchos de los países más afectados figuran también entre los más pobres del mundo, y son incapaces de financiar por sí solos todos sus esfuerzos contra el VIH/SIDA. En 2001, directores de programas nacionales del SIDA, responsables sanitarios y ministros de salud de 14 países de África subsahariana identificaron detalladamente los déficit de financiación a los que se enfrentan sus países. En cada uno de seis de ellos (Kenya, Lesotho, Malawi, la República Unida de Tanzania, Uganda y Zimbabwe), los déficit oscilaban entre US\$50 millones y US\$200 millones. A la luz de

las limitadas bases tributarias y los bajos niveles de renta de los países, estas deficiencias subrayan la necesidad de incrementar la ayuda por parte de los donantes. Las fuentes internacionales deberán hacerse cargo de hasta el 80% de los recursos totales necesarios en África subsahariana y el sur y sudeste de Asia. Este déficit de financiación no puede cubrirlo una sola fuente. Diversos sectores distintos tienen que involucrarse en la respuesta al SIDA, y cada uno de ellos posee sus propias ventajas comparativas.

Los donantes internacionales aportan aproximadamente unos dos tercios del gasto presupuestado para el VIH/SIDA en 2002 en los países de ingresos bajos y medianos, la mayor parte del cual se canaliza en forma de Asistencia Oficial para el Desarrollo. Además de proporcionar financiación, muchos países donantes también explotan recursos técnicos nacionales y contribuyen a crear solidaridad directa entre sus propias comunidades y las de

Figura 39

Gasto público en salud expresado como porcentaje del desembolso gubernamental general, países africanos, 1998



Fuente: OMS (2001), Informe sobre la salud mundial

los países receptores; por ejemplo, a través de redes de organizaciones no lucrativas. La figura 40 resume el gasto presupuestado para el VIH/SIDA en 2002 a cargo de diversas fuentes internacionales.

Las organizaciones multilaterales representan otro cauce importante para la asistencia. Esas organizaciones se encuentran en una posición idónea para

asegurar que se apliquen los criterios científicos y técnicos aceptados internacionalmente; contribuir a promover el consenso acerca de enfoques eficaces, y ayudar a los programas sobre el SIDA a alcanzar la sostenibilidad financiera a largo plazo. Los organismos como el PNUD, el FNUAP y el UNICEF, por ejemplo, también son cauces importantes para

Figura 40

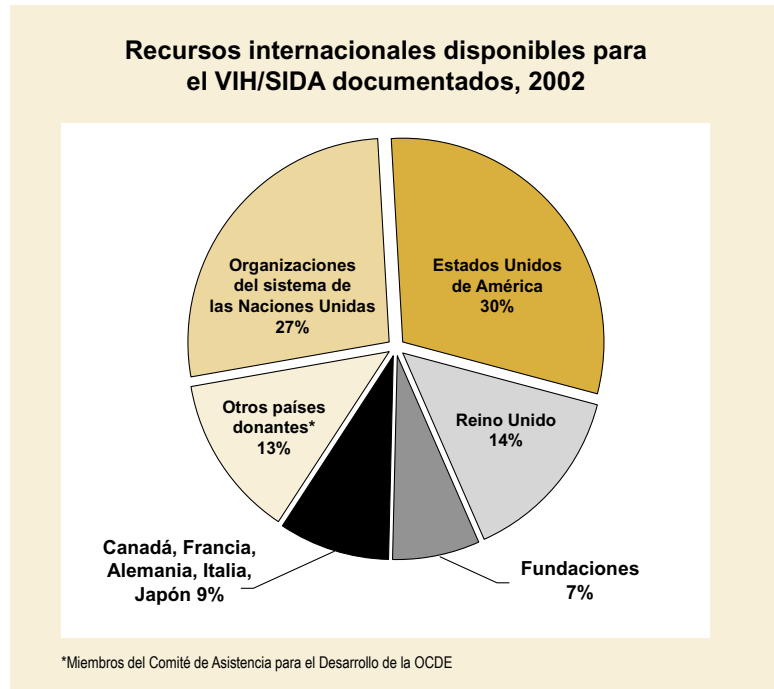
desplegar la financiación de los donantes bilaterales en países en los que carecen de capacidad de programación.

Una serie de fundaciones internacionales relevantes ha aumentado sustancialmente su apoyo para actividades de base poblacional (de US\$99,3 millones en 1995 a unos US\$ 539 millones en 2000). Muchas de las actividades se centran en educación sexual, suministro de preservativos y otros programas relacionados con el VIH/SIDA. Las fundaciones Bill y Melinda Gates, Rockefeller, Ford, Marie Stopes, Kaiser, y de las Naciones Unidas, así como el Open Society Institute, entre otros, respaldan activamente programas internacionales contra el VIH/SIDA.

El cauce de financiación más novedoso es el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo. Su ventaja comparativa es la capacidad para dirigir rápidamente recursos hacia programas que tengan las máximas probabilidades de éxito, y en los países más necesitados.

El Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo

En funcionamiento desde enero de 2002, el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo se instituyó como instrumento financiero para complementar la financiación existente de los programas contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo. El Fondo centra su misión en generar recursos adicionales y ponerlos a disposición de diferentes comunidades y países.



Fuente: ONUSIDA, 2002

Como asociación público-privada, la Junta del Fondo incluye a delegados oficiales de países (tanto del Norte como del Sur) y representantes del sector empresarial, organizaciones no gubernamentales y comunidades afectadas directamente por la epidemia. La Secretaría del ONUSIDA y dos de sus copatrocinadores (la OMS y el Banco Mundial) son miembros de la Junta sin derecho a voto. El Fondo coordina sus actividades con gobiernos, sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, el ONUSIDA, el sector privado y organismos donantes.

Las cifras totales comprometidas para el Fondo se situaron en algo menos de US\$2000 millones en abril de 2002. La mayor parte de los fondos comprometidos procedían de los presupuestos de Asistencia Oficial para el Desarrollo de países donantes, así como de dotaciones de importantes organizaciones filantrópicas. La figura 41 resume las cantidades comprometidas para el Fondo

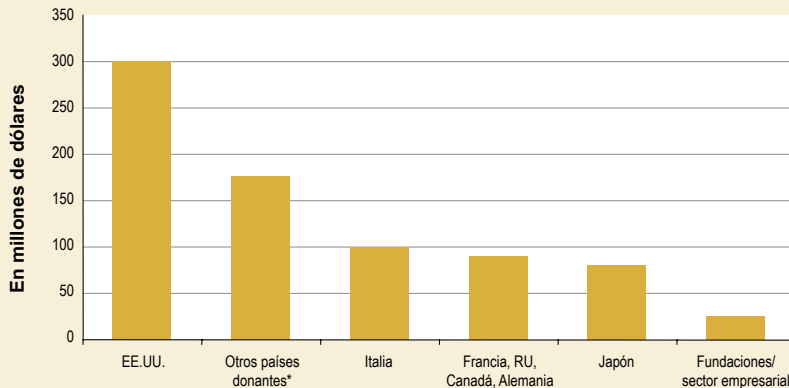
por los donantes en abril de 2002. En sus primeros subsidios, anunciados el mismo mes, el Fondo se comprometió a desembolsar más de US\$616 millones durante dos años para apoyar programas en más de 30 países en su lucha contra el SIDA, la tuberculosis y el paludismo. Alrededor del 60% de esos fondos se destinarán a apoyar programas de prevención y tratamiento del VIH/SIDA, y la mayoría de los subsidios incluyen específicamente fondos para la adquisición de medicamentos antirretrovíricos. Otro 15% de los fondos se asignará a programas para luchar contra el SIDA, además del paludismo y/o la tuberculosis.

El Programa Multinacional sobre el VIH/SIDA para África

Gestionado por el Banco Mundial, el Programa Multinacional sobre el VIH/SIDA para África entró en vigor en 2001. El Programa adopta la forma de préstamos importantes sin interés para apoyar a los gobiernos durante varios años, préstamos que se canalizan principalmente como subvenciones a comunidades y organizaciones de la sociedad civil. Se concede preeminencia a incrementar el acceso a programas de prevención, asistencia, apoyo y tratamiento del VIH/SIDA (con hincapié especial en los grupos vulnerables), así como a mitigar el impacto de la epidemia. Con una financiación de US\$500 millones, la primera etapa del Programa, aprobada por el Banco Mundial en septiembre de 2001, ya está brindando apoyo a 13 países de África subsahariana. En febrero de 2002, el Banco aportó US\$500 millones más, que se prevé que sirvan para ayudar a otros 12-15 países. Aparte de los programas de ámbito nacional, se pretenden respaldar iniciativas subregionales e interfronterizas; por ejemplo, las enfocadas a rutas importantes de transporte, como

Figura 41

Recursos disponibles identificados para el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, por fuente, hasta abril de 2002



* Otros países miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y de la Unión Europea

Fuente: Presentación conjunta OMS/ONUSIDA, 27 de enero de 2002, Ginebra

el corredor Abidján-Lagos (véase «Foco de atención: SIDA y poblaciones móviles»).

También se está llevando a cabo una iniciativa similar en el Caribe. Con un presupuesto total de US\$155 millones, el Proyecto Multinacional de Prevención y Control del VIH/SIDA para el Caribe opera como programa quinquenal de empréstitos que permite que los países obtengan préstamos o créditos separados con el fin de financiar sus proyectos nacionales de prevención y control del VIH/SIDA. En abril de 2002 ya se habían asignado unos US\$40 millones a proyectos en Barbados y la República Dominicana.

Alivio de la deuda

Reducir la deuda exterior de los países pobres también es una opción potencial para reforzar la respuesta al SIDA allí donde más se necesita. La deuda de los 38 países pobres muy endeudados (PPME) –33 de ellos en África– asciende, en promedio, a más de cuatro veces sus ingresos anuales por exportación. Esta carga significa que el pago anual de los intereses de la deuda socava sustancialmente el gasto social de dichos países, incluido

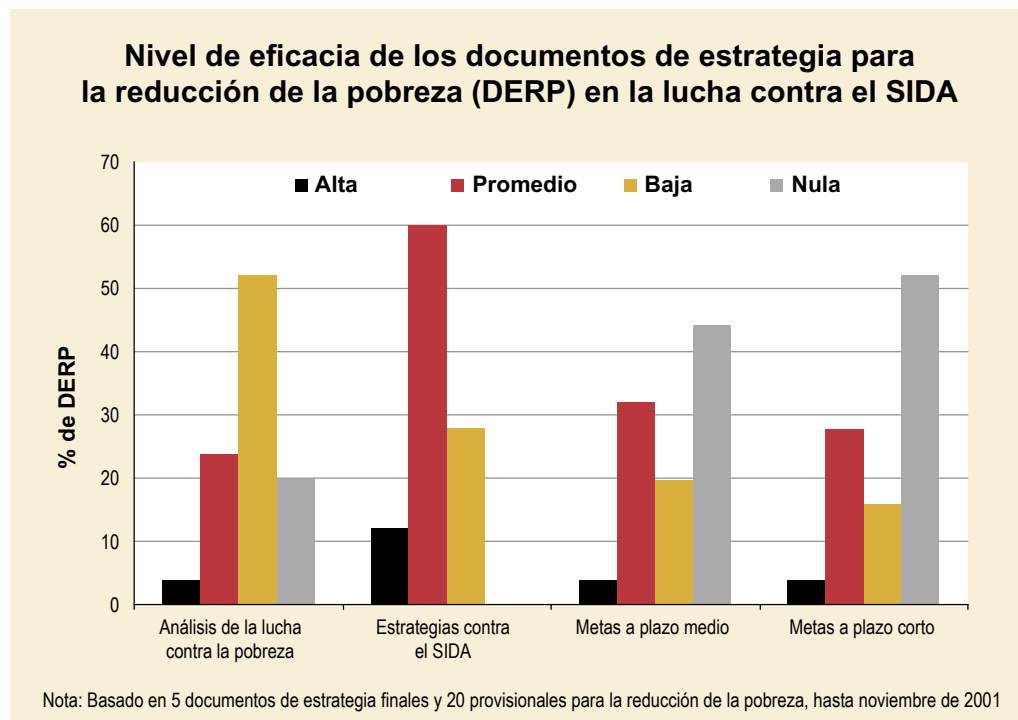
el que se requiere para responder al VIH/SIDA y a los huérfanos que va dejando tras de sí. En 2001, 16 países africanos seguían gastando más en pagar los intereses de la deuda que en asistencia sanitaria para sus ciudadanos. La iniciativa en favor de la deuda de los PPME, diseñada por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, supone un intento de reducir esta presión y posibilitar que los países destinen más recursos a desarrollo social. De acuerdo con los términos de la iniciativa, los países pueden acogerse al alivio de la deuda si cumplen ciertas condiciones, como la instauración de reajustes económicos y la elaboración de estrategias para la reducción de la pobreza que concedan prioridad al gasto social. Se anima a los países solicitantes a que incluyan programas sobre el VIH/SIDA en dichas estrategias. El ONUSIDA y sus copatrocinadores están proporcionando apoyo técnico y de otra índole con el fin de ayudar

a los países a integrar el VIH/SIDA en las estrategias para la reducción de la pobreza.

Aunque a principios de 2002 sólo unos pocos países habían finalizado todo el proceso para solicitar alivio de la deuda, 24 ya habían cumplimentado la primera de las dos etapas de dicho proceso (el llamado «punto de decisión»), lo que los situaba en condiciones de obtener una reducción de la deuda. En tales casos, el alivio de la deuda liberaría sumas significativas de dinero que podrían emplearse en asistencia sanitaria pública.

Según los indicadores iniciales, los PPME dedicarán a asistencia sanitaria un promedio del 25% del ahorro anual derivado del alivio de la deuda. Por lo que respecta al SIDA, los datos de 10 países africanos pertenecientes a este grupo (Benin, Burkina Faso, Camerún, Madagascar, Malí, Mauritania, Mozambique, República Unida de Tanzania,

Figura 42



Fuente: Hecht R et al. (2002), Making AIDS Part of the Global Development Agenda, *Finance and Development*

Uganda y Zambia) señalan que, en conjunto, en 2001 presupuestaron unos US\$32 millones para actividades contra el SIDA, o sea, un 5% del ahorro derivado de la iniciativa en favor de los PPME.

Con el fin de calibrar cómo están afrontando el VIH/SIDA, la Secretaría del ONUSIDA ha revisado la primera generación de Documentos Estratégicos para la Reducción de la Pobreza (DERP), completos o provisionales, que han elaborado 25 países de África subsahariana. La revisión se basó en cuatro criterios:

- Análisis de la relación entre SIDA y pobreza.
- Principales estrategias del plan nacional sobre el SIDA presentes en los Documentos Estratégicos para la Reducción de la Pobreza.
- Objetivos a medio plazo de prevención y asistencia del SIDA, e indicadores empleados para supervisar los niveles de pobreza.
- Iniciativas a corto plazo que se han incorporado para luchar contra el VIH/SIDA (susceptibles de supervisión).

En otros PPME, sin embargo, se ha destinado al VIH/SIDA una cantidad mínima o nula del dinero ahorrado gracias al alivio de la deuda. Además, esta fuente de financiación no está al alcance de diversos países de ingresos bajos o medianos que están experimentando graves epidemias de VIH/SIDA. De acuerdo con los requisitos de la iniciativa en favor de los PPME, en la actualidad hay 16 países con una prevalencia del VIH en adultos superior

al 1,5% en 2001 que no pueden acogerse al alivio de la deuda. Entre ellos figuran algunos países de África subsahariana cuya prevalencia del VIH supera el 20%.

El sector empresarial

El sector empresarial también tiene un papel importante que desempeñar en la financiación de una respuesta ampliada. Alrededor del 7% de los recursos totales necesarios corresponde a programas de prevención en el lugar de trabajo, que podrían ser sufragados por empresas privadas. Están creciendo la escala y la diversidad de los esfuerzos empresariales para luchar contra el SIDA, pero, aun así, siguen constituyendo tan sólo una pequeña fracción de su potencial. Al mismo tiempo, diversas iniciativas empresariales relacionadas con el SIDA que aprovechan puntos fuertes clave del mundo empresarial marcan el rumbo para luchar contra el SIDA. Por ejemplo, el ONUSIDA colabora con MTV para aumentar la sensibilización entre los adolescentes de todo el mundo. En Asia, el Consejo Empresarial Tailandés se ha aliado con la Cruz Roja de Tailandia y otros asociados para integrar el VIH/SIDA en los programas de estudio regulares que se imparten a los estudiantes de marina mercante. Debswana, en Botswana, ha introducido servicios de prevención, tratamiento y atención para los empleados y sus cónyuges, lo que ha permitido reducir eficazmente la incidencia del VIH, sobre todo entre los trabajadores más jóvenes (véase «Foco de atención: SIDA y el mundo del trabajo»).

El panorama global

Estas innovaciones están ayudando a los países a potenciar significativamente sus respuestas al VIH/SIDA. Pero es probable que el impacto a más largo plazo sea limitado si la distribución mundial de recursos y oportunidades económicas continúa reflejando las discrepancias actuales.

Por desgracia, siguen disminuyendo las transferencias de recursos de fuentes públicas y privadas a países de ingresos bajos y medianos. Se requieren flujos de ayuda mucho más consistentes para que los países pobres puedan generar y mantener respuestas globales al SIDA. A pesar de ello, los

Declaración de compromiso

Instar a la comunidad internacional a que apoye y complemente los esfuerzos de los países en desarrollo que asignan un mayor volumen de fondos nacionales para luchar contra la epidemia del VIH/SIDA incrementando la asistencia internacional para el desarrollo, especialmente a los países más afectados por el VIH/SIDA [...] (Párrafo 84).

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001, Nueva York.

niveles de asistencia oficial para el desarrollo se encuentran en el punto más bajo de las dos últimas décadas. En 2000, sólo cuatro de los países más ricos del mundo seguían cumpliendo el compromiso de 1970 de aumentar los niveles de ayuda para el desarrollo hasta el 0,7% de su producto interior bruto. En la mayoría de los países de ingresos altos, esos niveles se situaban por debajo del 0,3%, y en un caso eran tan sólo del 0,1%, tal como ilustra la figura 43. La asistencia para África, en conjunto, ha disminuido de forma desalentadora: de US\$36 por persona en 1990 a tan sólo US\$20 en 1999. Según estimaciones del PNUD, la asistencia a los 28 países más afectados por el SIDA (cuya prevalencia del VIH en adultos supera el 4%) disminuyó en un tercio entre 1992 y 2000. El Banco Mundial ha calculado que se requieren cada año unos US\$40 000-60 000 millones adicionales en ayuda internacional, junto con mejoras políticas e institucionales, si se pretenden alcanzar en 2015 las metas socioeconómicas esbozadas en los Objetivos para el Desarrollo del Milenio.

Otros enfoques pueden reforzar la respuesta mundial al SIDA y ayudar a corregir los tipos de condiciones que fomentan la vulnerabilidad de las

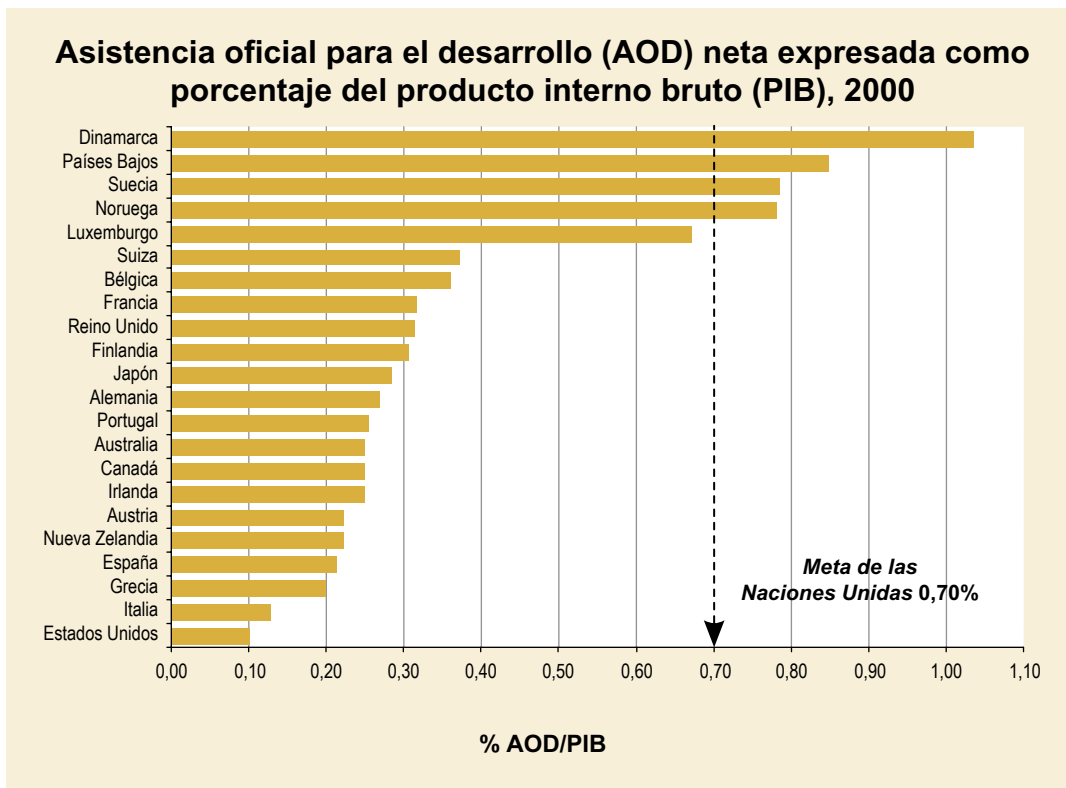
personas a la epidemia y sus efectos. Los acreedores comerciales, incluidos los prestamistas multilaterales, pueden condonar porcentajes mucho mayores de la deuda que siguen arrastrando los países pobres, un gran número de los cuales ya ha devuelto cantidades que sobrepasan en mucho el dinero prestado originalmente. Ciertos cambios positivos en los sistemas multilaterales de reglamentación pueden ayudar a establecer relaciones más justas de comercio mundial y mejorar el acceso al mercado de los bienes y servicios producidos en los países de ingresos bajos y medianos. Las medidas que fomentan los flujos de capital más equitativos y menos volátiles también pueden contribuir a los esfuerzos de los países para fortalecer sus economías y mejorar sus condiciones socioeconómicas. En 2000, por ejemplo, la entrada de inversiones extranjeras directas en toda África subsahariana representó tan sólo el 0,4% del total mundial (un descenso respecto al 0,6% de 1999). Existe, pues, un marco muy amplio para ayudar y capacitar a los países con el fin de que encuentren estrategias de desarrollo sostenibles que reflejen las necesidades esenciales de los ciudadanos.

A tener en cuenta

La mayoría de los países de ingresos bajos y medianos ya ha desarrollado planes detallados para luchar contra el SIDA, y casi todos ellos han proyectado presupuestos con el fin de aplicarlos. Para asegurar el éxito, la mayor inversión financiera tendrá que acompañarse de una inversión comparable en

recursos humanos y capacidades institucionales. Se requerirán mejores aptitudes de gobierno y mecanismos eficientes de transferencia de recursos para que la inversión en el área del SIDA llegue con presteza a los niveles donde más se necesita (véase sección «Respuestas nacionales»).

Figura 43



Fuentes: Para los datos del PIB, OCDE, *National Accounts of OECD Countries*, Volumen 1; para los datos de la AOD, OCDE

Un sinnfín de comunidades ya están preparadas para la acción. Las innovaciones financieras que se están diseñando nos recuerdan que la capacidad mundial para superar el reto del VIH/SIDA no se

ha agotado en absoluto. Pero, frente a la magnitud de las necesidades, esos esfuerzos tendrán que multiplicarse exponencialmente si se pretende cubrir el actual déficit de recursos.

Respuestas nacionales: cómo convertir el compromiso en acción



Respuestas nacionales: cómo convertir el compromiso en acción

Después de vivir con el VIH/SIDA durante dos decenios, hemos acumulado una gran cantidad de experiencia sobre cómo hay que responder de manera eficaz a la epidemia. A escala nacional, los dirigentes se han comprometido y han comprometido a sus administraciones a luchar contra el SIDA a niveles inferiores, que llegan hasta los vecindarios y las asociaciones comunitarias. Este compromiso político se traduce en acción a medida que las estructuras institucionales se reorganizan y se movilizan para sumarse a la respuesta al SIDA. Se utilizan más recursos. Y se aúnan esfuerzos nacionales más allá de las fronteras.

Compromiso político: donde se unen lo práctico y lo simbólico

Hace tan sólo seis años, cuando el ONUSIDA empezó su labor de sensibilización con gobiernos de distintos lugares del mundo, a menudo resultaba difícil atraer la atención de los dirigentes políticos de alto nivel sobre el VIH/SIDA. La presión de muchas otras prioridades y la mera falta de información implicaba que la epidemia se considerara principalmente una cuestión médica que debían tratar los ministerios de salud.

Ahora, sin embargo, los presidentes y los primeros ministros de toda África, las Américas, el Caribe, Asia y Europa oriental muestran públicamente su dedicación personal a la lucha contra el SIDA. Han reconocido que el SIDA no es sólo un problema de salud; es fundamental para el desarrollo, el progreso y la seguridad. En África, por ejemplo, los jefes de Estado de diversos países –entre ellos Malí, Nigeria, Rwanda, Sudáfrica y Uganda– se

Declaración de compromiso

Para 2003, asegurar el establecimiento y la ejecución de estrategias y planes de financiación nacionales multisectoriales para luchar contra el VIH/SIDA que: se refieran a la epidemia en términos directos [...] (Párrafo 37).

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001 Nueva York

han reunido para crear Vigilancia del SIDA-África. Esta iniciativa, que es un ejemplo de educación inter pares al más alto nivel, permite que los miembros alerten a otros jefes de Estado sobre la amenaza que supone el SIDA para el desarrollo y los anime a enfrentarse a la epidemia.

Este compromiso político de alto nivel ha adquirido un peso más que simbólico. En un país tras otro, se han realizado rápidos progresos cuando los presidentes y los primeros ministros han asumido el control de la respuesta al SIDA, con frecuencia

mediante la presidencia de órganos de coordinación nacional dedicados a ocuparse de la epidemia. Pero el valor simbólico de las conmovedoras declaraciones de compromiso también es importante, ya que hace sonar la alarma, ayuda a alentar a la gente para que pase a la acción y genera esperanzas entre aquéllos que podrían haberse sentido marginados por una enfermedad de la cual pocos hablaban en público. El presidente ucraniano Leonid Kuchma, por ejemplo, ha hecho avanzar la respuesta de su país considerablemente al declarar 2002 “Año contra el SIDA” en su país.

Traspassando las fronteras

La consideración del SIDA como una cuestión de seguridad humana, junto con la preocupación generalizada por los efectos negativos de la mundialización, ha llevado a los gobiernos el mensaje de que el SIDA es realmente un problema mundial que exige respuestas mundiales. Ahora, se adquieren compromisos políticos no sólo a nivel nacional, sino también a nivel regional.

Un ejemplo es la Asociación Pan Caribeña sobre el VIH/SIDA. Esta Asociación, creada en la reunión de febrero de 2001 de los jefes de Estado de la región, vincula los recursos de los gobiernos y la comunidad internacional con los de la sociedad civil para estimular respuestas nacionales y regionales. Actúa como parte de la Secretaría de la Comunidad del Caribe (CARICOM) y comprende asociados regionales como la Red del Caribe de Personas que viven con el HIV/SIDA, el Banco de Desarrollo del Caribe y la Universidad de las Antillas.

Al otro lado del océano, la Asociación Internacional contra el VIH/SIDA en África aprovecha los puntos fuertes de los cinco interesados directos –los gobiernos, los donantes bilaterales, la sociedad civil, el sector privado y las Naciones Unidas– para fomentar unos mayores esfuerzos coordinados a fin de luchar contra la enfermedad. La Asociación fomenta la creación de “foros de asociaciones” inclusivos al nivel de país y ha desempeñado un papel decisivo en acontecimientos de alcance continental como las discusiones sobre el SIDA en el Foro de Desarrollo Africano en 2000, y la Cumbre de Abuja en 2001.

Entretanto, la Asociación del Océano Índico contra el SIDA reúne a las naciones isleñas de Comoras, Madagascar, Mauricio, Seychelles y el territorio francés de ultramar de la Reunión. Los asociados, centrados en la Comisión del Océano Índico, han acordado movilizar recursos de manera conjunta, fomentar el logro de los objetivos de la Declaración de compromiso del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS), integrar los programas sobre el VIH/SIDA en instrumentos de desarrollo nacional y reforzar los medios de acción de las organizaciones no gubernamentales, entre otras medidas.

Las organizaciones no gubernamentales también forjan vínculos regionales e internacionales. En Asia, la Coalición de Redes Regionales de Asia y el Pacífico sobre el VIH/SIDA (conocida como “las siete hermanas”), reúne redes que representan o trabajan con algunos de los grupos más afectados o vulnerables de la región, juntamente con proveedores de servicios y profesionales que se dedican a la prevención y la atención del VIH/SIDA.

Cómo romper el silencio

La participación de las personas que viven con el VIH/SIDA es crucial si se quieren superar los obstáculos del estigma, la discriminación y la negación. Pero, si escogen la franqueza frente al secretismo, las personas que viven con el virus tienen que disponer de un entorno que los proteja. Para que esto suceda, los dirigentes tienen que salvaguardar los derechos humanos fundamentales. Puede que esto signifique revisar y mejorar los instrumentos jurídicos y aumentar el acceso a los servicios jurídicos y a la información (véase “Foco de atención: SIDA y derechos humanos”). En Filipinas, por ejemplo, el Ministerio de Justicia elaboró la Ley Nacional del SIDA de 1997 consultando con un amplio abanico de interesados directos. Más recientemente, la Asociación del Océano Índico (véase recuadro “Traspassando las fronteras”) afirma explícitamente la necesidad de respetar los derechos humanos a fin de que las estrategias contra el VIH/SIDA tengan éxito.

El compromiso de los más altos dirigentes políticos de los países debe impregnar todos los niveles de gobierno. Con este espíritu, la Reunión Anual de Parlamentarios Francófonos de mayo de 2001 redactó el borrador de un documento marco para guiar las legislaturas de África occidental respecto a la realización de aportaciones eficaces a las respuestas nacionales. Al otro lado del continente, a mediados de 2001, 80 parlamentarios de la República Unida de Tanzania crearon la Coalición de Parlamentarios Tanzanos contra el SIDA para llevar a cabo actividades de sensibilización dentro y fuera del Parlamento.

El liderazgo político a nivel más local también es importante. En Belarús, el Consejo Nacional sobre el SIDA tiene homólogos a nivel regional y municipal. Ambos se aseguran la influencia política por el hecho de que la segunda autoridad del gobierno local preside los consejos locales. Algunos de esos consejos sobre el SIDA descentralizados ayudan a incorporar el VIH en los programas locales.

Movilización de todos los sectores de la sociedad

Una función importante de los gobiernos consiste en abrir el camino para que todos los sectores de la sociedad puedan contribuir a la respuesta. Los países que han utilizado enfoques multisectoriales han visto reforzada su respuesta nacional a través de la participación de los grupos o las asociaciones religiosos, culturales y comunitarios, los empresarios, los sindicatos y las organizaciones no gubernamentales.

Especialmente en África, ahora es bastante corriente incluir múltiples ministerios, además de representantes de la sociedad civil y otros asociados para el desarrollo, en las estructuras de coordinación política de alto nivel. Togo proporcionó un ejemplo reciente cuando su presidente estableció y presidió un Consejo Nacional sobre el SIDA que ahora incluye a representantes de diversos ministerios gubernamentales, la sociedad civil y el sector privado. Esta clase de ejemplo se repite en otros países. En el Caribe, por ejemplo, el Gobierno de Saint Kitts y Nevis amplió recientemente su Comité Nacional Asesor sobre el SIDA para incluir a sindicatos, organizaciones no gubernamentales, organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA, organizaciones religiosas y el sector privado.

El hecho de que cada vez haya más consejos nacionales, comisiones u órganos sobre el SIDA similares dirigidos por presidentes, primeros ministros y vicepresidentes refleja la amenaza que supone el SIDA para el desarrollo nacional. Este liderazgo de alto nivel no sólo pone de manifiesto el compromiso político, sino que también aumenta la presión sobre los ministerios distintos del de salud para que desarrollen actividades destinadas a luchar contra el SIDA en el seno de sus programas normales.

No obstante, se requiere precaución. La movilización política y los órganos responsables de formu-

Cuadro 3

Número de consejos nacionales, comisiones u órganos sobre el SIDA similares presididos por presidentes, primeros ministros o sus vicepresidentes o sus viceprimeros ministros.			
África (13)	Asia y Asia central (5)	Europa oriental (5)	Caribe (4)
Botswana, Burkina Faso, Burundi, República Centroafricana, Côte d'Ivoire, Etiopía, Ghana, Mozambique, Nigeria, Senegal, Sudáfrica, Swazilandia, Togo	China, Mongolia, Nepal, Tailandia, Viet Nam	Belarús, Kazajstán, Kirguistán, Tayikistán, Ucrania	Barbados, República Dominicana, Haití*, Saint Kitts y Nevis
*En Haití, el órgano está presidido por la Primera Dama.			

lar las políticas deben gestionarse cuidadosamente para evitar crear confusión entre las instituciones existentes que ya llevan a cabo actividades relacionadas con el SIDA. Los ministerios de salud, por ejemplo, tradicionalmente han tomado la iniciativa en la programación sobre el SIDA, con frecuencia a través de los programas nacionales de control del SIDA. Una manera de evitar posibles conflictos es mediante el establecimiento de responsabilidades claras de coordinación, sensibilización y formulación de políticas de una manera que no debilite el mandato de los ministerios de salud o de otras estructuras existentes. En Kenya, por ejemplo, el Consejo Nacional de Control del SIDA toma la iniciativa en la coordinación y evaluación de todas las actividades contra el SIDA, mientras que el Ministerio de Salud sigue gestionando las intervenciones principalmente relacionadas con la salud. Los esfuerzos de asistencia en gran escala, como el Programa Multinacional sobre el SIDA para África, del Banco Mundial, han proporcionado fondos al Consejo Nacional de Control del SIDA (para apoyar las labores de coordinación y canalizar los fondos a los ministerios distintos del de salud y a actores no gubernamentales) además del Ministerio de Salud.

En estos marcos coordinados, cada vez más países demuestran que los ministerios individuales

pueden integrar el SIDA en sus mandatos existentes, a menudo en coordinación con otros ministerios y organismos. En Sri Lanka, por ejemplo, el Ministerio de Trabajo, la Oficina de Educación sobre Salud y el Ministerio de Asuntos de la Mujer han abordado el problema de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA en las zonas de libre comercio. Como consecuencia del atractivo que tienen estas zonas para los trabajadores migratorios nacionales e internacionales y las estructuras de ingresos cambiantes, el riesgo del VIH/SIDA puede ser mayor en estas zonas y sus alrededores. Los ministerios cooperan con las organizaciones no gubernamentales para proporcionar servicios de prevención a los trabajadores de dichas zonas. Y, en el sector del transporte, los ministerios del ferrocarril en China y Mongolia han puesto en marcha programas para los trabajadores migratorios jóvenes que viajan por sus respectivos países.

Como el SIDA es un problema que concierne a la sociedad en su conjunto, las respuestas a la epidemia deben estar vinculadas a cuestiones de desarrollo nacional (como el trabajo y el comercio) y a instrumentos para el desarrollo (como los Documentos Estratégicos para la Reducción de la Pobreza). En África, por ejemplo, diez países (Benin, Burkina Faso, Camerún, Madagascar, Malí, Mauritania, Mozambique, Uganda, República Unida de

Tanzanía y Zambia) han asignado un presupuesto de aproximadamente el 5% de sus ahorros del alivio de la deuda para actividades relacionadas con el SIDA, con arreglo a la iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (PPME) (véase sección “Atender las necesidades”).

Entretanto, el Octavo Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social de Tailandia, que incluye el SIDA en la estrategia para el desarrollo global de la nación, considera el SIDA como un problema inseparable de otros problemas de desarrollo. Esto refleja la orientación del Plan hacia el desarrollo holístico y el desarrollo de los medios de acción

a largo plazo, un enfoque que se ha adoptado en toda la planificación relacionada con el SIDA durante este período.

Cómo fortalecer la sociedad civil y basarse en ella

Los enfoques multisectoriales tienen otra virtud importante: son clave para desarrollar los medios de acción en el seno de la sociedad civil y permitir que las personas y los grupos participen activamente en la programación, en lugar de ser destinatarios pasivos. Las organizaciones de la sociedad civil desempeñan unas funciones importantes en la sen-

La contribución de las organizaciones religiosas

Las organizaciones religiosas desempeñan una función importante en la respuesta al VIH/SIDA. En África, los hospitales y los dispensarios respaldados por la iglesia fueron unos de los primeros en cuidar de los enfermos de SIDA. Las organizaciones religiosas tienen un papel clave, también, en la sensibilización y capacitación.

En Asia sudoriental, los monjes y monjas budistas de Camboya, Tailandia y Viet Nam proporcionan atención y apoyo a las personas con el VIH/SIDA, al mismo tiempo que se dedican a tareas de prevención. Durante muchos años, la organización católica Caritas Internacional ha llevado a cabo reflexiones teológicas sobre el VIH/SIDA, mientras que muchas organizaciones nacionales de Caritas proporcionan atención y apoyo a las personas que viven con el VIH/SIDA y a los huérfanos. En África, por ejemplo, la ADI de los Estados Unidos concede subvenciones para apoyar las actividades de los programas y la planificación estratégica de una variedad de redes religiosas, entre ellas la Conferencia Panafricana de Iglesias, la Organización de Iglesias Africanas Instituidas, la Asociación Médica Islámica de Uganda, la Iglesia de la Provincia de África Meridional (anglicana) y la Alianza Interreligiosa de Uganda. En otros lugares, la Conferencia Episcopal de América Latina trabaja con la oficina regional del UNICEF para organizar talleres y cursos de capacitación sobre el VIH/SIDA para los trabajadores pastorales de las parroquias de toda la región.

Las organizaciones religiosas tienen una enorme influencia sobre las normas culturales que guían el comportamiento individual y comunitario y que afectan a la manera de interpretar la información sobre el SIDA. Algunas ponen objeciones al uso y promoción del preservativo, y prefieren hacer hincapié en la enseñanza de la fidelidad y la abstención como medidas de prevención. Enseñar estos principios puede ser eficaz para ayudar a modificar el comportamiento de manera positiva, siempre y cuando las personas también desarrollen la capacidad de adherirse a ellos en su vida diaria. Otros grupos religiosos, como la comunidad islámica de Uganda, han manifestado públicamente que la educación sobre el uso responsable del preservativo es aceptable. Del mismo modo, el reciente plan de acción de la Alianza de Sensibilización Ecuménica cita la educación sexual como un instrumento clave para la prevención del VIH y hace hincapié en que las personas necesitan conocimientos objetivos sobre anatomía sexual, fisiología y psicología para poder vivir de manera segura en la abstención o la fidelidad.

sibilización, al participar en el diseño y ejecución de las políticas y la programación, y en la prestación de servicios, especialmente a nivel comunitario. Por ejemplo, buena parte del éxito del Brasil en la prevención del VIH se debe a las más de 600 organizaciones comunitarias y no gubernamentales del país. Durante la última década o más, esas organizaciones han establecido programas de intercambio de agujas, distribuido preservativos, gestionado grupos de apoyo y proporcionado asesoramiento. También han mantenido el VIH/SIDA en primer plano, ejerciendo una presión política esencial cuando ha sido necesario. En 1999, cuando el Ministerio de Salud tuvo que hacer frente a recortes en su presupuesto para el SIDA, la tuberculosis y otras enfermedades, estos grupos se movilizaron en su defensa. Sus manifestaciones de protesta en las calles y otras actividades recibieron una gran cobertura en la prensa y un fuerte apoyo por parte de algunos parlamentarios. Al final, se restituyeron los fondos. Una sociedad civil fuerte florece en un entorno en que el Estado permite este tipo de participación de las organizaciones no gubernamentales. De manera activa, hay que capacitar a las organizaciones de la sociedad civil mediante la ley y la práctica diaria para que organicen, publiquen y reúnan información, y al mismo tiempo tengan el derecho jurídico a recurrir a los tribunales y, si fuera necesario, la opción de manifestarse. Como participantes activos en el diseño y la ejecución de las políticas y la programación, deben estar en la mesa desde el principio.

El desarrollo reciente de la política nacional sobre el SIDA de la República Unida de Tanzania, por ejemplo, se basó en una consulta amplia con todos los ministerios y una variedad de organizaciones de la sociedad civil. Una cuestión que se benefició de la participación de la sociedad civil –en este caso, incluida la empresa privada– fue la respuesta al VIH/SIDA en el lugar de trabajo. Los representantes del Ministerio de Trabajo y las organizaciones de empleadores y trabajadores trabajaron juntos para crear políticas basadas en

el Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT.

Algunas iniciativas financieras importantes recientes también han incorporado el papel de la sociedad civil en el diseño y la ejecución. El Programa Multinacional sobre el SIDA para África del Banco Mundial se propone explícitamente utilizar organizaciones no gubernamentales como ejecutores asociados para aproximadamente el 50% de los fondos proporcionados. El recientemente creado Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo requiere que las propuestas de los países pasen por los “Mecanismos de Coordinación Nacional”, que deberían implicar a la sociedad civil.

El principio de Mayor participación de las personas que viven con el VIH/SIDA (MPPVS) sigue siendo un pilar de las respuestas multisectoriales. Históricamente, en países como Australia, el Brasil, Côte d'Ivoire, Francia, Noruega, Tailandia, Uganda y el Reino Unido, las organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA han ayudado a preparar planes nacionales y a adaptarlos a las condiciones locales. Esto sucede cada vez en más países, con unos resultados alentadores. En Camboya, por ejemplo, el establecimiento de una red nacional de personas que viven con el VIH/SIDA en 2001 refleja un entorno social positivo que es muy distinto del que había hace tan sólo dos años. La legitimidad de la Red quedó confirmada por la reciente decisión del Gobierno de incluir a representantes de las personas que viven con el VIH/SIDA en el Mecanismo de Coordinación Nacional de Camboya. A nivel de política, esto queda reflejado en el nuevo “Marco estratégico nacional para una respuesta global y multisectorial al VIH/SIDA, 2001-2005”, que aprueba explícitamente la MPPVS como un principio primordial de la respuesta nacional. Muchos ejemplos también proceden de África, donde se ha fomentado con fuerza la MPPVS (véase sección “Prevención”).

Estructuras institucionales: los componentes básicos de la respuesta

Hay que poner en práctica diversas estructuras y disposiciones institucionales para convertir el compromiso político y la participación multi-sectorial en una programación eficaz. Los planes estratégicos nacionales son los principales instrumentos para establecer las prioridades y preparar los presupuestos de las actividades relacionadas con el VIH/SIDA, ya que proporcionan el marco operativo para invertir recursos financieros nuevos y existentes. También sirven de mapa para poner en marcha estructuras, y ponen de relieve cuándo hay que reforzar la capacidad humana e institucional.

Planificación estratégica y ejecución

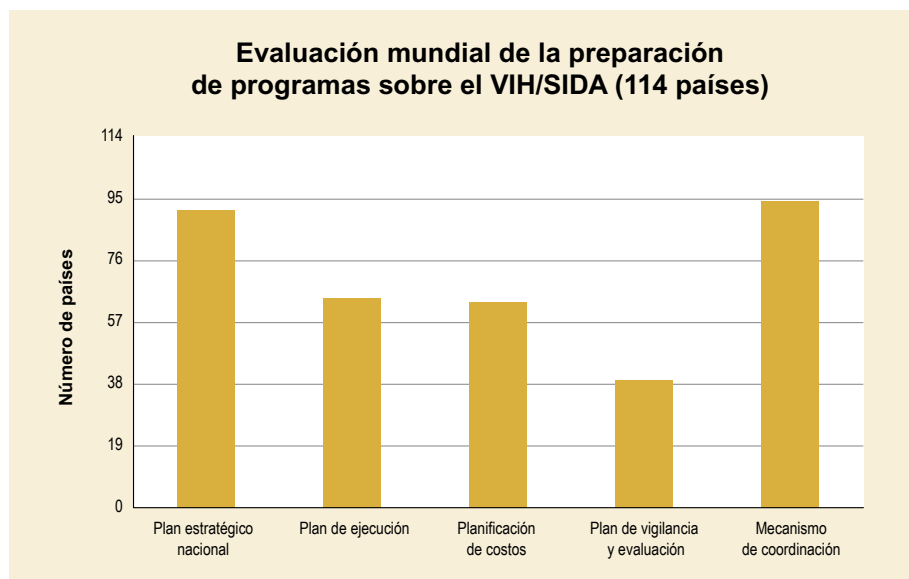
En enero de 2001, el ONUSIDA llevó a cabo una evaluación de la preparación de los países a fin de determinar cómo podía aplicarse un mayor nivel

de financiación a los programas sobre el VIH/SIDA. Los 114 países evaluados se seleccionaron de entre todas las regiones. La “preparación” se evaluó de acuerdo con la situación de cinco componentes básicos:

- Un plan estratégico nacional sobre el SIDA.
- La capacidad de poner en funcionamiento el plan.
- El cálculo detallado de los costos del plan estratégico.
- Una estrategia de seguimiento y evaluación.
- Mecanismos que pueden conseguir la coordinación entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales, el sistema de las Naciones Unidas y donantes bilaterales.

La figura 44 resume los resultados de la evaluación.

Figura 44



Fuente: Presentación conjunta OMS/ONUSIDA, 27 de enero de 2002, Ginebra

El número relativamente elevado de planes estratégicos nacionales y mecanismos de coordinación refleja los progresos realizados desde el punto de vista del liderazgo político y el compromiso de los gobiernos para movilizar una respuesta al SIDA. Aproximadamente 100 países fueron capaces de preparar propuestas para el Fondo Mundial en un período de unas seis semanas, en buena parte gracias a la existencia de planes estratégicos y comités de coordinación que pudieron adaptarse fácilmente a los requisitos del Fondo Mundial.

En África, sólo queda un puñado de países sin una respuesta al SIDA. Pero, en muchos casos, los planes aún se encuentran en sus etapas iniciales y todavía se están elaborando los componentes de cálculo de costos y seguimiento. En Asia, la planificación en general está muy avanzada; en las pocas excepciones, la falta de preparación puede reflejar la asignación de una prioridad relativamente baja a las actividades relacionadas con el SIDA porque la prevalencia del VIH aún es baja. Las respuestas europeas al VIH varían. En algunos casos, sólo ahora los programas se preparan para hacer frente a los recientes aumentos pronunciados de la incidencia del VIH. En las Américas, las respuestas al SIDA, en muchos casos, se desarrollaron hace tiempo y son integrales, aunque hay algunos países todavía rezagados.

En términos generales, un menor número de países tenía los costos del plan calculados y todavía era menor el número de los que tenían sistemas de seguimiento y evaluación establecidos para ayudar a gestionar y adaptar la ejecución de las actividades. Estos hallazgos ponen de relieve la necesidad de centrarse en el desarrollo de los medios de acción para la gestión de programas en todo el mundo.

Aunque la revisión examinó la preparación, los resultados no tendrían que implicar que los recursos deban destinarse únicamente a los países mejor preparados: en algunos casos, la necesidad es mayor precisamente porque los países están mal preparados para hacer frente a los problemas del SIDA.

Coordinación nacional

Una respuesta nacional basada en la planificación estratégica y los enfoques multisectoriales no es la solución mágica para todos los posibles problemas. De hecho, incluso podría precipitar ciertas complicaciones como conflictos “de territorio”, divisiones poco claras de la responsabilidad, competencia respecto a las asignaciones presupuestarias y contradicciones entre los ministerios y los sectores. Por consiguiente, es esencial implantar estructuras nacionales sólidas que coordinen la adopción de decisiones de alto nivel con los brazos operativos.

Durante los dos últimos años, diversos países han realizado progresos considerables en la creación de dispositivos institucionales para coordinar y gestionar mejor sus respuestas nacionales. Cada uno ha emprendido esta tarea de manera distinta. Côte d'Ivoire ha creado un Ministerio del VIH/SIDA, mientras que Camboya tiene una Autoridad Nacional, que consiste en un órgano interministerial integrado por 15 ministerios, la Cruz Roja de Camboya y los gobiernos provinciales. La Unidad de Coordinación Nacional del Brasil (en el seno del Ministerio de Salud) ha sido el modelo para algunos países, mientras que otros han seguido el enfoque establecido a principios de los años noventa por Tailandia, y han creado consejos o comisiones en la oficina del presidente o el primer ministro. En diversos países africanos, los presidentes, primeros ministros o sus vicepresidentes o viceprimeros ministros presiden los consejos nacionales. Algunos países de Asia central han adoptado el mismo modelo. Kazajstán, por ejemplo, tiene comités transversales centrales y regionales, que están presididos por el viceprimer ministro y los vicegobernadores respectivamente. Sea cual sea el tipo de órgano creado, requiere pericia técnica y recursos sostenidos, y debería establecerse con mandatos claros, líneas de responsabilidad y el personal apropiado.

Cuatro respuestas nacionales prometedoras

Se han puesto de manifiesto respuestas nacionales firmes en todas las regiones del mundo, como demuestran los siguientes ejemplos, cada uno a su manera. Pero, aunque la epidemia se halla en una etapa distinta en cada país y las condiciones socioeconómicas difieren, las similitudes son evidentes. Comprenden un nivel elevado de compromiso político, buenos mecanismos de coordinación, una planificación rigurosa y una movilización de recursos satisfactoria.

- En los últimos años, Barbados ha respondido enérgicamente a una epidemia que crece con gran rapidez. En septiembre de 2000, la coordinación del Programa Nacional del SIDA se situó en la oficina del primer ministro. Aunque el país financia la mayor parte de su programación sobre el VIH/SIDA con sus propios fondos, sus sólidos dispositivos de planificación y ejecución también le han valido un préstamo de US\$15,5 millones del Banco Mundial para el VIH/SIDA.
- Botswana se enfrenta a una de las epidemias más graves del mundo. Bajo el liderazgo de su presidente, que preside el Consejo Nacional sobre el SIDA, Botswana es uno de los primeros países africanos que ha adoptado la planificación de segunda generación, al pasar de una postura concebida principalmente en función del sistema de salud a una postura multisectorial de base amplia. A pesar del elevado costo de la respuesta, el Gobierno financia buena parte de la misma.
- Camboya todavía está en fase de reconstrucción tras décadas de conflicto y el país se enfrenta a enormes déficit de infraestructuras y recursos. Aun así, ha realizado progresos en su lucha contra el SIDA. En los dos últimos años, ha reducido las tasas de prevalencia en los adultos (véase sección "Panorama mundial") y ha demostrado determinación en el ámbito de las políticas, y tiene previsto poner en marcha una nueva ley sobre el SIDA basada en los derechos humanos en 2002.
- Ucrania se enfrenta a una epidemia que se propaga con gran rapidez al mismo tiempo que intenta gestionar su transición a la economía de mercado. No obstante, con el firme liderazgo de su presidente y la creciente participación de la sociedad civil, el país está poniendo en marcha una respuesta detallada. Se dedican importantes recursos a la prevención entre los jóvenes y las poblaciones vulnerables, y existen diversas respuestas sectoriales sólidas de distintos ministerios y de los servicios de defensa y penitenciarios.

La experiencia de Etiopía demuestra la manera como los dispositivos de coordinación pueden extenderse de los niveles nacionales a los locales. El Gobierno tiene un Consejo Nacional sobre el VIH/SIDA multisectorial presidido por el presidente y compuesto por miembros del Gobierno, ministerios del sector, organizaciones religiosas, organizaciones no gubernamentales, el sector privado y personas que viven con el VIH/SIDA. En la oficina del primer ministro hay una secretaría que presta apoyo al Consejo, junto con juntas asesoras y de revisión, y varios subcomités. Existen estructuras similares en las regiones: al nivel de Woreda (distrito) y al nivel de Kebele (local). Las secretarías a nivel nacional y regional coordinan y facilitan

la ejecución diaria del programa sobre el VIH/SIDA, mientras que la Unidad de Coordinación de Proyectos está ubicada en el seno del Consejo Nacional sobre el VIH/SIDA. Normalmente, los recursos se canalizan desde esta unidad a las regiones y los Woredas, pero el Fondo de Emergencia para el VIH/SIDA proporciona flexibilidad. Puede canalizar los fondos directamente a las regiones y los Woredas, cuando sea necesario.

Otro mecanismo de coordinación útil es el Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, que se esfuerza por mejorar la coherencia entre los interesados directos implicados en las respuestas dirigidas por los gobiernos. Los Grupos

Temáticos son el canal y vehículo principal para el apoyo colectivo del sistema de las Naciones Unidas a los países y su colaboración con ellos. Desde su establecimiento en algunos países, en 1996, muchos Grupos Temáticos han pasado de ser foros para el intercambio de información a convertirse en vehículos para la movilización del compromiso político o para facilitar la creación de asociaciones entre asociados nacionales e internacionales. En Asia central y Europa oriental, por ejemplo, se han creado 26 Grupos Temáticos, incluidos los de Kosovo, Montenegro y Serbia. Han resultado especialmente útiles en la construcción de puentes de enlace para iniciativas con múltiples asociados, como el Grupo Interorganismos sobre Salud, Desarrollo y Protección de los Jóvenes.

Del mismo modo, los consejos de coordinación de las organizaciones no gubernamentales han ayudado a evitar la duplicación, a establecer prioridades de acción y a otorgar un mayor peso a las labores de sensibilización. Ahora, el Uruguay tiene un Foro Nacional de Organizaciones No Gubernamentales sobre el SIDA que puede proporcionar una mayor coherencia a las actividades de las organizaciones no gubernamentales que se llevan a cabo en el país. El Foro mantendrá estrechos vínculos con la Unidad de Coordinación Nacional del Ministerio de Salud. Se están creando estructuras similares en la Argentina y el Paraguay.

Descentralización y respuestas locales

Además de desarrollar mecanismos de coordinación, los países necesitan mecanismos eficientes para descentralizar los servicios. Esto es para asegurarse de que las respuestas nacionales son eficaces en todo el país, tanto en las zonas urbanas como rurales.

Las respuestas al nivel de distrito se han erigido en importantes instrumentos de descentralización. En los países en que el distrito es la unidad adminis-

trativa más cercana a las comunidades individuales, puede servir de puente de enlace entre los esfuerzos de la comunidad y la planificación estratégica nacional, y de lugar para la planificación multisectorial.

Malí, por ejemplo, aprobó el plan de acción 2000-2001 para reforzar los medios de acción de los distritos. Su estrategia consiste en establecer asociaciones locales con los proveedores de servicios, lo que tendrá como resultado la iniciativa Un distrito, una ONG (“Un cercle, une ONG”; cercle es el término maliense para “distrito”). Antes de 2006, esa iniciativa quiere abarcar las 702 unidades de gobierno local del país (comunidades), cada una de las cuales tendrá un plan de acción y las asociaciones locales necesarias para ejecutarlo.

Zimbabwe ha adoptado un enfoque innovador para descentralizar la financiación, vinculando el impuesto del SIDA al proceso del Plan de Distrito sobre el SIDA. El impuesto se creó en 1999 para complementar los fondos a disposición del Ministerio de Salud y Bienestar Infantil para el VIH/SIDA y otras actividades. De acuerdo con este impuesto, los individuos y las empresas pagan el 3% de los impuestos sobre la renta y sobre sociedades al Fondo Fiduciario Nacional del SIDA, que está administrado por el Consejo Nacional sobre el SIDA. Al principio, el Consejo Nacional sobre el SIDA desembolsaba los fondos a organizaciones que trabajaban en el campo del VIH/SIDA, pero se dio cuenta de que esto beneficiaba principalmente a organizaciones de reconocido prestigio. En 2001, se estableció un proceso para crear planes de acción de base comunitaria en cada uno de los 55 distritos del país, junto con comités de acción sobre el SIDA al nivel de distrito, barrio y aldea. Los desembolsos se harían en cuentas bancarias comunitarias y se basarían en las prioridades comunitarias detalladas en el proceso de planificación. A finales de ese año, cada nivel de distrito había recibido una cantidad inicial de cerca de US\$90 000 (más o menos 5 millones de dólares de Zimbabwe de esa época) del Consejo Nacional sobre el SIDA.

La República Unida de Tanzania, cuyas respuestas en el distrito se promueven desde hace algunos años, ofrece un ejemplo de cómo pueden perfeccionarse y mejorarse estos programas. En junio de 2001, la Comisión de Tanzania sobre el SIDA acordó llevar a cabo una evaluación de los medios de acción de los distritos que ayudaría al desarrollo de los mecanismos de planificación, coordinación y financiación al nivel de distrito y comunitario. El estudio recomendaba, entre otras cosas, un mayor uso de los dirigentes locales para luchar contra el SIDA, una mejora de los mecanismos de financiación para asegurar que los fondos lleguen a las aldeas y las comunidades, y un mayor número de actividades de comunicación destinadas a las aldeas y las comunidades rurales. A raíz del estudio, se volverán a formular las directrices para los comités de distrito de acción sobre el SIDA.

Desarrollo de los medios de acción

El desarrollo de los medios de acción para ejecutar y gestionar los programas necesarios es crucial. En algunos lugares, la falta generalizada de medios de acción dificulta el desarrollo de actividades, en particular en las sociedades que acaban de salir de un conflicto o un cambio político profundo.

No obstante, casi en todas partes, existen algunos medios de acción en la mayor parte de los campos de prevención, tratamiento, atención y mitigación del impacto. Y esos medios de acción pueden mejorarse. Las mayores necesidades se dan en África subsahariana. Existe una variedad de iniciativas para satisfacer estas necesidades, entre ellas programas del PNUD y el Banco Mundial para mejorar la administración pública en gran escala y los esfuerzos de la OMS para mejorar el rendi-

Respuesta al nivel de distrito en Burkina Faso: ¿problemas iniciales o diseño fallido?

La experiencia del distrito de Gaoua, en la provincia de Poni de Burkina Faso, revela el potencial y las dificultades de las iniciativas sobre el SIDA en los distritos. El Plan Multisectorial de Gaoua, facilitado por el ONUSIDA y con financiación inicial del organismo de ayuda alemán GTZ, se puso en marcha en 1997 con un análisis de la situación basado en la consulta con una amplia gama de grupos. En 1999, un grupo de donantes, entre ellos diversos copatrocinadores del ONUSIDA, aceptaron el plan resultante de dos años para la prevención y atención del SIDA. El plan abarcaba no sólo cuestiones de "salud", sino también cuestiones más generales como los patrones de migración que contribuyen a propagar el virus en el distrito. El plan recibió un amplio apoyo entre la población local.

No obstante, antes de 2000 el plan tenía problemas. Al final, no se habían llegado a financiar las actividades de un año, y las medicinas y los estuches de pruebas nunca llegaron, lo que minó buena parte de la atención y asesoramiento previstos para los pacientes. Los motivos incluyeron problemas con los sistemas de adquisiciones nacionales, unos procedimientos de compra y desembolso complicados, conflictos de pertinencia entre los niveles nacional y local, la carga que suponía cumplir los requisitos de notificación de tantos organismos y la rotación constante de los funcionarios y los administradores gubernamentales. Una consecuencia fue un resentimiento considerable hacia los donantes y las autoridades nacionales.

Ahora, una nueva iniciativa ampliada, denominada "Projet Pilote", ha sustituido al plan nacional, con financiación de un único donante: el Banco Mundial. La nueva iniciativa se ha ampliado a más de 500 aldeas de toda la provincia de Poni. Ofrece nuevos procedimientos de contabilidad que proporcionarán a cada aldea y a los ocho sectores de Gaoua una cuenta bancaria para pagar sus propios proyectos de atención y prevención diseñados localmente. El éxito de esta nueva iniciativa, al parecer, dependerá de si se consigue una pertinencia y un control locales eficaces de los recursos sostenibles.

miento de los sistemas de salud. Otras iniciativas se ocupan directamente de la capacidad de gestionar la programación sobre el SIDA, como la Red de Capacitación Regional sobre el SIDA de África Oriental y Meridional. Esta Red conecta a 17 instituciones de capacitación de toda la región para proporcionar una variedad de cursos para gestores de nivel medio, supervisores y capacitadores de instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales y el sector privado. También proporciona capacitación para profesores, dirigentes religiosos y funcionarios de los ministerios gubernamentales, junto con directores de fábricas, empresas comerciales y responsables de adoptar decisiones del sector privado.

La capacitación y el desarrollo de aptitudes son componentes clave del desarrollo de los medios de acción. Pero el aumento de la capacidad humana necesaria para hacer el trabajo requiere personas con las aptitudes y la pericia necesarias, junto con unos entornos que lleven al mantenimiento y desarrollo de los medios de acción. La Secretaría del ONUSIDA, en asociación con la ADI de los Estados Unidos, el Instituto del Banco Mundial y otros, se ha embarcado en un intento de reforzar la capacidad humana en los países de todo el mundo. El objetivo es reunir orientación técnica sobre cómo llevar la “capacitación” a otros niveles y permitir que los individuos y las organizaciones recluten, desarrollen y mantengan un liderazgo cualificado para las acciones relacionadas con el VIH/SIDA.

En Europa oriental y Asia central, muchos países heredaron una amplia infraestructura social y sanitaria. Pero los medios de acción no siempre están a la altura de algunas de las dificultades que plantea la epidemia, como la prevención del VIH entre los grupos vulnerables (por ejemplo, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los profesionales del sexo y los consumidores de drogas intravenosas). En gran medida, los programas nacionales aún no pueden vigilar plenamente el VIH entre

esos grupos y carecen de personal cualificado para poner en práctica intervenciones eficaces. Se requerirá una inversión gubernamental considerable para llevar a cabo una capacitación pertinente.

Los proyectos en pequeña escala pueden desarrollar los datos necesarios para la sensibilización con los gobiernos y proporcionar una base para ampliar las actividades destinadas a la prevención de la infección por el VIH entre los consumidores de drogas intravenosas. Algunos de los proyectos para los consumidores de drogas intravenosas financiados por el Open Society Institute en la Federación de Rusia constituyen buenos ejemplos de esto. En la ciudad de Kazán (Federación de Rusia), uno de dichos proyectos ha utilizado con éxito el denominado método de la “bola de nieve” (como una bola de nieve, los agentes de extensión empiezan por cosas pequeñas e inicialmente divulgan información y distribuyen jeringas a un pequeño número de consumidores de drogas intravenosas; en cuanto se ha establecido la confianza, esos consumidores de drogas intravenosas ayudan a los agentes de extensión a encontrar a otros consumidores y trabajan con ellos). A finales de 2001, la cobertura del proyecto se había ampliado al 38% de la población local estimada de consumidores de drogas intravenosas después de tan sólo 18 meses de funcionamiento.

La cooperación técnica de Sur a Sur también está aumentando. Como parte de una estrategia del ONUSIDA centrada en unos servicios nacionales uniformes, diversos países “inter pares” de África servirán de puntos de referencia en cada subregión (Namibia entre los países miembros de la Comunidad de África Meridional para el Desarrollo, el Senegal para el África occidental francófona y Uganda para el África oriental anglófona). Es de prever que muchos otros países, en particular los afectados por conflictos, se beneficien también de la iniciativa de los países inter pares.

Cómo movilizar los recursos... y ponerlos a trabajar

Establecimiento de prioridades y presupuestos

La asignación presupuestaria es una de las expresiones más claras de las prioridades de un gobierno (véase sección “Atender las necesidades”). Recientemente, el Gobierno del Pakistán demostró la firmeza de su compromiso incorporando el VIH/SIDA en una partida de gastos protegida en el seno del Programa de Acción Social. Otros países (más recientemente, Burundi, Marruecos y el Perú) han demostrado su compromiso de manera distinta, mediante la supresión de los impuestos sobre los medicamentos antirretrovíricos importados, aunque los ingresos procedentes del impuesto al que han renunciado podrían ser considerables porque el acceso a los medicamentos está mejorando y más personas pueden permitirse estos medicamentos.

Uso eficaz y transparente de los recursos financieros

Si bien se han realizado grandes progresos en la planificación estratégica, los sistemas para gestionar el aumento de los recursos siguen siendo débiles en la mayoría de las áreas de prevención, tratamiento, atención y mitigación del impacto. Todavía hay demasiadas obstrucciones entre la disponibilidad a nivel mundial y las necesidades a nivel local, de aldea y de vecindario. Es crucial abordar estas debilidades, “desobstruir el conducto”.

Un importante acontecimiento positivo ha sido el uso más eficaz y transparente de los recursos. Hasta la fecha, 12 países africanos han establecido la capacidad de gestión para hacer frente a los grandes aumentos de fondos a través del Programa Multinacional sobre el SIDA para África del Banco Mundial (MAP) y otros 15 están estableciendo la

infraestructura fiduciaria necesaria. El MAP hace especial hincapié en el desarrollo de los medios de acción a nivel local, y una gran parte de sus recursos (hasta el 50%) está destinada a las organizaciones comunitarias para que puedan llevar a cabo actividades diseñadas por ellas.

Movilización de recursos a través de mesas redondas sobre el SIDA

Las “mesas redondas sobre el SIDA” especiales (que presentan estrategias contra el VIH/SIDA para atraer mayor financiación de donantes) pueden ayudar a obtener más recursos, tal como han demostrado países como Burkina Faso, Burundi, Etiopía, Ghana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Swazilandia y Zambia.

En junio de 2001, por ejemplo, Burkina Faso organizó una mesa redonda que presentó su marco estratégico multisectorial de cinco años (2001-2006). El marco se complementó con una serie de planes de acción nacionales de un año, junto con un presupuesto basado en las actividades. Los donantes reaccionaron de modo positivo y prometieron US\$113 millones para el plan: un reflejo del valor que otorgan los donantes a las estrategias lúcidas y sencillas. Los donantes bilaterales (encabezados por Francia, Alemania y los Países Bajos) prometieron más de US\$37 millones. La propia Burkina Faso aportó US\$3,5 millones de su presupuesto nacional, además de añadir otros US\$6,5 millones de los ahorros de la deuda y un préstamo de US\$22 millones del Programa Multinacional sobre el VIH/SIDA para África del Banco Mundial. Los organismos de las Naciones Unidas aportaron US\$7 millones más en subvenciones, mientras que las empresas del sector privado prometieron casi US\$10 millones.

Gestión de los fondos: Nigeria se prepara

A fin de gestionar los recursos para el SIDA, como importantes créditos/préstamos proporcionados por el Banco Mundial, Nigeria ha avanzado en el establecimiento de sistemas de supervisión financiera adaptados a sus condiciones particulares. El país tiene un sistema de gobierno federal, bajo el cual se han descentralizado importantes poderes y responsabilidades de los servicios de salud a los niveles de gobierno estatal y local.

Al Comité de Acción Nacional federal se le ha confiado el establecimiento de normas aceptables para los organismos donantes en ámbitos clave, como la creación de sistemas de contabilidad financiera, la adquisición de bienes y servicios, y el seguimiento y la evaluación. Aunque el Comité no interfiere con la gestión diaria de las actividades por parte de los organismos de nivel estatal, periódicamente le proporcionan listas de proyectos comunitarios aprobados e informes de los progresos realizados. El Comité también es responsable de la adquisición central de los bienes y servicios necesarios para ejecutar el Plan Estratégico Nacional. Lo hace consultando con los organismos de nivel estatal. El seguimiento y la evaluación de los resultados (por ej., qué se hizo, cuántas personas se beneficiaron, etc.) será un proceso conjunto, en que cada estado reunirá datos y el Comité los resumirá.

A modo de conclusión

En función de la perspectiva, el panorama general de las respuestas nacionales puede dar lugar a la desesperación o la esperanza. En cuanto a las personas que viven con el VIH/SIDA, la mayoría dará fe de que se ha hecho poco y tarde, y al mismo tiempo esperará que puedan hacerse más cosas urgentemente. No obstante, y desde el punto de vista histórico, el SIDA produce respuestas nacionales y mundiales que son casi revolucionarias.

Tan sólo hace una década, el desafío que suponía atraer la atención de los dirigentes políticos sobre la lucha contra el SIDA parecía demasiado grande. Hoy, vemos ejemplos de jefes de Estado en todo el mundo que muestran un compromiso personal inconfundible. Los obstáculos para la participación de los sectores ajenos a la salud se van eliminando a un ritmo constante. Y cada vez se comprende mejor el sufrimiento causado por el VIH/SIDA y las conexiones entre el VIH/SIDA y la consecución de las metas de desarrollo nacionales. Cada vez más, los dirigentes políticos supervisan personalmente la coordinación de las actividades

nacionales, refuerzan los recursos humanos y financieros, y apoyan la descentralización eficaz como medio para ampliar las actividades.

Las demandas de esfuerzos para lograr el éxito aumentan y los resultados satisfactorios se multiplican. Los modelos institucionales tradicionales se están modernizando o sucesivamente reemplazando, lo que implica unos estilos totalmente nuevos de trabajar. La colaboración entre los ministerios, las personas que viven con el VIH/SIDA y los sectores no gubernamental y privado para definir y planificar conjuntamente las respuestas al problema no tiene precedentes. La mayor atención prestada al uso eficaz y transparente de los recursos también pone de manifiesto la seriedad con que se aborda el SIDA. Finalmente, se están poniendo en práctica las enseñanzas adquiridas en el desarrollo de programas y en la identificación, dominio y mejora de los medios de acción existentes en los contextos locales.

Además de los éxitos en la contención de la epidemia y en la reducción de su impacto, ha habido

La utilización del mejor recurso

Probablemente, las personas que viven con el VIH/SIDA son el mejor recurso de la respuesta mundial a la epidemia, como se ha demostrado reiteradamente en los países en que han dispuesto del espacio político y los recursos para participar. En cada continente y en la mayor parte de los países, se han creado redes de personas que viven con el VIH/SIDA. Muchos de esos grupos son el resultado de la reunión de personas para compartir sus experiencias comunes y darse apoyo mutuo, pero muchos de ellos se han transformado en proveedores de servicios. Las redes regionales y mundiales de personas que viven con el VIH/SIDA, y de mujeres seropositivas, son importantes actores en la formación de política. Además, existen muchas iniciativas concebidas para fortalecer las contribuciones de las personas con el VIH. Aunque buena parte del potencial de muchos grupos de personas que viven con el VIH/SIDA sigue sin explotar en muchos países, hay varias iniciativas que están dando resultados.


En septiembre de 2000, el Centro de Estudios Familiares Africanos y Acción Positiva (el programa comunitario del VIH de GlaxoSmithKline) lanzaron una iniciativa para desarrollar y organizar grupos de base comunitaria y redes de personas que viven con el VIH/SIDA. Su objetivo era reforzar las redes africanas para que pudieran tomar parte activa en las discusiones nacionales e internacionales acerca de las políticas del VIH/SIDA. El proyecto empezó en Etiopía, Kenya y Togo y es probable que se extienda a otros países.

En el primer año, se crearon asociaciones de múltiples niveles mediante la formación de grupos consultivos y asesores regionales y la implicación de puntos focales locales. El Centro, basado en una evaluación de las necesidades de asociación, desarrolló programas y material de capacitación. En agosto de 2001, ya se habían desarrollado seis módulos de capacitación (en inglés y francés) para ejecutivos, personal y voluntarios de grupos de base comunitaria. Los módulos abarcan la sensibilización, la obtención de fondos, la creación de redes, las comunicaciones, la gestión y el liderazgo.

La asistencia técnica proporcionada a los grupos de personas que viven con el VIH/SIDA les permite desarrollar y ejecutar planes de acción que refuercen sus respectivas organizaciones. En Etiopía y Togo, el primer paso consistió en establecer redes nacionales, lo que el Centro hizo trabajando con los programas nacionales del SIDA, los ministerios de salud y las misiones del ONUSIDA en los países. En Kenya, la Red Nacional de Personas que Viven con el VIH/SIDA se benefició del análisis institucional del Centro, que reforzó y amplió la red.

beneficios adicionales e imprevistos. A nivel nacional, el SIDA ha aumentado las oportunidades de diálogo entre los gobiernos y la sociedad civil. En la lucha contra el SIDA, cada vez se detectan más puntos en común entre las diferentes circunscripciones, y a través de las culturas, clases y religiones. El SIDA pone de relieve las realidades que soportan las personas vulnerables y desfavorecidas, además de la necesidad de apoyar los derechos humanos fundamentales e intervenir para superar las penurias socioeconómicas. Cuando los gobiernos muestran visión y compromiso para abordar el SIDA, el único resultado no son unos programas

eficaces. El liderazgo se ve recompensado: las respuestas eficaces al SIDA han recibido apoyo político tanto en el seno de las naciones como a través de las regiones.

A nivel mundial, se ha movilizado a un grupo de actores único (más que nadie por las personas que viven con el VIH/SIDA) que han forjado vínculos dentro de las naciones y entre ellas para reformar las políticas mundiales. A nivel nacional y mundial, ahora todos los actores están respaldados por un impulso creciente para el cambio. Se han creado las expectativas para que unas medidas audaces y ambiciosas refuercen la respuesta. 

Cuadro de las estimaciones y datos sobre el VIH/SIDA por países, final 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, iniciado 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.

País	1. Número estimado de personas que vivían con el VIH/SIDA a finales de 2001					2. Huérfanos por el SIDA, 2001	3. Defunciones por SIDA, 2001	4. Población, 2001 (miles)	
	Adultos y niños	Adultos (15-49)	Tasa de adultos (%)	Mujeres (15-49)	Niños (0-14)	Huérfanos (0-14)	Cifra acumulativa Adultos y niños	Total	Adultos (15-49)
Total mundial	40.000.000	37.100.000	1,2	18.500.000	3.000.000	14.000.000	3.000.000	6.119.328	3.198.252
África subsahariana	28.500.000	26.000.000	9,0	15.000.000	2.600.000	11.000.000	2.200.000	633.816	291.310
Angola	350.000	320.000	5,5	190.000	37.000	100.000	24.000	13.527	5.767
Benin	120.000	110.000	3,6	67.000	12.000	34.000	8.100	6.446	2.929
Botswana	330.000	300.000	38,8	170.000	28.000	69.000	26.000	1.554	762
Burkina Faso	440.000	380.000	6,5	220.000	61.000	270.000	44.000	11.856	5.046
Burundi	390.000	330.000	8,3	190.000	55.000	240.000	40.000	6.502	2.887
Camerún	920.000	860.000	11,8	500.000	69.000	210.000	53.000	15.203	7.065
Chad	150.000	130.000	3,6	76.000	18.000	72.000	14.000	8.135	3.570
Comoras	...	...	...	...	...	...	...	727	351
Congo	110.000	99.000	7,2	59.000	15.000	78.000	11.000	3.110	1.364
Côte d'Ivoire	770.000	690.000	9,7	400.000	84.000	420.000	75.000	16.349	7.854
Djibouti	...	...	...	...	...	...	...	644	284
Eritrea	55.000	49.000	2,8	30.000	4.000	24.000	350	3.816	1.760
Etiopía	2.100.000	1.900.000	6,4	1.100.000	230.000	990.000	160.000	64.459	28.952
Gabón	...	...	...	...	...	...	...	1.262	552
Gambia	8.400	7.900	1,6	4.400	460	5.300	400	1.337	647
Ghana	360.000	330.000	3,0	170.000	34.000	200.000	28.000	19.734	9.700
Guinea	...	...	...	...	...	...	...	8.274	3.868
Guinea Ecuatorial	5.900	5.500	3,4	3.000	420	...	370	470	211
Guinea-Bissau	17.000	16.000	2,8	9.300	1.500	4.300	1.200	1.227	557
Kenya	2.500.000	2.300.000	15,0	1.400.000	220.000	890.000	190.000	31.293	15.333
Lesotho	360.000	330.000	31,0	180.000	27.000	73.000	25.000	2.057	984
Liberia	...	...	...	...	...	...	...	3.108	1.518
Madagascar	22.000	21.000	0,3	12.000	1.000	6.300	...	16.437	7.538
Malawi	850.000	780.000	15,0	440.000	65.000	470.000	80.000	11.572	5.118
Mali	110.000	100.000	1,7	54.000	13.000	70.000	11.000	11.677	5.096
Mauricio	700	700	0,1	350	<100	...	<100	1.171	667
Mauritania	...	...	...	...	...	...	...	2.747	1.268
Mozambique	1.100.000	1.000.000	13,0	630.000	80.000	420.000	60.000	18.644	8.511
Namibia	230.000	200.000	22,5	110.000	30.000	47.000	13.000	1.788	820
Níger	...	...	...	...	...	...	...	11.227	4.831
Nigeria	3.500.000	3.200.000	5,8	1.700.000	270.000	1.000.000	170.000	116.929	53.346
Rep. Centroafricana	250.000	220.000	12,9	130.000	25.000	110.000	22.000	3.782	1.722
Rep. Dem. del Congo	1.300.000	1.100.000	4,9	670.000	170.000	930.000	120.000	52.522	22.073
Rep. Unida de Tanzania	1.500.000	1.300.000	7,8	750.000	170.000	810.000	140.000	35.965	16.701
Rwanda	500.000	430.000	8,9	250.000	65.000	260.000	49.000	7.949	3.756
Senegal	27.000	24.000	0,5	14.000	2.900	15.000	2.500	9.662	4.521
Sierra Leona	170.000	150.000	7,0	90.000	16.000	42.000	11.000	4.587	2.093
Somalia	43.000	43.000	1,0	...	...	...	...	9.157	4.015
Sudáfrica	5.000.000	4.700.000	20,1	2.700.000	250.000	660.000	360.000	43.792	23.666
Swazilandia	170.000	150.000	33,4	89.000	14.000	35.000	12.000	938	450
Togo	150.000	130.000	6,0	76.000	15.000	63.000	12.000	4.657	2.152
Uganda	600.000	510.000	5,0	280.000	110.000	880.000	84.000	24.023	10.290
Zambia	1.200.000	1.000.000	21,5	590.000	150.000	570.000	120.000	10.649	4.740
Zimbabwe	2.300.000	2.000.000	33,7	1.200.000	240.000	780.000	200.000	12.852	5.972
Asia oriental/Pacífico	1.000.000	970.000	0,1	230.000	3.000	85.000	35.000	1.497.066	833.058
China	850.000	850.000	0,1	220.000	2.000	76.000	30.000	1.284.972	726.031
Hong Kong R.A.E.	2.600	2.600	0,1	660	<100	-0	<100	6.961	4.134
Fiji	300	300	0,1	<100	...	-0	...	823	443
Japón	12.000	12.000	<0,1	6.600	110	2.000	430	127.335	59.109
Mongolia	<100	<100	<0,1	...	...	-0	...	2.559	1.416
Papua Nueva Guinea	17.000	16.000	0,7	4.100	500	4.200	880	4.920	2.491
Rep. de Corea	4.000	4.000	<0,1	960	<100	1.000	220	47.069	27.558
Rep. Pop. Dem. de Corea	...	...	...	...	...	...	...	22.428	11.876
Australia y Nueva Zelandia	15.000	14.000	0,1	1.000	<200	<1000	<100	23.146	11.845
Australia	12.000	12.000	0,1	800	140	...	<100	19.338	9.933
Nueva Zelandia	1.200	1.200	0,1	180	<100	...	<100	3.808	1.911

País	5. Intervalos de incertidumbre de las estimaciones						6. Tasa de prevalencia estimada del VIH (%) en personas jóvenes (15-24), final de 2001			
	Adultos y niños que vivían con el VIH/SIDA, final de 2001		Defunciones en adultos (15-49), 2001		Defunciones en niños (0-14), 2001		Mujeres		Varones	
	Estimación baja	Estimación alta	Estimación baja	Estimación alta	Estimación baja	Estimación alta	Estimación baja	Estimación alta	Estimación baja	Estimación alta
Total mundial	30.000.000	50.000.000	1.800.000	3.000.000	440.000	720.000	1,00	1,78	0,59	1,05
África subsahariana	22.000.000	35.000.000	1.300.000	2.300.000	380.000	650.000	6,41	11,39	3,13	5,56
Angola	250.000	450.000	12.000	20.000	5.400	9.600	4,14	7,33	1,61	2,85
Benin	100.000	150.000	4.700	7.000	1.800	2.700	2,97	4,46	0,94	1,41
Botswana	260.000	390.000	17.000	26.000	3.900	5.900	29,99	44,98	12,86	19,29
Burkina Faso	350.000	660.000	26.000	39.000	9.400	14.000	7,78	11,67	3,18	4,77
Burundi	280.000	500.000	21.000	37.000	8.100	14.000	7,98	14,11	3,58	6,33
Camerún	740.000	1.100.000	31.000	47.000	11.000	17.000	10,09	15,25	4,33	6,55
Chad	96.000	200.000	6.600	14.000	2.200	4.600	2,79	5,77	1,55	3,20
Comoras	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Congo	74.000	150.000	5.500	11.000	1.900	4.000	5,08	10,52	2,13	4,42
Côte d'Ivoire	620.000	930.000	47.000	71.000	13.000	19.000	6,67	9,95	2,34	3,49
Djibouti	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Eritrea	40.000	70.000	220	420	<100	<100	3,10	5,49	2,01	3,55
Etiopía	1.500.000	2.700.000	84.000	150.000	33.000	58.000	5,65	9,99	3,17	5,62
Gabón	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Gambia	5.400	11.000	180	380	<100	150	0,88	1,82	0,34	0,71
Ghana	260.000	390.000	16.000	30.000	3.800	5.700	2,08	3,86	0,95	1,76
Guinea	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guinea Ecuatorial	3.800	8.000	170	360	<100	140	1,80	3,74	0,91	1,88
Guinea-Bissau	11.000	23.000	560	1.200	200	420	1,94	4,02	0,69	1,43
Kenya	2.000.000	3.000.000	120.000	180.000	33.000	50.000	12,45	18,67	4,80	7,21
Lesotho	230.000	480.000	13.000	28.000	3.100	6.500	24,75	51,40	11,31	23,49
Liberia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Madagascar	18.000	26.000	...	...	...	...	0,19	0,28	0,05	0,08
Malawi	720.000	1.100.000	48.000	72.000	16.000	24.000	11,91	17,87	5,08	7,62
Mali	73.000	150.000	5.200	11.000	1.800	3.800	1,35	2,81	0,89	1,84
Mauricio	460	940	<100	<100	...	...	...	...	...	...
Mauritania	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mozambique	860.000	1.500.000	50.000	80.000	10.000	25.000	10,56	18,78	4,41	7,84
Namibia	150.000	230.000	7.900	12.000	2.600	3.900	19,43	29,15	8,88	13,32
Niger	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nigeria	2.800.000	4.200.000	110.000	170.000	41.000	61.000	4,66	6,99	2,39	3,59
Rep. Centroafricana	200.000	300.000	14.000	21.000	3.900	5.900	10,83	16,25	4,66	6,99
Rep. Dem. del Congo	960.000	1.700.000	63.000	110.000	25.000	45.000	4,27	7,55	2,11	3,74
Rep. Unida de Tanzania	1.200.000	1.700.000	86.000	130.000	25.000	37.000	6,44	9,67	2,84	4,25
Rwanda	400.000	600.000	29.000	44.000	10.000	15.000	8,96	13,44	3,93	5,90
Senegal	21.000	32.000	1.500	2.300	430	650	0,43	0,65	0,15	0,22
Sierra Leona	110.000	230.000	5.200	11.000	2.100	4.400	4,88	10,19	1,61	3,36
Somalia	28.000	58.000	...	...	...	...	...	...	...	...
Sudáfrica	4.000.000	6.000.000	280.000	420.000	26.000	48.000	20,51	30,76	8,53	12,79
Swazilandia	130.000	200.000	7.600	11.000	2.000	3.000	31,59	47,38	12,18	18,27
Togo	120.000	180.000	7.400	11.000	2.300	3.400	4,75	7,12	1,64	2,46
Uganda	480.000	720.000	48.000	72.000	19.000	29.000	3,70	5,56	1,59	2,38
Zambia	930.000	1.400.000	70.000	110.000	22.000	34.000	16,78	25,18	6,45	9,68
Zimbabwe	1.800.000	2.700.000	120.000	190.000	35.000	52.000	26,40	39,61	9,90	14,85
Asia oriental/Pacífico	700.000	1.300.000	24.000	44.000	1.200	2.200	0,06	0,10	0,12	0,22
China	800.000	1.500.000	23.000	42.000	720	1.300	0,06	0,11	0,11	0,20
Hong Kong R.A.E.	2.100	3.200	<100	<100	<100	<100	0,00	0,00	0,00	0,00
Fiji	200	400	...	...	...	...	...	...	...	...
Japón	9.300	14.000	320	480	<100	<100	0,03	0,04	0,01	0,02
Mongolia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Papua Nueva Guinea	11.000	22.000	500	1.100	<100	140	0,25	0,53	0,21	0,45
Rep. de Corea	3.200	4.800	170	260	<100	<100	0,01	0,01	0,02	0,03
Rep. Pop. Dem. de Corea	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Australia y Nueva Zelandia	10.000	18.000	<100	140	<100	<100	0,00	0,01	0,01	0,02
Australia	9.600	14.000	<100	<100	<100	<100	0,01	0,02	0,09	0,14
Nueva Zelandia	960	1.400	<100	<100	<100	<100	0,01	0,02	0,04	0,06

7. Prevalencia del VIH (%), poblaciones seleccionadas

País	Mujeres en dispensarios de atención prenatal – principales zonas urbanas				Mujeres en dispensarios de atención prenatal – fuera de las principales zonas urbanas				Varones pacientes con ITS – principales zonas urbanas				Profesionales del sexo – principales zonas urbanas			
	Año	Mediana	Min.	Máx.	Año	Mediana	Min.	Máx.	Año	Mediana	Min.	Máx.	Año	Mediana	Min.	Máx.
Total mundial																
África subsahariana																
Angola	1999	3,4	3,4	3,5	1999	8,0	8,0	8,0	1992	2,5	2,5	2,5	1999	19,4	19,4	19,4
Benin	1999	2,3	2,3	2,3	1999	4,3	1,4	7,3	1999	3,9	3,9	3,9	1999	40,8	40,6	41,0
Botswana	2001	44,9	39,1	55,8	2001	34,8	25,8	50,9	2000	53,2	46,0	60,4	...	...	...	...
Burkina Faso	2000	6,3	4,8	7,2	2000	5,5	2,9	13,4	1991	17,5	17,5	17,5	1994	58,2	57,2	59,2
Burundi	1998	18,6	18,6	18,6	1998	19,7	19,7	19,7	...	...	...	...	1993	42,2	42,2	42,2
Camerún	2000	9,0	4,0	13,6	2000	10,7	3,4	18,0	2000	22,0	22,0	22,0	1995	16,4	15,0	17,7
Chad	2000	4,0	3,0	8,2	2000	6,4	2,3	11,1	...	...	...	...	1995	13,4	13,4	13,4
Comoras	1996	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	1996	0,0	0,0	0,0	1994	56,8	56,8	56,8
Congo	2000	10,0	5,4	14,6	1993	4,0	2,0	13,6	1990	16,4	16,4	16,4	1987	49,2	34,3	64,1
Côte d'Ivoire	2000	9,0	9,0	9,0	2000	8,8	7,1	10,3	2000	25,0	25,0	25,0	1999	36,0	36,0	36,0
Djibouti	1996	2,9	2,9	2,9	...	...	...	...	1996	22,2	22,2	22,2	1998	27,5	27,5	27,5
Eritrea	2000	2,8	...	...	2000	2,8	...	...	1999	15,0	15,0	15,0	1989	5,8	5,8	5,8
Etiopía	2000	14,9	10,1	17,4	2000	3,1	0,7	14,3	1992	37,5	32,0	43,0	1998	73,7	73,7	73,7
Gabón	1995	4,0	2,1	5,4	1993	1,2	1,2	1,2	1988	3,6	3,6	3,6	...	...	...	...
Gambia	2001	0,9	...	...	2001	1,3	0,5	2,8	1991	4,7	4,7	4,7	1993	13,6	13,6	13,6
Ghana	2000	3,8	1,3	4,0	2000	2,2	1,0	7,8	1999	39,0	39,0	39,0	1998	50,0	50,0	50,0
Guinea	1996	2,1	2,1	2,1	1996	1,9	0,7	2,3	1996	4,0	4,0	4,0	1994	36,6	36,6	36,6
Guinea Ecuatorial	1999	3,3	...	...	1999	3,3	...	...	1996	3,0	2,8	3,2	...	...	...	...
Guinea-Bissau	1997	2,5	2,5	2,5	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Kenya	2000	15,3	12,2	18,4	2000	14,0	3,3	31,0	1996	14,0	14,0	14,0	2000	27,0	24,1	51,8
Lesotho	2000	42,2	42,2	42,2	2000	19,0	12,3	26,0	2000	65,2	65,2	65,2	...	...	...	...
Liberia	1993	4,0	4,0	4,0	1998	10,1	10,1	10,1	1993	8,0	8,0	8,0	...	...	...	...
Madagascar	1996	0,0	0,0	0,0	1996	0,0	0,0	1,0	1998	0,0	0,0	0,0	1995	0,3	0,3	0,3
Malawi	2001	20,1	18,6	28,5	2001	16,1	4,5	35,8	1996	54,8	54,8	54,8	1994	70,0	70,0	70,0
Malí	2001	1,7	...	...	2001	1,7	...	...	...	...	...	...	2000	21,0	21,0	21,0
Mauricio	1999	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	1999	0,4	0,4	0,4	1998	7,5	7,5	7,5
Mauritania	1994	0,5	0,5	0,5	...	...	...	...	1996	1,7	1,7	1,7	...	...	...	...
Mozambique	2000	14,4	13,0	15,7	2000	10,6	4,0	31,2	1999	15,1	15,1	15,1	...	...	...	...
Namibia	2000	29,6	28,2	31,0	2000	17,3	6,6	32,5	1998	42,2	39,9	44,6	...	...	...	...
Niger	1993	1,3	1,3	1,3	1994	1,2	1,2	1,2	1992	4,1	4,1	4,1	1997	23,6	23,6	23,6
Nigeria	2001	4,2	1,3	14,3	2001	5,3	1,0	15,0	1995	3,0	3,0	3,0	1996	30,5	30,5	30,5
Rep. Centroafricana	1997	12,8	10,8	15,2	1997	12,2	5,3	22,0	1996	19,0	14,0	24,0	1989	18,9	18,9	18,9
Rep. Dem. del Congo	1999	4,1	2,7	5,4	1999	8,5	8,5	8,5	1997	12,2	12,2	12,2	1997	29,0	29,0	29,0
Rep. Unida de Tanzania	2000	17,0	10,1	23,3	2000	14,0	2,7	32,1	1997	5,1	5,1	5,1	2000	3,5	1,0	6,0
Rwanda	2000	23,0	23,0	23,0	1999	7,0	2,3	13,2	1996	41,8	29,1	54,5	...	...	...	...
Senegal	1998	0,5	0,5	0,5	1998	0,5	0,2	0,7	1998	3,0	0,0	4,1	1998	7,0	6,1	13,3
Sierra Leona	1997	7,0	...	...	1997	7,0	...	...	1992	3,3	3,3	3,3	1995	26,7	26,7	26,7
Somalia	1998	0,0	0,0	0,0	1999	0,7	0,4	1,7	1990	0,0	0,0	0,0	1990	2,4	2,4	2,4
Sudáfrica	2000	24,3	8,7	36,2	2000	22,9	11,2	29,7	2000	64,3	64,3	64,3	2000	50,3	50,3	50,3
Swazilandia	2000	32,3	32,3	32,3	2000	34,5	27,0	41,0	2000	48,9	48,9	48,9	...	...	...	...
Togo	1997	6,8	6,8	6,8	1997	4,6	3,0	8,2	1992	45,2	45,2	45,2	1992	78,9	78,9	78,9
Uganda	2000	11,3	10,7	11,8	2000	5,0	1,9	13,1	1999	23,0	23,0	23,0	...	...	...	...
Zambia	2001	30,7	30,7	30,7	1998	13,0	5,2	31,0	1991	59,7	59,7	59,7	1998	68,7	68,7	68,7
Zimbabwe	2000	31,1	30,0	33,5	2000	33,2	13,0	70,7	1995	71,1	71,0	71,2	1995	86,0	86,0	86,0
Asia oriental/Pacífico																
China	2000	0,0	0,0	0,0	2000	0,5	0,5	0,5	2000	0,0	0,0	1,3	2000	0,0	0,0	10,3
Hong Kong R.A.E.	...	...	...	...	...	...	...	...	1994	0,1	0,1	0,1	1988	0,0	0,0	0,0
Fiji	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Japón	1999	0,0	0,0	0,0	1999	0,0	0,0	0,0	1989	0,0	0,0	0,0	1992	0,0	0,0	0,0
Mongolia	...	...	...	...	...	...	...	...	1989	0,0	0,0	0,0	1989	0,0	0,0	0,0
Papua Nueva Guinea	1995	0,2	0,2	0,2	1992	0,0	0,0	0,0	1998	7,0	7,0	7,0	2000	16,0	16,0	16,0
Rep. de Corea	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rep. Pop. Dem. de Corea	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Australia y Nueva Zelanda																
Australia	...	...	...	...	...	...	...	...	1996	0,6	0,5	0,7	...	...	...	...
Nueva Zelanda	...	...	...	...	...	...	...	...	1997	0,2	0,2	0,2	...	...	...	...

Nota: Véase la clave de las letras empleadas en las cantidades en la página 204

7. Prevalencia del VIH (%), (cont.)					8. Indicadores del grado de conocimiento y del comportamiento											
País	Consumidores de drogas intravenosas – principales zonas urbanas				Adultos jóvenes (de 15 a 24 años) que no saben que una persona de aspecto sano puede transmitir el SIDA (%)			Edad mediana de los varones y mujeres jóvenes (de 20 a 24 años) en su primera relación sexual			Relaciones sexuales de mayor riesgo para los adultos (de 15 a 49 años) comunicadas en el último año (%)			Utilización comunicada del preservativo por adultos (de 15 a 49 años) en su última relación sexual de mayor riesgo (%)		
	Año	Mediana	Min.	Máx.	Mujer	Año	Varón	Mujer	Año	Varón	Mujer	Año	Varón	Mujer	Año	
Total mundial																
África subsahariana																
Angola	57,2	2000	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Benin	59,1	1996	17,6	17,2	1996	38,2 k	9,3	1996	31,0	16,1	2001	
Botswana	21,6	2000	...	17,4	1988	...	...	...	85,0 a	...	1996	
Burkina Faso	58,0	1999	20,0	17,3	1999	28,2 rw	7,7 r	1999	58,7 hr	42,4 hr	1999	
Burundi	33,4	2000	...	20,4	1987	8,9	3,1	1990	...	...	...
Camerún	46,3	2000	17,0	16,3	1998	54,6	27,6	1998	5,2 hr	2,7 hr	1998	
Chad	72,3	2000	18,4	16,0	1997	27,3 w	6,2	1997	5,4 hr	1,6 hr	1997	
Comoras	45,2	2000	18,1	20,9	1996	...	...	...	45,0 h	21,7 h	1996	
Congo	12,0	1999	
Côte d'Ivoire	1995	75,0	75,0	75,0	49,0	2000	...	16,2	1999	87,4	29,9	1998	11,6 hr	1,0 hr	1998	
Djibouti	15,0	3,0	1995	71,7	67,4	1995	
Eritrea	46,5	1995	...	17,9	1995	11,5 w	...	1995	...	...	...
Etiopía	61,2	2000	...	18,1	2000	21,1 xw	8,2 x	2000	30,3	13,4	2000	
Gabón	28,3	2000	15,7	16,2	2000	76,5	51,8	2000	48,4 h	31,7 h	2000	
Gambia	47,4	2000	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ghana	26,1	1998	19,5	17,5	1998	...	...	...	29,9 r	14,3 r	1998	
Guinea	41,6	1999	17,5	16,0	1999	47,4	12,4	1999	32,9 r	17,6 r	1999	
Guinea Ecuatorial	53,7	2000	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guinea-Bissau	69,3	2000	...	...	...	50,3	29,5	1990	...	...	...
Kenya	25,4	2000	16,2	17,3	1998	44,7	20,3	1998	42,4	16,0	1998	
Lesotho	53,9	2000	...	...	...	52,6	28,4	1989	...	...	...
Liberia	69,2 b	2000	17,8	15,5	2000	...	...	...	...	...	...
Madagascar	72,5	2000	...	17,0	1997	24,5 x	7,1 x	2000	2,6 x	0,3 x	2000	
Malawi	16,7	2000	17,7	17,1	2000	36,9 x	9,4 x	2000	38,9	28,7	2000	
Mali	62,6	1996	18,7	15,9	1996	22,9	...	1996	33,9 h	11,7 h	1996	
Mauricio	1,5 a	...	...	...	1996	26,3 a	...	1996	
Mauritania	70,0	2000	...	...	...	7,1 x	...	2000	...	...	...
Mozambique	62,1	1997	...	16,0	1997	59,4	...	1997	...	...	...
Namibia	18,6	1992	...	...	...	...	...	...
Niger	77,9	2000	...	15,7	1998	16,3 w	2,3	1998	2,6 h	1,5 h	1998	
Nigeria	55,0	1999	...	18,1	1999	...	...	...	...	...	...
Rep. Centroafricana	54,0	2000	...	16,0	1995	22,7	10,7	1995	...	12,8 h	1995	
Rep. Dem. del Congo	
Rep. Unida de Tanzania	33,0	1999	17,5	17,4	1999	52,3 w	29,1	1999	34,0 r	22,8 r	1999	
Rwanda	76,5	2000	20,6 w	20,3 z	2000	12,4	7,0	2000	50,3 h	14,7 h	2000	
Senegal	55,1	1997	...	19,3	1997	33,0 u	10,0 u	1997	67,0 h	45,0 h	1997	
Sierra Leona	64,7	2000	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Somalia	89,3	2000	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sudáfrica	>50,0 c	1998	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Swazilandia	81,5	2000	...	...	...	19,2	6,1	1991	...	...	...
Togo	32,6	1998	18,0	16,5	1998	35,3 w	16,4	1998	36,8 h	17,3 h	1998	
Uganda	24,5	2001	19,4 z	16,7	2000	28,4 x	14,1 x	2000	58,9 h	37,8 h	2000	
Zambia	25,3	2000	16,0	16,6	1996	43,2 x	29,3 x	1998	30,1	17,6	1998	
Zimbabwe	26,0	1999	19,5	18,9	1999	42,5 w	16,0	1999	70,2	42,0	1999	
Asia oriental/Pacífico																
China	2000	0,2	0,0	20,5	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Hong Kong R.A.E.	1997	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Fiji	
Japón	1999	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	...	23,7	16,3	1996	...	...	...
Mongolia	43,3	2000	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Papua Nueva Guinea	54,0	1996	...	...	...	15,0	12,0	1994	38,0	12,0	1994	
Rep. de Corea	
Rep. Pop. Dem. de Corea	
Australia y Nueva Zelandia																
Australia	1996	1,7	1,7	1,7	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nueva Zelandia	1997	0,4	0,3	0,5	...	...	...	17,2	1995	...	...	...	...	...	...

País	1. Número estimado de personas que vivían con el VIH/SIDA a finales de 2001					2. Huérfanos por el SIDA, 2001	3. Defunciones por SIDA, 2001	4. Población, 2001 (miles)	
	Adultos y niños	Adultos (15-49)	Tasa de adultos (%)	Mujeres (15-49)	Niños (0-14)	Huérfanos (0-14)	Cifra acumulativa Adultos y niños	Total	Adultos (15-49)
Asia meridional/sudoriental	5.600.000	5.400.000	0,6	2.000.000	220.000	1.800.000	400.000	1.978.430	1.031.463
Afganistán	...	...	...	...	...	...	...	22.474	10.435
Bangladesh	13.000	13.000	<0,1	3.100	310	2.100	650	140.369	72.340
Bhután	<100	<100	<0,1	...	...	...	...	2.141	972
Brunei Darussalam	...	...	...	...	...	...	...	335	187
Camboya	170.000	160.000	2,7	74.000	12.000	55.000	12.000	13.441	6.314
Filipinas	9.400	9.400	<0,1	2.500	<10	4.100	720	77.131	39.600
India	3.970.000	3.800.000	0,8	1.500.000	170.000	...	...	1.025.096	533.580
Indonesia	120.000	120.000	0,1	27.000	1.300	18.000	4.600	214.840	118.163
Irán (Rep. Islámica del)	20.000	20.000	<0,1	5.000	<200	...	290	71.369	37.396
Malasia	42.000	41.000	0,4	11.000	770	14.000	2.500	22.633	11.868
Maldivas	<100	<100	0,1	...	...	...	...	300	141
Myanmar	...	...	...	...	...	...	...	48.364	25.855
Nepal	58.000	56.000	0,5	14.000	1.500	13.000	2.400	23.593	11.106
Pakistán	78.000	76.000	0,1	16.000	2.200	25.000	4.500	144.971	67.964
Rep. Dem. Popular Lao	1.400	1.300	<0,1	350	<100	...	<150	5.403	2.542
Singapur	3.400	3.400	0,2	860	<100	...	140	4.108	2.324
Sri Lanka	4.800	4.700	<0,1	1.400	<100	2.000	250	19.104	10.695
Tailandia	670.000	650.000	1,8	220.000	21.000	290.000	55.000	63.584	36.636
Viet Nam	130.000	130.000	0,3	35.000	2.500	22.000	6.600	79.175	43.343
Europa oriental/Asia central	1.000.000	1.000.000	0,5	260.000	15.000	<5.000	23.000	393.245	209.038
Armenia	2.400	2.400	0,2	480	<100	...	<100	3.788	2.152
Azerbaiyán	1.400	1.400	<0,1	280	...	...	<100	8.096	4.529
Belarús	15.000	15.000	0,3	3.700	...	...	1.000	10.147	5.397
Bosnia y Herzegovina	...	900*	<0,1*	...	...	...	...	4.067	2.292
Bulgaria	...	400*	<0,1*	...	...	...	...	7.867	3.915
Croacia	200	200	<0,1	<100	<10	...	<10	4.655	2.331
Eslovaquia	<100	<100	<0,1	<100	...	...	<100	5.403	2.934
Estonia	7.700	7.700	1,0	1.500	...	...	<100	1.377	702
Federación de Rusia	700.000	700.000	0,9	180.000	...	...	9.000	144.664	78.166
Georgia	900	900	<0,1	180	...	...	<100	5.239	2.726
Hungría	2.800	2.800	0,1	300	<100	...	<100	9.917	5.001
Kazajistán	6.000	6.000	0,1	1.200	<100	...	300	16.095	8.866
Kirguistán	500	500	<0,1	<100	...	...	<100	4.986	2.627
Letonia	5.000	5.000	0,4	1.000	<100	...	<100	2.406	1.215
Lituania	1.300	1.300	0,1	260	<100	...	<100	3.689	1.901
Polonia	...	14.000*	0,1*	...	...	...	...	38.577	20.685
Rep. Checa	500	500	<0,1	<100	<10	...	<10	10.260	5.233
Rep. de Moldova	5.500	5.500	0,2	1.200	-0	...	300	4.285	2.339
Rumania	6.500	2.500	<0,1	...	4.000	...	350	22.388	11.761
Tayikistán	200	200	<0,1	<100	...	...	<100	6.135	3.111
Turkmenistán	<100	<100	<0,1	<100	...	...	<100	4.835	2.508
Ucrania	250.000	250.000	1,0	76.000	...	...	11.000	49.112	25.251
Uzbekistán	740	740	<0,1	150	<100	...	<100	25.257	13.395
Europa occidental	550.000	540.000	0,3	140.000	5.000	150.000	8.000	407.021	200.286
Albania	...	...	...	...	...	...	...	3.145	1.692
Alemania	41.000	41.000	0,1	8.100	550	...	660	82.007	40.191
Austria	9.900	9.900	0,2	2.200	<100	...	<100	8.075	4.058
Bélgica	8.500	8.100	0,2	2.900	330	...	<100	10.264	4.987
Dinamarca	3.800	3.800	0,2	770	<100	...	<100	5.333	2.519
Eslovenia	280	280	<0,1	<100	<100	...	<100	1.985	1.047
España	130.000	130.000	0,5	26.000	1.300	...	2.300	39.921	20.794
Ex Rep. Y. de Macedonia	<100	<100	<0,1	<100	<100	...	<100	2.044	1.079
Finlandia	1.200	1.200	<0,1	330	<100	...	<100	5.178	2.462
Francia	100.000	100.000	0,3	27.000	1.000	...	800	59.453	29.001
Grecia	8.800	8.800	0,2	1.800	<100	...	<100	10.623	5.269
Irlanda	2.400	2.200	0,1	660	190	...	<100	3.841	2.022
Islandia	220	220	0,2	<100	<100	...	<100	281	144
Italia	100.000	100.000	0,4	33.000	770	...	1.100	57.503	28.018
Luxemburgo	...	360	0,2	...	...	...	<100	442	221
Malta	...	240	0,1	...	...	...	<100	392	193

País	5. Intervalos de incertidumbre de las estimaciones						6. Tasa de prevalencia estimada del VIH (%) en personas jóvenes (15-24), final de 2001			
	Adultos y niños que vivían con el VIH/SIDA, final de 2001		Defunciones en adultos (15-49), 2001		Defunciones en niños (0-14), 2001		Mujeres		Varones	
	Estimación baja	Estimación alta	Estimación baja	Estimación alta	Estimación baja	Estimación alta	Estimación baja	Estimación alta	Estimación baja	Estimación alta
Asia meridional/sudoriental	4.100.000	7.800.000	250.000	450.000	29.000	56.000	0,36	0,64	0,22	0,38
Afganistán	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bangladesh	9.400	17.000	420	750	<100	<100	0,01	0,01	0,01	0,01
Bhután	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Brunei Darussalam	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Camboya	140.000	210.000	8.100	12.000	1.800	2.700	1,99	2,98	0,77	1,16
Filipinas	7.500	11.000	570	860	...	...	0,01	0,02	0,01	0,02
India	2.600.000	5.400.000	...	...	...	...	0,46	0,96	0,22	0,46
Indonesia	94.000	140.000	3.400	5.100	240	360	0,05	0,07	0,05	0,08
Irán (Rep. Islámica del)	13.000	27.000	150	300	<100	<100	0,01	0,01	0,03	0,06
Malasia	34.000	51.000	1.900	2.800	...	...	0,09	0,14	0,56	0,84
Maldivas	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Myanmar	180.000	420.000	8.400	13.000	1.200	1.700	...	...	...	...
Nepal	37.000	78.000	1.400	2.800	220	450	0,18	0,38	0,17	0,36
Pakistán	51.000	110.000	2.600	5.500	290	600	0,03	0,07	0,04	0,08
Rep. Dem. Popular Lao	1.000	1.800	<100	<100	<100	<100	0,02	0,03	0,03	0,06
Singapur	2.700	4.100	<100	160	<100	<100	0,12	0,19	0,12	0,17
Sri Lanka	3.800	5.800	200	300	<100	<100	0,03	0,04	0,02	0,03
Tailandia	530.000	800.000	50.000	76.000	2.200	3.300	1,32	2,00	0,88	1,33
Viet Nam	110.000	160.000	4.900	7.400	390	590	0,13	0,20	0,25	0,38
Europa oriental/Asia central	720.000	1.300.000	15.000	30.000	<100	<100	0,19	0,34	0,75	1,33
Armenia	1.900	2.900	<100	<100	<100	<100	0,05	0,07	0,18	0,27
Azerbaiyán	1.000	1.800	<100	<100	<100	<100	0,01	0,02	0,04	0,08
Belarús	9.600	20.000	650	1.400	<100	<100	0,13	0,26	0,38	0,79
Bosnia y Herzegovina	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bulgaria	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Croacia	140	280	<100	<100	...	...	0,00	0,00	0,00	0,00
Eslovaquia	<100	<100	<100	<100	...	...	0,00	0,00	0,00	0,00
Estonia	5.600	9.800	<100	<100	<100	<100	0,45	0,79	1,80	3,17
Federación de Rusia	500.000	840.000	7.200	11.000	<100	<100	0,53	0,80	1,50	2,24
Georgia	590	1.200	<100	<100	<100	<100	0,01	0,03	0,05	0,10
Hungría	2.000	3.500	<100	<100	...	...	0,01	0,03	0,07	0,12
Kazajistán	4.200	8.800	210	380	<100	<100	0,02	0,04	0,09	0,17
Kirguistán	330	680	<100	<100	<100	<100	0,00	0,00	0,00	0,00
Letonia	4.000	6.000	<100	<100	<100	<100	0,19	0,29	0,75	1,13
Lituania	850	1.800	<100	<100	<100	<100	0,03	0,06	0,10	0,22
Polonia	...	...	...	...	...	...	0,03	0,06	0,06	0,12
Rep. Checa	400	600	<100	<100	...	...	0,00	0,00	0,00	0,00
Rep. de Moldova	3.600	7.400	200	410	<100	<100	0,09	0,18	0,30	0,62
Rumania	4.200	8.800	230	470	...	...	...	...	...	...
Tayikistán	130	270	<100	<100	<100	<100	0,00	0,00	0,00	0,00
Turkmenistán	<100	<100	<100	<100	<100	<100	0,00	0,00	0,00	0,00
Ucrania	180.000	320.000	7.900	14.000	<100	<100	0,63	1,12	1,41	2,50
Uzbekistán	480	1.000	<100	<100	...	...	0,00	0,00	0,01	0,01
Europa occidental	440.000	670.000	6.200	9.800	<100	<100	0,10	0,17	0,15	0,27
Albania	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Alemania	33.000	49.000	530	790	...	...	0,04	0,05	0,08	0,12
Austria	7.900	12.000	<100	<100	...	...	0,10	0,14	0,18	0,27
Bélgica	6.800	10.000	<100	<100	...	...	0,10	0,14	0,09	0,14
Dinamarca	3.600	5.500	<100	<100	...	...	0,05	0,08	0,11	0,16
Eslovenia	170	390	<100	<100	<100	<100	0,00	0,00	0,00	0,00
España	100.000	150.000	1.800	2.600	...	...	0,19	0,29	0,41	0,62
Ex Rep. Y. de Macedonia	<100	<100	<100	<100	...	...	0,00	0,00	0,00	0,00
Finlandia	970	1.500	<100	<100	...	...	0,02	0,03	0,03	0,04
Francia	81.000	120.000	640	960	<100	<100	0,14	0,21	0,21	0,31
Grecia	7.000	11.000	<100	<100	...	...	0,05	0,08	0,11	0,16
Irlanda	1.900	2.900	<100	<100	...	...	0,04	0,06	0,05	0,07
Islandia	180	260	<100	<100	...	...	...	...	...	...
Italia	84.000	130.000	880	1.300	...	...	0,21	0,31	0,23	0,34
Luxemburgo	<100	<100	<100	<100	...	...	...	...	...	...
Malta	<100	<100	<100	<100	...	...	...	...	...	...

7. Prevalencia del VIH (%), poblaciones seleccionadas

País	Mujeres en dispensarios de atención prenatal – principales zonas urbanas				Mujeres en dispensarios de atención prenatal – fuera de las principales zonas urbanas				Varones pacientes con ITS – principales zonas urbanas				Profesionales del sexo – principales zonas urbanas			
	Año	Mediana	Min.	Máx.	Año	Mediana	Min.	Máx.	Año	Mediana	Min.	Máx.	Año	Mediana	Min.	Máx.
Asia meridional/sudoriental																
Afganistán	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bangladesh	...	...	...	...	1989	0,0	0,0	0,0	1998	0,3	0,3	0,3	2000	20,0	20,0	20,0
Bhután	...	...	...	...	1993	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	...	...	...	...
Brunei Darussalam	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Camboya	2000	2,7	2,7	2,7	2000	1,7	0,6	5,7	1994	8,5	8,5	8,5	2000	26,3	26,3	26,3
Filipinas	...	...	...	...	...	...	...	...	1994	0,0	0,0	0,0	1994	0,3	0,3	0,3
India	1999	2,0	0,0	3,3	2000	2,0	1,0	3,9	1999	3,6	0,8	64,4	1998	5,3	5,3	5,3
Indonesia	1999	0,0	0,0	0,0	1996	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	1998	0,2	0,2	0,2
Irán (Rep. Islámica del)	1993	0,0	0,0	0,0	1994	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	1994	0,0	0,0	0,0
Malasia	...	...	...	...	1996	0,1	0,0	0,7	1996	4,2	4,2	4,2	1996	6,3	6,3	6,3
Maldivas	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Myanmar	2000	2,8	2,0	3,5	2000	1,8	0,0	5,3	2000	12,6	12,1	13,0	2000	38,0	26,0	50,0
Nepal	1992	0,0	0,0	0,0	1992	0,0	0,0	0,0	2000	0,0	0,0	0,0	1999	36,2	36,2	36,2
Pakistán	1995	0,0	0,0	0,6	1999	0,0	0,0	0,0	1995	0,3	0,2	3,7	1995	0,0	0,0	0,0
Rep. Dem. Popular Lao	1998	0,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2000	1,0	...	...
Singapur	1998	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	1998	0,7	0,7	0,7	1998	0,5	0,5	0,5
Sri Lanka	1996	0,0	0,0	0,0	1996	0,0	0,0	0,0	1998	0,1	0,1	0,1	1998	0,0	0,0	0,0
Tailandia	2000	1,6	1,6	1,6	2000	1,5	0,4	5,3	2000	2,5	2,5	2,5	2000	6,7	6,7	6,7
Viet Nam	1999	0,2	0,1	0,2	1999	0,0	0,0	0,3	1999	2,0	1,0	5,5	2000	11,0	11,0	11,0
Europa oriental/Asia central																
Armenia	1998	0,1	0,1	0,2	1998	0,0	0,0	0,0	1998	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...
Azerbaiyán	...	...	...	...	...	...	...	...	1995	0,0 <i>n</i>	...	...	...	...	...	...
Belarús	...	...	...	...	1996	0,04 <i>n</i>	...	...	1996	0,04 <i>n</i>	...	...	...	...	...	...
Bosnia y Herzegovina	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bulgaria	...	...	...	...	1997	0,01 <i>n</i>	...	...	1997	0,09 <i>n</i>	...	...	...	...	...	...
Croacia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Eslovaquia	...	...	...	...	1995	0,0 <i>n</i>	...	...	1996	0,0 <i>n</i>	...	...	...	...	...	...
Estonia	...	...	...	...	...	...	...	...	1996	0,03 <i>n</i>	...	...	...	...	...	...
Federación de Rusia	...	...	...	...	1998	0,005 <i>n</i>	...	...	1998	0,02 <i>n</i>	...	...	...	...	...	...
Georgia	1997	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Hungría	...	...	...	...	1996	0,0 <i>n</i>	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Kazajistán	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Kirguistán	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Letonia	...	...	...	...	1996	0,06 <i>n</i>	...	...	1996	0,05 <i>n</i>	...	...	1998	11,0	...	...
Lituania	1996	0,0	0,0	0,0	1993	0,0 <i>n</i>	...	...	1996	0,0	...	...	...	...	...	...
Polonia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rep. Checa	...	...	...	...	1996	0,005 <i>n</i>	...	...	1996	0,0 <i>n</i>	...	...	...	...	...	...
Rep. de Moldova	...	...	...	...	1995	0,0 <i>n</i>	...	...	1996	0,04 <i>n</i>	...	...	...	...	...	...
Rumania	...	...	...	...	...	...	...	...	1996	0,5	...	...	...	...	...	...
Tayikistán	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Turkmenistán	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ucrania	1996	0,2	0,0	0,2	1996	0,05 <i>n</i>	...	...	1996	13,3	0,5	22,7	1995	0,0 <i>n</i>	...	...
Uzbekistán	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Europa occidental																
Albania	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Alemania	1997	0,1	...	...	1997	0,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Austria	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bélgica	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Dinamarca	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Eslovenia	...	...	...	...	1995	0,0 <i>n</i>	...	...	1996	0,0 <i>n</i>	...	...	...	...	...	...
España	1997	0,1	0,1	0,2	1996	0,15 <i>n</i>	...	...	1995	5,8 <i>n</i>	0,7	7,8	1995	2,0 <i>n</i>	...	...
Ex Rep. Y. de Macedonia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Finlandia	1994	0,0	0,0	0,0	1996	0,01 <i>n</i>	...	...	1996	0,1	...	...	...	...	...	...
Francia	1994	0,4	0,0	0,5	...	...	...	...	1993	4,2	3,7	8,0	1991	2,3	...	...
Grecia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1991	0,0	...	...
Irlanda	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Islandia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Italia	1992	0,2	...	...	1993	0,1 <i>n</i>	...	...	1992	11,0 <i>n</i>	...	...	...	...	...	...
Luxemburgo	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Malta	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

País	7. Prevalencia del VIH (%), (cont.)				8. Indicadores del grado de conocimiento y del comportamiento										
	Consumidores de drogas intravenosas – principales zonas urbanas				Adultos jóvenes (de 15 a 24 años) que no saben que una persona de aspecto sano puede transmitir el SIDA (%)		Edad mediana de los varones y mujeres jóvenes (de 20 a 24 años) en su primera relación sexual			Relaciones sexuales de mayor riesgo para los adultos (de 15 a 49 años) comunicadas en el último año (%)			Utilización comunicada del preservativo por adultos (de 15 a 49 años) en su última relación sexual de mayor riesgo (%)		
	Año	Mediana	Min.	Máx.	Mujer	Año	Varón	Mujer	Año	Varón	Mujer	Año	Varón	Mujer	Año
Asia meridional/sudoriental															
Afganistán	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bangladesh	1998	2,5	2,5	2,5	76,6	2000	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bhután	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Brunei Darussalam	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Camboya	...	...	...	...	37,6	2000	...	21,9	2000	...	0,1 x	2000	...	0,5 x	2000
Filipinas	1994	0,0	0,0	0,0	33,1	1999	...	...	1998	16,1	1,3	1990	...	...	...
India	1996	3,5	3,5	3,5	~26,0	2000	21,0 b	18,0 b	2001	11,8	2,0	2001	51,2	39,8	2001
Indonesia	...	...	...	...	67,8	2000	...	20,4	1997	...	...	...	...	...	...
Irán (Rep. Islámica del)	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Malasia	1996	16,8	16,8	16,8	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Maldivas	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Myanmar	2000	47,6	37,1	58,1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nepal	2000	50,0	50,0	50,0	71,0	2000	...	19,6	1996	...	...	...	...	...	...
Pakistán	2000	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rep. Dem. Popular Lao	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Singapur	1994	0,2	0,2	0,2	...	...	...	...	...	16,2	1,0	1991	...	...	...
Sri Lanka	...	...	...	...	...	...	...	...	...	4,5	0,6	1997	44,4	...	1997
Tailandia	2000	39,6	39,6	39,6	...	...	...	...	...	7,4	3,1	1990	...	...	...
Viet Nam	2000	41,5	33,0	50,0	36,5	2000	...	...	...	12,0 a	...	1995	30,0 a	...	1995
Europa oriental/Asia central															
Armenia	1998	6,3	6,3	6,3	53,0	2000	...	19,7 z	2000	18,9	0,6	2000	43,3	2000	...
Azerbaiyán	1995	0,0 n	...	...	64,4	2000	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Belarús	1996	6,7 n	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bosnia y Herzegovina	...	...	...	...	26,4	2000	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bulgaria	...	...	...	...	...	...	...	18,7	1997	...	...	...	...	...	...
Croacia	1996	0,0 n	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Eslovaquia	1996	0,0 n	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Estonia	...	...	...	...	...	...	...	18,4	1994	...	...	...	...	...	...
Federación de Rusia	1998	0,4 n	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Georgia	...	...	...	...	53,7	2000	...	...	...	51,6 u	0,8 u	1997	79,1 u	...	1997
Hungría	...	...	...	...	...	...	18,0	18,5	1993	...	...	...	...	...	...
Kazajistán	...	...	...	...	37,0	1999	18,6	20,0	1999	29,7	15,5	1999	58,3	18,7	1999
Kirguistán	...	...	...	...	...	...	...	19,5	1997	...	...	...	...	...	...
Letonia	1997	0,0 n	...	...	...	...	18,2	18,5	1995	20,0	10,0	1997	69,0	66,3	1997
Lituania	...	...	...	...	...	...	18,6	19,5	1995	...	...	...	...	...	...
Polonia	1996	5,0 n	...	...	...	...	19,7	19,6	1991	...	...	...	...	...	...
Rep. Checa	1996	0,0 n	...	...	...	...	...	...	...	30,5	21,7	1994	41,3	35,0	1994
Rep. de Moldova	1996	1,1 n	...	...	21,2	2000	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rumania	...	...	...	...	30,6	1999	17,3	19,5	1999	...	...	...	...	...	...
Tayikistán	...	...	...	...	92,1	2000	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Turkmenistán	...	...	...	...	58,0	2000	...	21,6 b	2000	...	4,5 x	2000	...	...	...
Ucrania	1998	8,6 n	...	...	34,0	2000	...	...	...	...	19,7	1999	...	...	...
Uzbekistán	...	...	...	...	59,0	2000	...	19,7	1996	...	...	...	...	...	...
Europa occidental															
Albania	...	...	...	...	59,8	2000	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Alemania	...	...	...	...	...	...	...	...	...	12,0	5,0	1990	...	...	...
Austria	1990	27,0	13,5	44,0	...	...	...	...	...	...	...	...	38,0 a	...	1992
Bélgica	1989	4,0	4,0	4,0	...	...	18,1	18,7	1992	...	...	...	...	...	...
Dinamarca	...	...	...	...	...	...	17,5	17,0	1989	...	...	...	...	...	...
Eslovenia	1996	0,6	...	...	...	...	17,0	18,0	1994	12,4	6,2	1996	16,9	17,9	1996
España	1996	31,0	...	...	...	...	18,7	20,1	1995	18,0	4,8	1995	49,4 e	32,5	1996
Ex Rep. Y. de Macedonia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Finlandia	1995	0,1 n	...	...	...	...	18,0	18,0	1992	...	...	...	...	...	...
Francia	1990	3,0	...	...	...	...	17,9	18,4	1998	13,3	5,6	1990	64,7	50,2	1993
Grecia	1995	0,4	...	...	...	...	17,5	19,0	1990	22,1	5,8	1990	...	...	...
Irlanda	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Islandia	...	...	...	...	...	...	16,8	16,9	1992	...	...	...	...	...	...
Italia	1993	33,6	7,0	36,8	...	...	18,7	21,7	1996	...	...	...	...	...	...
Luxemburgo	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Malta	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

País	1. Número estimado de personas que vivían con el VIH/SIDA a finales de 2001					2. Huérfanos por el SIDA, 2001	3. Defunciones por SIDA, 2001	4. Población, 2001 (miles)	
	Adultos y niños	Adultos (15-49)	Tasa de adultos (%)	Mujeres (15-49)	Niños (0-14)	Huérfanos (0-14)	Cifra acumulativa Adultos y niños	Total	Adultos (15-49)
Noruega	1.800	1.800	0,1	400	<100	...	<100	4.488	2.155
Países Bajos	17.000	17.000	0,2	3.300	160	...	110	15.930	7.997
Portugal	27.000	26.000	0,5	5.100	350	...	1.000	10.033	5.089
Reino Unido	34.000	34.000	0,1	7.400	550	...	460	59.542	28.559
Suecia	3.300	3.300	0,1	880	<100	...	<100	8.833	4.012
Suiza	19.000	19.000	0,5	6.000	300	...	<100	7.170	3.437
Yugoslavia	10.000	10.000	0,2	...	...	...	<100	10.538	5.341
África Norte/Oriente Medio	500.000	460.000	0,3	250.000	35.000	65.000	30.000	349.142	180.506
Arabia Saudita	...	...	...	...	...	...	...	21.028	9.667
Argelia	...	13.000*	0,1*	...	...	...	...	30.841	16.779
Bahrein	<1000	<1000	0,3	150	...	...	...	652	390
Chipre	<1000	<1000	0,3	150	...	...	...	790	396
Egipto	8.000	8.000	<0,1	780	...	...	...	69.080	36.301
Emiratos Árabes Unidos	...	...	...	...	...	...	...	2.654	1.533
Iraq	<1000	<1000	<0,1	150	...	...	...	23.584	11.527
Israel	...	2.700	0,1	...	...	...	...	6.172	3.067
Jamahiriya Árabe Libia	7.000	7.000	0,2	1.100	...	...	...	5.408	2.952
Jordania	<1000	<1000	<0,1	150	...	...	...	5.051	2.561
Kuwait	...	...	...	...	...	...	...	1.971	1.123
Líbano	...	...	...	...	...	...	...	3.556	1.949
Marruecos	13.000	13.000	0,1	2.000	...	...	...	30.430	16.373
Omán	1.300	1.300	0,1	200	...	...	...	2.622	1.211
Qatar	...	...	...	...	...	...	...	575	350
República Árabe Siria	...	...	...	...	...	...	...	16.610	8.481
Sudán	450.000	410.000	2,6	230.000	30.000	62.000	23.000	31.809	15.496
Túnez	...	...	...	...	...	...	...	9.562	5.392
Turquia	...	3.700*	<0,1*	...	...	...	...	67.632	36.857
Yemen	9.900	9.900	0,1	1.500	...	...	...	19.114	8.098
América del Norte	950.000	940.000	0,6	190.000	10.000	320.000	15.000	316.941	161.413
Canadá	55.000	55.000	0,3	14.000	<500	-0	<500	31.015	16.164
Estados Unidos de América	900.000	890.000	0,6	180.000	10.000	-0	15.000	285.926	145.249
Caribe	420.000	400.000	2,3	210.000	20.000	250.000	40.000	32.489	17.183
Bahamas	6.200	6.100	3,5	2.700	<100	2.900	610	308	170
Barbados	...	2.000*	1,2*	...	...	...	...	268	154
Cuba	3.200	3.200	<0,1	830	<100	1.000	120	11.237	6.121
Haití	250.000	240.000	6,1	120.000	12.000	200.000	30.000	8.270	4.053
Jamaica	20.000	18.000	1,2	7.200	800	5.100	980	2.598	1.376
República Dominicana	130.000	120.000	2,5	61.000	4.700	33.000	7.800	8.507	4.561
Trinidad y Tabago	17.000	17.000	2,5	5.600	300	3.600	1.200	1.300	748
América Latina	1.500.000	1.400.000	0,5	430.000	40.000	330.000	60.000	488.031	262.151
Argentina	130.000	130.000	0,7	30.000	3.000	25.000	1.800	37.488	18.741
Belice	2.500	2.200	2,0	1.000	180	950	300	231	119
Bolivia	4.600	4.500	0,1	1.200	160	1.000	290	8.516	4.131
Brasil	610.000	600.000	0,7	220.000	13.000	130.000	8.400	172.559	96.894
Chile	20.000	20.000	0,3	4.300	<500	4.100	220	15.402	8.121
Colombia	140.000	140.000	0,4	20.000	4.000	21.000	5.600	42.803	23.003
Costa Rica	11.000	11.000	0,6	2.800	320	3.000	890	4.112	2.204
Ecuador	20.000	19.000	0,3	5.100	660	7.200	1.700	12.880	6.874
El Salvador	24.000	23.000	0,6	6.300	830	13.000	2.100	6.400	3.289
Guatemala	67.000	63.000	1,0	27.000	4.800	32.000	5.200	11.687	5.459
Guyana	18.000	17.000	2,7	8.500	800	4.200	1.300	763	432
Honduras	57.000	54.000	1,6	27.000	3.000	14.000	3.300	6.575	3.214
México	150.000	150.000	0,3	32.000	3.600	27.000	4.200	100.368	54.019
Nicaragua	5.800	5.600	0,2	1.500	210	2.000	400	5.208	2.539
Panamá	25.000	25.000	1,5	8.700	800	8.100	1.900	2.899	1.549
Paraguay	...	...	...	...	...	...	...	5.636	2.836
Perú	53.000	51.000	0,4	13.000	1.500	17.000	3.900	26.093	13.878
Suriname	3.700	3.600	1,2	1.800	190	1.700	330	419	238
Uruguay	6.300	6.200	0,3	1.400	100	3.100	<500	3.361	1.625
Venezuela	...	62.000*	0,5*	...	...	...	...	24.632	12.985

País	5. Intervalos de incertidumbre de las estimaciones						6. Tasa de prevalencia estimada del VIH (%) en personas jóvenes (15-24), final de 2001			
	Adultos y niños que vivían con el VIH/SIDA, final de 2001		Defunciones en adultos (15-49), 2001		Defunciones en niños (0-14), 2001		Mujeres		Varones	
	Estimación baja	Estimación alta	Estimación baja	Estimación alta	Estimación baja	Estimación alta	Estimación baja	Estimación alta	Estimación baja	Estimación alta
Noruega	1.400	2.100	<100	<100	...	...	0,03	0,05	0,06	0,09
Países Bajos	13.000	20.000	<100	130	...	...	0,07	0,11	0,16	0,24
Portugal	23.000	40.000	500	1.200	<100	<100	0,15	0,22	0,33	0,49
Reino Unido	27.000	41.000	360	540	<100	<100	0,04	0,06	0,08	0,12
Suecia	2.600	4.000	<100	<100	...	...	0,04	0,05	0,05	0,08
Suiza	15.000	23.000	<100	<100	<100	<100	0,32	0,47	0,37	0,55
Yugoslavia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
África Norte/Oriente Medio	320.000	680.000	16.000	32.000	3.900	8.100	0,23	0,41	0,08	0,15
Arabia Saudita	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Argelia	8.600	18.000	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahrein	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Chipre	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Egipto	3.000	8.200	...	...	...	...	...	...	...	...
Emiratos Árabes Unidos	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Iraq	650	1.400	...	...	...	...	...	...	...	...
Israel	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamahiriyá Árabe Libia	4.600	9.500	...	...	...	...	...	...	...	...
Jordania	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Kuwait	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Libano	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Marruecos	8.600	18.000	...	...	...	...	...	...	...	...
Omán	850	1.800	...	...	...	...	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
República Árabe Siria	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sudán	280.000	580.000	11.000	23.000	3.900	8.100	2,04	4,23	0,70	1,46
Túnez	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Turquía	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Yemen	6.400	13.000	...	...	...	...	...	...	...	...
América del Norte	760.000	1.100.000	12.000	18.000	<100	<100	0,16	0,29	0,33	0,58
Canadá	44.000	66.000	<500	<500	<100	<100	0,14	0,21	0,22	0,33
Estados Unidos de América	720.000	1.100.000	12.000	18.000	<100	<100	0,18	0,27	0,38	0,57
Caribe	290.000	520.000	23.000	44.000	4.600	9.000	1,78	3,17	1,42	2,43
Bahamas	4.600	9.500	360	740	<100	<100	1,97	4,09	1,72	3,56
Barbados	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cuba	2.100	4.400	120	180	<100	<100	0,03	0,06	0,06	0,12
Haití	190.000	390.000	16.000	32.000	3.700	7.700	3,22	6,69	2,64	5,48
Jamaica	13.000	22.000	690	1.000	<100	130	0,69	1,03	0,66	0,98
República Dominicana	100.000	150.000	5.600	8.300	720	1.100	2,22	3,30	1,69	2,51
Trinidad y Tabago	15.000	30.000	690	1.400	<100	140	2,09	4,37	1,56	3,27
América Latina	1.200.000	1.800.000	42.000	80.000	3.500	6.600	0,26	0,46	0,39	0,69
Argentina	110.000	170.000	1.500	4.500	<100	200	0,27	0,40	0,69	1,03
Belice	2.300	3.400	220	330	<100	<100	1,59	2,39	0,88	1,32
Bolivia	3.000	6.200	170	350	<100	<100	0,04	0,07	0,07	0,15
Brasil	490.000	730.000	7.000	20.000	330	1.500	0,38	0,58	0,51	0,77
Chile	11.000	23.000	160	1.000	<100	<100	0,08	0,17	0,23	0,48
Colombia	94.000	190.000	3.400	7.000	250	520	0,12	0,25	0,55	1,15
Costa Rica	7.200	15.000	540	1.100	<100	<100	0,18	0,36	0,38	0,79
Ecuador	13.000	27.000	1.000	2.100	<100	170	0,10	0,20	0,20	0,41
El Salvador	16.000	32.000	1.200	2.600	<100	210	0,23	0,48	0,50	1,04
Guatemala	44.000	91.000	2.800	5.800	590	1.200	0,55	1,14	0,59	1,22
Guyana	11.000	24.000	750	1.600	<100	200	2,60	5,41	2,13	4,43
Honduras	46.000	68.000	2.100	3.200	540	810	1,20	1,80	0,96	1,44
México	97.000	170.000	3.600	8.000	<100	600	0,07	0,12	0,26	0,47
Nicaragua	3.800	7.800	230	480	<100	<100	0,05	0,10	0,15	0,31
Panamá	18.000	33.000	1.200	2.200	<100	<100	0,90	1,60	1,35	2,40
Paraguay	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0,16
Perú	38.000	68.000	2.600	4.600	210	370	0,13	0,23	0,30	0,53
Suriname	2.400	5.100	190	400	<100	<100	0,99	2,05	0,79	1,64
Uruguay	5.000	7.500	<500	<500	<100	<100	0,16	0,24	0,42	0,63
Venezuela	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0,74

7. Prevalencia del VIH (%), poblaciones seleccionadas

País	Mujeres en dispensarios de atención prenatal – principales zonas urbanas				Mujeres en dispensarios de atención prenatal – fuera de las principales zonas urbanas				Varones pacientes con ITS – principales zonas urbanas				Profesionales del sexo – principales zonas urbanas				
	Año	Mediana	Min.	Máx.	Año	Mediana	Min.	Máx.	Año	Mediana	Min.	Máx.	Año	Mediana	Min.	Máx.	
	Noruega	1996	0,01	n	1992	0,1
Países Bajos	1996	0,3	0,0	0,6	1996	3,3	1991	1,5	1,5	2,3
Portugal	1995	0,2	1992	5,8	1991	3,9
Reino Unido	1997	0,2	0,0	0,5	1997	0,0	0,0	0,1	...	1997	0,7	1991	0,0
Suecia	...	...	...	...	1995	0,01	n	...	...	1991	0,17	n	...	...	...	...
Suiza	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1997	1,8	0,0	10,3	...	...	...
Yugoslavia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
África Norte/Oriente Medio																	
Arabia Saudita	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Argelia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1988	1,2	0,4	1,9
Bahrein	1998	0,2	0,2	0,2	...	...	...	...	1998	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...
Chipre	...	...	...	...	1999	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	...	...	...	...
Egipto	1996	0,0	0,0	0,0	1993	0,0	0,0	0,0	1999	0,0	0,0	0,0	1999	0,0	0,0	0,0	
Emiratos Árabes Unidos	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Iraq	...	...	...	...	1999	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	...	...	...	...
Israel	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamahiriya Árabe Libia	...	...	...	...	1998	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	...	...	...	...
Jordania	...	...	...	...	1999	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	...	...	...	...
Kuwait	1998	0,0	0,0	0,0	1999	0,0	0,0	0,0	1997	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...
Líbano	...	...	...	...	1995	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	...	...	...	...
Marruecos	1999	0,1	0,0	0,7	1999	0,0	0,0	0,0	1999	0,4	0,1	1,3	...	...	...	...
Omán	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
República Árabe Siria	1993	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	1999	0,0	0,0	0,0	1999	0,0	0,0	0,0
Sudán	1998	0,5	0,5	0,5	1998	3,8	3,5	4,0	...	...	...	...	...	...	...	...
Túnez	2000	0,2	0,2	0,2	1999	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	1999	0,0	0,0	0,0
Turquía	...	...	...	...	...	...	...	...	1992	0,1	...	...	1995	0,0	n	...
Yemen	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
América del Norte																	
Canadá	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Estados Unidos de América	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Caribe																	
Bahamas	1995	3,6	3,6	3,6	1993	3,6	3,6	3,6	1990	8,4	8,4	8,4	1990	44,4	44,4	44,4	
Barbados	1996	1,1	1,1	1,1	...	...	...	...	1988	4,7	4,7	4,7	...	...	...	...
Cuba	1996	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	1991	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...
Haití	2000	3,8	3,8	3,8	2001	3,4	0,0	6,1	2000	15,0	15,0	15,0	1992	65,0	65,0	65,0	
Jamaica	1997	1,0	1,0	1,0	...	...	...	...	2000	3,0	3,0	3,0	1997	5,0	5,0	5,0
República Dominicana	1999	1,2	1,2	1,2	1999	2,1	1,1	4,5	1999	4,4	4,4	4,4	1999	3,5	2,4	6,6	
Trinidad y Tabago	1999	3,4	3,0	3,8	...	...	...	...	1996	5,8	5,8	5,8	1988	13,0	13,0	13,0
América Latina																	
Argentina	1998	0,9	0,3	1,2	1998	0,2	0,0	0,5	1998	10,8	10,8	10,8	1993	2,6	2,6	2,6	
Belice	1995	2,3	2,3	2,3	2000	1,4	1,4	1,4	...	...	...	...	...	...	...	...
Bolivia	1997	0,5	0,5	0,5	1988	0,0	0,0	0,0	1997	2,0	2,0	2,0	1997	0,0	0,0	0,0	
Brasil	2000	1,6	0,1	4,0	2000	0,4	0,4	0,4	1996	1,5	1,0	1,9	1998	17,8	17,8	17,8	
Chile	1999	0,1	0,1	0,1	1999	0,0	0,0	0,0	1999	3,5	3,5	3,5	...	...	...	...
Colombia	2000	0,1	0,1	0,1	2000	0,1	0,1	0,2	2000	0,1	0,1	0,1	1994	0,9	0,6	1,1	
Costa Rica	1997	0,3	0,3	0,3	1997	0,1	0,1	0,1	1994	3,1	3,1	3,1	1995	0,9	0,9	0,9	
Ecuador	2001	0,7	0,0	1,3	...	...	...	...	1993	3,6	3,6	3,6	2001	1,1	1,0	1,7
El Salvador	1997	0,2	0,2	0,3	...	...	...	...	1996	5,7	5,3	6,0	1993	1,1	1,1	1,1
Guatemala	1998	0,9	0,4	1,4	1999	0,0	0,0	1,0	1991	0,7	0,7	0,7	1998	4,7	4,7	4,7	
Guyana	1997	3,8	3,8	3,8	...	...	...	...	1997	25,0	25,0	25,0	2000	45,0	45,0	45,0
Honduras	1998	2,9	0,7	5,0	1998	3,0	3,0	3,0	1991	11,2	11,2	11,2	1999	7,7	7,7	7,7	
México	1994	0,6	0,6	0,6	...	...	...	...	2000	17,4	17,4	17,4	1999	0,3	0,3	0,3
Nicaragua	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1990	1,6	1,6	1,6
Panamá	1994	0,3	0,3	0,3	1997	0,9	0,9	0,9	...	...	...	...	...	...	...	...
Paraguay	1992	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	...	...	...	...	1987	0,1	0,1	0,1
Perú	1999	0,3	0,3	0,3	1999	0,0	0,0	0,0	1990	18,7	18,7	18,7	1998	1,6	1,6	1,6	
Suriname	1998	1,4	1,4	1,4	...	...	...	...	1990	1,1	1,1	1,1	1990	2,6	2,6	2,6
Uruguay	1991	0,0	0,0	0,0	1991	0,0	0,0	0,0	1991	1,3	1,3	1,3	1997	0,5	0,5	0,5	
Venezuela	1996	0,0	0,0	0,0	1996	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	1996	1,1	1,1	1,1

País	7. Prevalencia del VIH (%), (cont.)				8. Indicadores del grado de conocimiento y del comportamiento										
	Consumidores de drogas intravenosas – principales zonas urbanas				Adultos jóvenes (de 15 a 24 años) que no saben que una persona de aspecto sano puede transmitir el SIDA (%)		Edad mediana de los varones y mujeres jóvenes (de 20 a 24 años) en su primera relación sexual		Relaciones sexuales de mayor riesgo para los adultos (de 15 a 49 años) comunicadas en el último año (%)			Utilización comunicada del preservativo por adultos (de 15 a 49 años) en su última relación sexual de mayor riesgo (%)			
	Año	Mediana	Min.	Máx.	Mujer	Año	Varón	Mujer	Año	Varón	Mujer	Año	Varón	Mujer	Año
Noruega	...	...	...	...	...	...	18,3	17,6	1992	14,5	8,8	1992	8,4	5,3	1992
Países Bajos	1996	5,1	...	...	...	...	18,3	18,3	1989	18,0	7,0	1989	...	...	...
Portugal	1996	15,2	...	...	...	...	17,4	19,8	1997	...	...	...	...	...	...
Reino Unido	1997	3,4	...	...	...	...	17,1	17,4	1991	26,9	6,8	1991	23,2	17,5	1991
Suecia	1995	5,3	...	...	...	...	...	17,1	mediados de 1990	13,0	7,0	1989	...	...	...
Suiza	1997	1,4	0,0	16,7	...	...	18,3	18,6	1994	15,9	8,1	1994	56,7	36,9	1994
Yugoslavia	...	...	...	...	34,8	2000	...	...	...	36,3	16,7	1997	35,7	44,0	1997
África Norte/Oriente Medio															
Arabia Saudita	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Argelia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahrein	1999	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Chipre	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Egipto	1999	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Emiratos Árabes Unidos	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Iraq	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Israel	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamahiriya Árabe Libia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jordania	...	...	...	...	43,0	1997	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Kuwait	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Líbano	...	...	...	...	...	...	...	...	...	22,4 a	...	1996	69,3 a	...	1996
Marruecos	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Omán	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
República Árabe Siria	1999	0,0	0,0	0,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sudán	...	...	...	...	...	...	...	...	...	3,0	1,0	1995	20,0	16,7	1995
Túnez	1997	0,3	0,3	0,3	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Turquía	1992	0,0	0,0	0,0	37,8	1998	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Yemen	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
América del Norte															
Canadá	...	...	...	...	...	...	...	17,8	mediados de 1990	8,4	6,0	1997	72,3	71,9	1997
Estados Unidos de América	...	...	...	...	...	...	...	17,2	mediados de 1990	11,0 amx	...	1997	65,0 amx	...	1997
Caribe															
Bahamas	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Barbados	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cuba	...	...	...	...	9,6	2000	...	...	...	48,6	14,4	1996	...	...	...
Haití	...	...	...	...	32,0	2000	...	18,2	2000	55,4	31,9	2000	25,5 h	14,4 h	2000
Jamaica	...	...	...	...	...	...	...	17,1	1997	...	...	...	...	38,3	1997
República Dominicana	...	...	...	...	11,2	2000	...	18,7	1996	14,8 k	9,8	1995	44,5	12,4	1996
Trinidad y Tabago	...	...	...	...	5,1	2000	...	19,4	1987	...	...	...	...	...	...
América Latina															
Argentina	1995	92,0	92,0	92,0	...	...	...	...	...	...	...	...	<55,0 a	...	1995
Belice	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bolivia	...	...	...	...	45,6	2000	...	19,6	1998	28,3 k	...	1999	36,4 h	12,8 h	1998
Brasil	1999	42,0	42,0	42,0	21,0	1996	...	18,7	1996	37,9 w	14,1	1996	56,0	30,3	1996
Chile	...	...	...	...	...	...	...	...	...	28,00	6,0	1997	33,0	18,0	1997
Colombia	...	...	...	...	15,8	2000	...	18,4	2000	...	29,1 x	2000	...	23,0 h	2000
Costa Rica	...	...	...	...	...	...	...	...	...	21,4	12,5	1995	55,3	42,0	1995
Ecuador	...	...	...	...	41,0	1999	...	19,3	1999	...	...	...	...	...	...
El Salvador	...	...	...	...	32,0	1998	...	18,7	1998	...	...	...	...	...	...
Guatemala	...	...	...	...	56,0	1995	...	19,0	1999	...	...	...	...	4,36	1999
Guyana	...	...	...	...	15,8	2000	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	...	...	...	...	22,2	1996	15,7	18,4	1996	...	...	...	...	...	...
México	...	...	...	...	...	...	...	20,7	1987	15,4	...	1997	62,8 a	...	1997
Nicaragua	...	...	...	...	25,4	1998	15,8	18,1	1998	...	...	...	...	6,4 h	1998
Panamá	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Paraguay	...	...	...	...	26,7 d	1998	...	17,9	1996	...	...	...	...	79,1	1996
Perú	1990	28,1	28,1	28,1	28,2	2000	...	19,6	2000	13,6	1,5	1996	41,6 e	17,9	2000
Suriname	...	...	...	...	29,8	2000	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Uruguay	1997	24,4	24,4	24,4	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Clave de las letras empleadas en el cuadro de estimaciones y datos sobre el VIH/SIDA por países, final de 2001

- a la proporción de la suma de ambos sexos
- m la mediana de las encuestas subnacionales
- u muestras urbanas
- x subestimación del valor real debida a la metodología de la encuesta
- w 15-49 años de edad
- * No se proporcionan modelos específicos de países

Tasa de prevalencia (%) del VIH, datos de países seleccionados

- r datos de estudios rurales
- n cifra nacional sin desglose rural-urbano

No sabe que una persona de aspecto saludable puede estar infectada por el VIH/SIDA (15-24 años) (%)

- b 15-49 años de edad
- c 15-19 años de edad
- d 15-35 años de edad

Edad mediana al comienzo de la actividad sexual (20-24 años)

- b mujeres de 15-49 años; varones de 15-54 años
- z 25-29 años de edad

Relaciones sexuales de alto riesgo comunicadas por adultos (15-49 años) en el último año (%)

- r parejas habituales no cohabitantes que se supone que corren alto riesgo
- k 15-64 años de edad

Uso del preservativo comunicado por adultos (15-49 años) durante la última relación sexual de alto riesgo (%)

- e una encuesta anterior (basada en los 1-4 años previos a la encuesta indicada)
- h solamente las personas que han oído hablar del SIDA
- r parejas habituales no cohabitantes que se supone que corren alto riesgo

Anexo 1:

Estimaciones y datos sobre el VIH/SIDA, final de 2001

Las estimaciones y datos que se presentan en el cuadro anterior se refieren al final de 2001, a menos que se indique lo contrario. El ONUSIDA/OMS ha producido y compilado estas estimaciones, que se han remitido a los programas nacionales del SIDA para su revisión y comentarios; en cualquier caso, no reflejan necesariamente las estimaciones oficiales utilizadas por los gobiernos nacionales. En el cuadro no se indican estimaciones específicas para los países en los que no se dispone de datos recientes. Sin embargo, se han utilizado modelos regionales de datos más antiguos con el fin de elaborar estimaciones mínimas para dichos países y, seguidamente, calcular los totales regionales.

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.

En otra publicación¹ se describe con detalle la metodología general utilizada para producir las estimaciones específicas para cada país que se presentan en el cuadro. Las estimaciones realizadas por el ONUSIDA/OMS se basan en métodos y parámetros que aprovechan el consejo proporcionado por el Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones sobre el VIH/SIDA. Este grupo está compuesto por destacados investigadores en el campo del VIH/SIDA, la epidemiología, la demo-

grafía y las zonas relacionadas. El grupo revisa los trabajos más recientes (publicados e inéditos) que derivan de estudios de investigación en los diversos países, así como los avances en la comprensión de las epidemias de VIH/SIDA. A continuación propone métodos para mejorar la calidad y precisión de las estimaciones. Además, siguiendo las indicaciones del grupo de referencia, se han 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 presupuestos han permitido mejorar las estimaciones sobre el VIH/SIDA correspondientes a 2001. Esto, sin embargo, también dificulta las comparaciones directas entre estimaciones previas (a final de 1999) y las cifras actuales. (Las recomendaciones del grupo de referencia que se han aplicado a estas estimaciones se describirán en un próximo informe.²)

En el presente documento se define a los adultos como varones y mujeres de 15-49 años de edad. Este grupo de edad engloba a las personas que se encuentran en los años de mayor actividad sexual de su vida. Aunque el riesgo de infección por el VIH persiste más allá de los 50 años, es probable que la inmensa mayoría de las personas con comportamientos de riesgo significativos 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 niños y adultos de edad más avanzada, la restricción de los «adultos» a los 15-49 años tiene la ventaja de mejorar la comparabilidad entre

¹Schwartländer B et al. (1999) Country-specific estimates and models of HIV and AIDS: methods and limitations. *AIDS*, **13**: 2.445-2.458.

²Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones (2002), Elaboración de Modelos y Proyecciones. Improved methods and assumptions for estimation of the HIV/AIDS epidemic and its impact: Recommendations of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. *AIDS* (en prensa).

diferentes poblaciones. Este grupo de edad se ha utilizado como denominador al calcular las tasas

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 viven con el VIH/SIDA (final de 2001)

Estas estimaciones incluyen a todas las personas que, a final de 2001, estaban infectadas por el VIH, con independencia de que hubieran desarrollado o no síntomas de SIDA. Las estimaciones marcadas con un asterisco indican que, en ese país concreto, no se disponía de datos suficientes para calcular la prevalencia del VIH a final de 2001. En todos estos países, la tasa de prevalencia publicada por el ONUSIDA en 1999 se aplicó a la población adulta del país en 2001 con el fin de producir las estimaciones presentadas en el cuadro. No se elaboraron modelos específicos para los países marcados con un asterisco. En el caso de algunos países sin datos suficientes durante los últimos seis años, no se realizó ningún tipo de estimación. Para las columnas de datos que contienen estimaciones de pocos países o de ninguno, los totales regionales se calcularon sobre la base de un modelo regional.

Adultos y niños

Número estimado de adultos y niños que vivían con el VIH/SIDA a final de 2001.

Se define a los niños como todas 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 2001.

Tasa (%) en adultos (15-49 años)

Para calcular la tasa de prevalencia del VIH en adultos, el número estimado de adultos que vivían con el VIH/SIDA a final de 2001 se dividió por la

población adulta en 2001 (15-49 años).

Mujeres (15-49 años)

Número estimado de mujeres que vivían con el VIH/SIDA a final de 2001.

Niños (0-14 años)

Número estimado de niños menores de 15 años que vivían con el VIH/SIDA a final de 2001.

2. Huérfanos por el SIDA (2001)

Huérfanos, actualmente vivos

Número estimado de niños de 0-14 años que, a final de 2001, habían perdido a uno o ambos padres a causa del SIDA.

3. Mortalidad por el SIDA (2001)

Adultos y niños

Número estimado de adultos y niños que fallecieron por el SIDA durante 2001.

4. Población (2001)

Total (miles)

Población total en 2001 (*World Population Prospects: the 2000 Revision*, División de Población de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Secretaría de las Naciones Unidas).

Adultos (15-49 años) (miles)

Población de 15-49 años de edad en 2001 (*World Population Prospects: the 2000 Revision*, División de

Población de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Secretaría de las Naciones Unidas).

5. Intervalos de incertidumbre en relación con las estimaciones de prevalencia y mortalidad

Las mejores estimaciones de prevalencia del VIH y mortalidad por el SIDA se ofrecen bajo los indicadores 1 y 3 (véase más arriba). Dependiendo de la fiabilidad de los datos disponibles, puede haber mayor o menor incertidumbre en torno a cada una de tales estimaciones. Por tanto, el indicador 5 presenta estimaciones altas y bajas para determinadas variables. Cuanto más amplio es el intervalo, mayor es la incertidumbre alrededor de las estimaciones del país, que, a su vez, dependen de calidad, cobertura y congruencia de su sistema de vigilancia. Aunque en todas las estimaciones existe un cierto grado de incertidumbre, en el presente informe se dan los intervalos de incertidumbre para las siguientes variables fundamentales:

- Número estimado de adultos y niños que vivían con el VIH/SIDA a final de 2001.
- Número estimado de defunciones por SIDA en adultos (15-49 años) durante 2001.
- Número estimado de defunciones por SIDA en niños (0-14 años) durante 2001.

6. Tasa estimada de prevalencia del VIH (%) en jóvenes (15-24 años), final de 2001

La tasa de prevalencia se calculó dividiendo el número estimado de jóvenes (15-24 años) que vivían con el VIH/SIDA a final de 2001 por la población de jóvenes (15-24 años) en 2001. Estas estimaciones específicas para cada país no han sido elaboradas ni aprobadas por los programas nacio-

nales, y se expresan como intervalo generado por modelización regional.

7. Tasa de prevalencia del VIH (%): datos de poblaciones seleccionadas

Porcentaje de personas evaluadas en cada grupo que resultaron estar infectadas por el VIH. La mayor parte de estos datos procede de vigilancia centinela sistemática. Para cada uno de los grupos, el cuadro presenta el año del informe más reciente, la mediana para todos los centros de vigilancia, el mínimo y el máximo. Los datos de vigilancia en mujeres embarazadas que acudían a dispensarios de asistencia prenatal se dividen entre poblaciones urbanas y poblaciones fuera de grandes zonas urbanas. Es habitual que las zonas genuinamente rurales no tengan ningún tipo de centro de vigilancia centinela. Casi todos los datos sobre los grupos con comportamientos de alto riesgo, como consumo de drogas intravenosas y comercio sexual, proceden de estudios en zonas urbanas. Los datos marcados con una «r» corresponden a estudios en zonas rurales, efectuados a menudo en pequeñas ciudades fuera de las grandes zonas urbanas. Una «n» denota una cifra a nivel nacional, que no permite el desglose entre zonas rurales y urbanas.

8. Indicadores de conocimientos y comportamiento

Antes de 2000, la definición de «prácticas sexuales de alto riesgo» variaba entre los estudios; por tanto, los valores presentados deberían considerarse como indicativos del nivel de riesgo en los países respectivos. Se han realizado esfuerzos para presentar resultados normalizados, pero los valores que se ofrecen no deberían utilizarse para comparar niveles de riesgo entre los países.

No sabe que una persona de aspecto saludable puede estar infectada por el VIH/SIDA (15-24 años) (%)

Porcentaje de mujeres encuestadas (15-24 años) que no saben que una persona de aspecto saludable puede estar infectada por el VIH/SIDA. Una «b» denota un adulto de 15-49 años; una «c», uno de 15-19 años, y una «d», uno de 15-35 años.

Edad mediana al comenzar la actividad sexual (20-24 años)

Edad a la cual la mitad de los varones y mujeres jóvenes de 20-24 años tuvo la primera relación sexual con penetración (edad mediana), de entre todos los jóvenes encuestados. Una «b» denota una mujer adulta de 15-49 años y un varón adulto de 15-54 años; una «w», una persona de 15-59 años, y una «z», de 25-29 años.

Prácticas sexuales de alto riesgo comunicadas por adultos (15-49 años) durante el último año (%)

Proporción de adultos encuestados (mujeres: 15-49 años; varones: 15-54 años) que tuvieron relaciones sexuales con una pareja no marital y no cohabitante durante los últimos 12 meses, de entre todos los encuestados que comunicaron actividad sexual en el último año. Una «a» denota la proporción de ambos sexos combinados. Una «m» denota

la mediana de diversos estudios subnacionales. En los países marcados con una «r» se supone que las parejas habituales no cohabitantes son de «alto riesgo». Las muestras urbanas se señalan con una «u». Una «k» denota un grupo de edad de 15-64 años. Una «w» denota un grupo de edad de 15-59 años. Una «x» denota una subestimación del valor real debido a la metodología del estudio.

Uso de preservativos comunicado por adultos (15-49 años) durante la última relación sexual de alto riesgo (%)

Porcentaje de adultos encuestados (mujeres: 15-49 años; varones: 15-54 años) que dijeron que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja no marital y no cohabitante, de entre todos los que tuvieron relaciones sexuales con una de tales parejas durante los últimos 12 meses. Una «a» denota la proporción de ambos sexos combinados. Una «e» denota un estudio más antiguo (realizado 1-4 años antes del estudio índice). Una «h» hace referencia tan sólo a las personas que habían oído hablar del SIDA. Una «m» denota la mediana de diversos estudios subnacionales. En los países marcados con una «r» se supone que las parejas habituales no cohabitantes son de «alto riesgo». Las muestras urbanas se señalan con una «u». Una «x» denota una subestimación del valor real debido a la metodología del estudio.

Anexo 2:

Claves del cuadro 1

Fuentes (por columna)

b,c,d,e	Country Sentinel Surveillance Reports (1997-2002) y HIV/AIDS Surveillance Database; Oficina del Censo de los Estados Unidos; Consejo de Programas Internacionales; Health Studies Branch, 2002.
h,i,j,k,l	Encuesta a base de indicadores múltiples (MICS), UNICEF (1999-2001); Encuestas demográficas y de salud, Macro International (1997-2001).
m,n,o,p	Encuestas demográficas y de salud, Macro International (1998-2001); encuestas específicas de país.
q,r,t,v	Encuesta a base de indicadores múltiples (MICS), UNICEF (1999-2001); Encuestas demográficas y de salud, Macro International (1997-2001).
s	ONUSIDA/UNICEF, 2002.
u	Estimaciones de huérfanos por el ONUSIDA/UNICEF, 2001-2002.

Explicación

a	Grupo de edad de 14-49 años.		
b	Año de la recopilación de datos por la vigilancia centinela, principales zonas urbanas (PZU). [Los países con una «n» o una «u» no presentan el valor de la mediana sino el promedio de todas las mujeres sometidas a la prueba combinado para los distintos centros. No se han calculado necesariamente los promedios para todos los países.]		
c	Porcentaje de muestras de sangre extraídas de mujeres (15-19 años) que dieron positivo en la prueba del VIH durante la vigilancia centinela sistemática en dispensarios prenatales seleccionados en PZU.		
d	Porcentaje de muestras de sangre extraídas de mujeres (20-24 años) que dieron positivo en la prueba del VIH durante la vigilancia centinela sistemática en dispensarios prenatales seleccionados en PZU.		
e	Año de la recopilación de datos por la vigilancia centinela, fuera de las principales zonas urbanas (FPZU). [Los países con una «n» o una «r» no presentan el valor de la mediana sino el promedio de todas las mujeres sometidas a la prueba combinado para los distintos centros. No se han calculado necesariamente los promedios para todos los países.]		
f	Porcentaje (%) de muestras de sangre extraídas de mujeres (15-19 años) que dieron positivo en la prueba del VIH durante la vigilancia centinela sistemática en dispensarios prenatales seleccionados en FPZU.		
g	Porcentaje (%) de muestras de sangre extraídas de mujeres (20-24 años) que dieron positivo en la prueba del VIH durante la vigilancia centinela sistemática en dispensarios prenatales seleccionados en FPZU.		
h	Porcentaje (%) de mujeres jóvenes (15-24 años) que habían oído hablar del SIDA.		
i	Porcentaje (%) de mujeres jóvenes (15-24 años) que, en respuesta a una pregunta rápida, dijeron que una persona puede reducir su riesgo de contraer el VIH utilizando preservativos. El denominador incluye a las encuestadas que no habían oído hablar del SIDA.		
j	Porcentaje (%) de mujeres jóvenes (15-24 años) que, en respuesta a una pregunta rápida, dijeron que una persona puede reducir su riesgo de contraer el VIH teniendo relaciones sexuales solamente con una pareja fiel y no infectada. El denominador		
			incluye a las encuestadas que no habían oído hablar del SIDA.
		k	Porcentaje (%) de mujeres jóvenes (15-24 años) que sabían que una persona de aspecto saludable puede transmitir el VIH. El denominador incluye a las encuestadas que no habían oído hablar del SIDA.
		l	Porcentaje (%) de mujeres jóvenes (15-24 años) que rechazaban los conceptos erróneos locales más comunes sobre la transmisión o prevención del VIH, y que sabían que una persona de aspecto saludable puede transmitir el virus. El denominador incluye a las encuestadas que no habían oído hablar del SIDA.
		m	Porcentaje (%) de varones (15-59 años) que, en los 12 últimos meses, tuvieron relaciones sexuales con una pareja no marital y no cohabitante (de todos los encuestados que habían comunicado actividad sexual en los 12 últimos meses).
		n	Porcentaje (%) de mujeres (15-49 años) que, en los 12 últimos meses, tuvieron relaciones sexuales con una pareja no marital y no cohabitante (de todos los encuestados que habían comunicado actividad sexual en los 12 últimos meses).
		o	Porcentaje (%) de varones (15-59 años) que comunicaron haber utilizado un preservativo en su última relación sexual con una pareja no marital y no cohabitante en los 12 últimos meses, de las que tuvieron relaciones sexuales con una pareja de tales características en los 12 últimos meses. Antes de 2000, la definición empleada difería en algunos países. Por tanto, los valores deben considerarse como indicaciones del nivel de riesgo de los respectivos países antes que comparaciones de los niveles de riesgo entre países.
		p	Porcentaje (%) de mujeres (15-49 años) que comunicaron haber utilizado un preservativo en su última relación sexual con una pareja no marital y no cohabitante en los 12 últimos meses, de las que tuvieron relaciones sexuales con una pareja de tales características en los 12 últimos meses. Antes de 2000, la definición empleada difería en algunos países. Por tanto, los valores deben considerarse como indicaciones del nivel de riesgo de los respectivos países antes que comparaciones de los niveles de riesgo entre países.
		q	Porcentaje (%) de mujeres (15-49 años) que eran conscientes de que el VIH puede transmitirse de la madre al hijo.
		r	Porcentaje (%) de mujeres (15-49 años) que sabían dónde podían hacerse la prueba del VIH.
		s	Número de mujeres embarazadas infectadas por el VIH.
		t	Porcentaje (%) de mujeres (15-49 años) que durante el embarazo fueron atendidas por lo menos una vez por personal de salud capacitado [El personal de salud capacitado sólo incluye a médicos, enfermeras y comadronas; NO incluye a las parteras tradicionales (capacitadas o no)].
		u	Número de niños (0-14 años) cuya madre, padre o ambos padres habían fallecido por causa del SIDA (incluidos los niños que perdieron a ambos padres y los que perdieron a uno de los padres por el SIDA y al otro por otra causa).
		v	Razón de niños (10-14 años) que perdieron a ambos padres y asisten a la escuela respecto de los niños no huérfanos del mismo grupo de edad que asisten a la escuela (basada en una encuesta de hogares).
		y	Grupo de edad de <20 años.
		z	Grupo de edad de 15-24 años.
		~	Aproximadamente
		[1, etc.]	Número de centros de vigilancia.

Bibliografía

La lucha contra el SIDA: una nueva decisión mundial

Center for Economic and Policy Research (2001) *The scorecard on globalization 1980–2000: Twenty years of diminished progress*. Washington: CEPR. Puede consultarse en: <http://www.cepr.net/globalization/Scorecard.pdf>.

Fylkesnes K et al. (2001) Declining HIV prevalence and risk behaviours in Zambia: evidence from surveillance and population-based surveys. *AIDS*; 15(7): 907–916.

PNUD (2001) *Informe sobre Desarrollo Humano 2001*. Nueva York: PNUD. Puede consultarse en: <http://www.undp.org/hdr2001/spanish/>.

FNUAP (2001) *El estado de la población mundial 2001*. Nueva York: FNUAP. Puede consultarse en: <http://www.unfpa.org/swp/2001/espanol/index.html>.

Asamblea General de las Naciones Unidas (2001) *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA: "Crisis mundial – Acción mundial"*. Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Nueva York, 25-27 de junio de 2001. Puede consultarse en: <http://www.un.org/spanish/ag/sida/aress262.pdf>.

Banco Mundial (2001) *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001: Lucha contra la Pobreza*. Washington, DC Banco Mundial. Puede consultarse en: <http://www.worldbank.org/poverty/spanish/wdrpoverty/index.htm>.

Panorama mundial de la epidemia

(Además de las publicaciones que se citan a continuación, para preparar este apartado se utilizaron diversos informes de programas nacionales del VIH/SIDA.)

Agha S (2002) Declines in casual sex in Lusaka, Zambia: 1996-1999. *AIDS*; 16(2).

Auvert B et al. (2001) Ecological and individual level analysis of risk factors for HIV infection in four urban populations in sub-Saharan Africa with different levels of HIV infection. *AIDS*; 15: S15–30.

Auvert B et al. (2001) High prevalence of HIV infection among youth in a South African mining town is associated with HSV-2 seropositivity and sexual behaviour. *AIDS*; 15: 885–898.

Bingham T et al. (2001) Confidence in HAART and recent unprotected anal sex among MSM. 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, International Association of Physicians in AIDS Care, Chicago, 4–8 February 2001: Abstract 213. Puede consultarse en: <http://www.retroconference.org/2001/abstracts/abstracts/abstracts/213.htm>.

Bloom SS et al. (2000) Looking for change in response to the AIDS epidemic: Trends in AIDS knowledge and sexual behaviour in Zambia, 1990 through 1998. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*; 25(1): 77–85.

Buvé A et al. (2001) Why do young women have much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia. *AIDS*; 15: S51–S60.

Buvé A et al. (2001) The multicentre study on factors determining the differential spread of HIV in four African cities: summary and conclusions. *AIDS*; 15: S127–31.

Buvé A et al. (2001) Multicentre study on factors determining differences in rate of spread of HIV in sub-Saharan Africa: methods and prevalence of HIV infection. *AIDS*; 15: S5–S14.

Centers for Disease Control and Prevention (2001) *HIV/AIDS Update—A glance at the HIV epidemic*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Puede consultarse en: <http://www.cdc.gov/nchstp/od/news/At-a-Glance.pdf>.

Centers for Disease Control and Prevention (2000) Need for Sustained HIV Prevention for Gay and Bisexual Men: HIV Infections Continue at High Levels among Men of All Races with Dramatic Impact among Men of Color. National Center for HIV, STD and TB Prevention.

European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (CESES) (2001) *HIV/AIDS Surveillance in Europe, mid-year report 2001*, no 65. Paris: CESES. Puede consultarse en: http://www.eurohiv.org/AidsSurv/rapport_65/rap_eurohiv65.pdf.

Del Romero J (2001) Time trend in incidence of HIV seroconversion among homosexual men repeatedly tested in Madrid, 1988–2000. *AIDS*; 15: 1319–21.

Dodds J et al. (2000) Increase in high-risk sexual behaviour among homosexual men, London 1996–8: cross-sectional, questionnaire study. *British Medical Journal*; 320: 1510–1511.

Dukers N et al. (2001) Sexual risk behaviour relates to the virological and immunological improvements during highly active antiretroviral therapy in HIV-1 infection. *AIDS*; 15(3): 369–378.

Elford J et al. (2001) HIV Optimism: Fact or Fiction? *Focus: A Guide to AIDS Research and Counselling*; 6(8): 1–4.

Family Health International et al. (2001) *What drives HIV in Asia? A summary of trends in sexual and drug-taking behaviours*. Arlington: Family Health International. Puede consultarse en: <http://www.fhi.org/en/aids/impact/impactpdfs/whatdriveshivnasiabss.pdf>.

Fleming DT, Wasserheit JN (1999) From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sexually Transmitted Infections*; 75(1): 3–17.

Fylkesnes K et al. (2001) Declining HIV prevalence and risk behaviours in Zambia: evidence from surveillance and population-based surveys. *AIDS*; 15(7): 907–916.

Ghys P et al. (2002) Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1991–1998. *AIDS*; 16(2): 251–258.

Glynn JR et al. (2001) The development of the HIV epidemic in Karonga District, Malawi. *AIDS*; 15(15): 2025–9.

Kellogg T et al. (1999) Recent increases in HIV seroconversion among repeat anonymous testers in San Francisco. *AIDS*; 13: 2303–04.

Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) (2001) *The Status and Trends of HIV/AIDS/STI Epidemics in Asia and the Pacific*, Provisional Report. Melbourne: MAP. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/hivaidinfo/statistics/MAP/MAP2001FINAL.doc>.

Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) (2001) *HIV and AIDS in the Americas: An epidemic with many faces*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

Public Health Laboratory Service Board (2002) AIDS and HIV infection in the United Kingdom. *CDR Weekly*. Londres, RU: Public Health Laboratory Service Board. Puede consultarse en: <http://www.phls.co.uk/publications/CDR%20Weekly/pages/hiv.html>.

Quigley MA et al. (2000) Case-control study of risk factors for incident HIV infection in rural Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*; 23(5): 418–425.

ONUSIDA (2001) *Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA 2001*. Ginebra, Suiza: ONUSIDA. Puede consultarse en: http://www.unaids.org/worldaidsday/2001/Epiupdate2001/Epiupdate2001_sp.pdf.

PNUD (2001) *Informe sobre Desarrollo Humano 2001*. Nueva York: PNUD. Puede consultarse en: <http://www.undp.org/hdr2001/spanish/>.

UNICEF (2002) The epidemiology of HIV at the start of the 21st century (draft working paper). Nueva York, NY: UNICEF.

Valleroy L et al. (2001) High HIV and risk behaviour prevalence among 23–29-year-old MSM in 6 US cities. Octava Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, Asociación Internacional de Médicos especialistas en Atención del SIDA (IAPAC), Chicago, 4–8 de febrero de 2001: Resumen 213. Puede consultarse en: <http://www.retroconference.org/2001/abstracts/abstracts/abstracts/211.htm>.

Weiss HA, Quigley MA, Hayes RJ (2000) Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*; 14: 2361–2370.

Wolitski RJ et al. (2001) Are we headed for a resurgence of the HIV epidemic among men who have sex with men? *American Journal of Public Health*; 91(6): 883-888.

El impacto creciente

Arndt C, Lewis J (2000) The Macroeconomic implications of HIV/AIDS in South Africa: A preliminary assessment. *South African Journal of Economics*; 68: 1–32.

Badcock-Walters P (2001) The impact of HIV/AIDS on education in KwaZulu-Natal. Durban: KZNDEC Provincial Education Development Unit.

Béchu N (1998) The impact of AIDS on the economy of families in Côte d'Ivoire: Changes in consumption among AIDS-affected households. En: M Ainsworth, L Fransen y M Over (ed.) *Confronting AIDS: Evidence from the developing world: Selected background papers for the World Bank Policy Research Report*. Bruselas: Comisión Europea. Puede consultarse en: http://europa.eu.int/comm/development/aids/limelette/pdfs/confront_aids_chapter_16.pdf

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 the findings and recommendations of three country studies*, Centre for International Education, Institute of Education, University of Sussex, Reino Unido.

Bjorkman H (2001) Placing HIV/AIDS at the centre of the human development agenda: Implications for national development plans and budgets, poverty reduction strategies, and sector plans. ICASA Satellite Conference *HIV/AIDS, Poverty and Human Development in sub-Saharan Africa*: Ouagadougou, 5–7 Diciembre. Puede consultarse en: <http://www.pnud.bf/sitesida/CONFSATANGL.PDF>.

Bloom D et al. (2002) *Health, wealth, AIDS and poverty*. Cambridge: Harvard School of Public Health. Puede consultarse en: http://www.adb.org/Documents/Reports/Health_Wealth/HWAP.pdf.

Bloom D et al. (2001) AIDS and Economics. Documento preparado por el Grupo de Trabajo 1 de la Comisión de la OMS sobre Macroeconomía y Salud.

Bollinger L, Stover J (1999) *The Economic Impact of AIDS*. Washington, DC: The Futures Group International. Puede consultarse en: <http://www.iaen.org/impact/stovboll.pdf>.

Bonnel R (2000) *HIV/AIDS: Does it Increase or Decrease Growth in Africa?* Washington, DC: Banco Mundial. Puede consultarse en: <http://www.worldbank.org/research/growth/pfiles/HIV.pdf>.

Booyesen F le R et al. (2001) The socio-economic impact of HIV/AIDS on households in South Africa: Pilot study in Welkom and QwaQwa, Free State Province (borrador de informe provisional). University of Free State and Centre for Health Systems Research and Development.

Buvé A (1997) AIDS and hospital bed occupancy: an overview. *Tropical Medicine International Health*; 2: 136–9.

Cohen D (2000) Mainstreaming the policy and programming response to the HIV epidemic. Nueva York: PNUD. Puede consultarse en: <http://www.undp.org/hiv/publications/issues/english/issue33e.htm>.

Coombe C, Kelly M (2001) Education as a vehicle for combating HIV/AIDS. *UNESCO Prospects*; 31(3): 435–445.

Coombe C (2000) Keeping the education system healthy: managing the impact of HIV/AIDS on education in South Africa. *Current Issues in Comparative Education*; 3(1). Puede consultarse en: <http://www.tc.columbia.edu/cice/vol03nr1/ccart1.htm>.

Coombe C (2000) Managing the impact of HIV/AIDS on the education sector. University of Pretoria: Centre for the study of AIDS.

Desmond C, Michael K, Gow J (2001) *The Hidden Battle: HIV/AIDS in the Family and Community*, Health Economics and HIV/AIDS Research Division (HEARD). Durban: University of Natal.

Dixon S, McDonald S, Roberts J (2002) The impact of HIV and AIDS on Africa's economic development. *British Medical Journal*; 324: 232–234 (26 de enero).

Dixon S et al. (2001) AIDS and economic growth in Africa: a panel data analysis. *Journal of International Development*; 13: 411–426.

Egal F, Valstar A (2000) *HIV/AIDS and nutrition: helping families and communities to cope*. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Puede consultarse en: <http://www.fao.org/docrep/X4390t/x4390t04.htm>.

Erskine S (2002) The social impact of AIDS: Unpublished and new research in southern Africa (unpublished paper prepared for UNAIDS). Durban: Health Economics and HIV/AIDS Research Division (HEARD).

Food and Agriculture Organization of the United Nations (2001) Rural Women Carry Family Burdens. *Focus, AIDS—A Threat to Rural Africa*. Puede consultarse en: <http://www.fao.org/Focus/E/aids/aids3-e.htm>.

Food and Agriculture Organization of the United Nations (2001) Strategic approaches to HIV prevention and AIDS mitigation in rural communities and households in sub-Saharan Africa (borrador). Puede consultarse en: http://www.fao.org/sd/2001/KN0402a_en.htm.

Food and Agriculture Organization of the United Nations (2001) The impact of HIV/AIDS on food security. Comité sobre seguridad alimentaria mundial (27a reunión), Roma, 28 de mayo–1 de junio de 2001. Puede consultarse en: <http://www.fao.org/docrep/meeting/003/Y0310E.htm>.

Floyd K (1999) Admission trends in a rural South African hospital during the early years of the HIV epidemic. *The Journal of the American Medical Association*; 282: 1087-91.

Fourie P, Schonteich M (2001) The impact of HIV/AIDS on human security in South and Southern Africa. Johannesburg/Pretoria: Rand Afrikaans University/Institute for Security Studies.

ONUSIDA/Foro de Líderes Empresariales Príncipe de Gales/Consejo Empresarial Mundial sobre el VIH/SIDA (2000) *La Respuesta empresarial al VIH/SIDA: Impacto y enseñanzas aprendidas*. Ginebra/Londres. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/sectors/workplace/businessresponse2001s.pdf>.

Government of Botswana, DFID (2000) *The impact of HIV/AIDS on Primary and Secondary Education in Botswana: Developing a comprehensive strategic response*.

Gregoire L-J (2001) VIH-SIDA, lutte contre la pauvreté et développement humain en Afrique subsaharienne: défis et enjeux. En: *ICASA satellite conference on HIV/AIDS, Poverty and Human Development*, Burkina Faso, 5–7 de diciembre.

Gregson S, Waddell H, Chandiwana S (2001) School education and HIV control in sub-Saharan Africa: from discord to harmony? *Journal of International Development*; 13: 467–485.

Guinness L, Alban A (2000) The economic impact of AIDS in Africa: A review of the literature. Documento de referencia del ONUSIDA para el Foro de Desarrollo Africano 2000, Addis Ababa.

-
- Haacker M (2001) Providing Health Care to HIV Patients in Southern Africa. Documento de discusión de política del FMI. Washington, DC: Fondo Monetario Internacional (PDP/01/3). Puede consultarse en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/pdp/2001/pdp03.pdf>.
- Haacker M (2002) The Economic Consequences of HIV/AIDS in southern Africa. Documento de trabajo del FMI. Washington, DC: Fondo Monetario Internacional (Departamento de África) (WP/02/38). Puede consultarse en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2002/wp0238.pdf>.
- Hansen K et al. (2000) The costs of HIV/AIDS care at government hospitals in Zimbabwe. *Health Policy and Planning*; 15(4): 432–40.
- OIT (2000) *Perception of employers about HIV/AIDS in the World of Work: A Brief Note on the Results of a Pilot Study of Some Enterprises in South Africa*. Ginebra: OIT.
- ING Barings (2000) *Economic Impact of AIDS in South Africa: A dark cloud on the horizon*. Johannesburg: ING Barings.
- International Crisis Group (2001) *HIV/AIDS as a Security Issue* (documento de trabajo). Bruselas: International Crisis Group. Puede consultarse en: <http://www.crisisweb.org/projects/showreport.cfm?reportid=321>.
- Johnson S et al. (2001) *Home-Based Care for People with HIV/AIDS in South Africa—what will it cost?* Johannesburg: Centre for Health Policy, Department of Community Health, University of Witwatersrand.
- Kelly M (2001) *Challenging the Challenger: Understanding and Expanding the Response of Universities in Africa to HIV/AIDS—A Synthesis report for the working group on higher education (WGHE)*. Asociación para el Desarrollo de la Educación en África (marzo).
- Kelly M (2000) Standing education on its head: aspects of schooling in a world with HIV/AIDS. *Current Issues in Comparative Education*; 3(1). Puede consultarse en: <http://www.tc.columbia.edu/cice/vol03nr1/mkart1.htm>.
- Loewenson R (1999) *Best Practices: Company actions on HIV/AIDS in southern Africa*. Programa de Salud, Seguridad y Medio Ambiente, Health and Safety and Environment Programme, Organización de la Unidad Sindical Africana.
- Loewenson R, Whiteside A (2001) *HIV/AIDS. Implications for poverty reduction*. Nueva York: PNUD.
- Malaney P (2000) *The impact of HIV/AIDS on the education sector in southern Africa*. Consulting Assistance on Economic Reform II Discussion Paper No. 81 (Agosto). Boston: CAER II. Puede consultarse en: <http://www.cid.harvard.edu/caer2/html/content/papers/paper81/paper81.htm>.
- Menon R et al. (1998) The economic impact of adult mortality on households in Rakai district, Uganda. En: M Ainsworth, L Fransen y M Over (eds) *Confronting AIDS: Evidence from the developing world: Selected background papers for the World Bank Policy Research Report*. Bruselas: Comisión Europea.
- Ministry of Economy and Finance (2000) Burkina Faso Poverty Reduction Strategy Paper. Puede consultarse en: <http://www.imf.org/external/NP/prsp/2000/bfa/01/index.htm>.
- Multi-Country Report on the Ed-SIDA Initiative (2001) Analysis of interventions in the fight against AIDS at the school level. Documento presentado en la Conferencia de Expertos sobre VIH/SIDA y Educación, El Mina, Ghana.
- Pitayanon S et al. (1997) The Economic Impact of HIV/AIDS Mortality on Households in Thailand. En: D Bloom and P Godwin (ed.) *The Economics of HIV and AIDS: The Case of South and South East Asia*. Delhi: Oxford University Press.
- Rugalema G (1999) HIV/AIDS and the commercial agricultural sector of Kenya: Impact, vulnerability, susceptibility and coping strategies. Instituto de Ciencias Sociales, La Haya. Puede consultarse en: <http://www.fao.org/sd/EXdirect/EXre0026.htm>.
- ONUSIDA (2001) *Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA 2001*. Ginebra, Suiza: ONUSIDA. Puede consultarse en: http://www.unaids.org/worldaidsday/2001/Epiupdate2001/Epiupdate2001_sp.pdf.
- UNAIDS/ECA (2000) *AIDS in Africa: country by country*. Ginebra: ONUSIDA.

UNDP (2000) *Botswana Human Development Report 2000: Towards an AIDS-free Generation*. Gaborone: PNUD.

PNUD (1994) *Informe sobre Desarrollo Humano 1994*. Nueva York: PNUD.

UNESCO (2001) *UNESCO's Strategy for HIV/AIDS Preventive Education*. París: UNESCO. Puede consultarse en: http://www.unaids.org/cosponsors/UNESCOstrategy_en.pdf.

UNESCO (2001) *Strategic resource guide: strategies for action to combat HIV/AIDS within the education sector*. Ghana.

United Nations (2002) *World Population Prospects. The 2000 Revision Volume III: Analytical Report*. División de Población de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Secretaría de las Naciones Unidas. Nueva York: Naciones Unidas.

Urassa M et al. (2001) The impact of HIV/AIDS on mortality and household mobility in rural Tanzania. *AIDS*; 15: 2017–2023.

USAID (2001) *Efforts to Address the Needs of Children Affected by HIV/AIDS*. Washington: The Synergy Project.

USAID (2002) *How does HIV/AIDS affect African businesses?* Washington: USAID. Puede consultarse en: http://www.usaid.gov/pop_health/aids/Publications/docs/hivaidsbusinessinafrica.pdf.

USAID (2001) The HIV/AIDS Crisis: The implications for Achieving AGOA objectives (documento preparado para Plenary Session on HIV/AIDS African Growth and Opportunity Act, Washington, 30 October), Washington: USAID.

USAID (2001) *The impact of HIV/AIDS on human resources: A literature review*. Puede consultarse en: http://www.usaid.gov/educ_training/hivbiblio.htm.

US National Intelligence Council (2000) *The Global Infectious Disease Threat and its Implications for the United States (National Intelligence Estimate)*. Washington: US National Intelligence Council. Puede consultarse en: <http://www.odci.gov/nic/pubs/index.htm>.

Whiteside A et al. (2002) The Economic Impact of HIV and AIDS in Southern Africa. *AIDS Infothek Magazine*, Febrero.

Wils A et al. (2001) *Mozambique's Future: Modeling Population and Sustainable Development Challenges* (Executive summary). Austria: International Institute for Applied Systems Analysis.

Banco Mundial (1999) *Confronting AIDS: public priorities in a global epidemic*. Oxford: Oxford University Press for the World Bank.

Banco Mundial, ACTAfrica (2000) *Exploring the implications of the HIV/AIDS epidemic for educational planning in selected African countries: the demographic question*. Washington, DC: ACTAfrica.

SIDA y derechos humanos

Bharat S (2002) Stigma and Discrimination: The Indian perspective. Documento presentado en el Taller sobre estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA, Ginbera, 21–22 de enero.

Busza J (1999) Challenging HIV-related stigma and discrimination in Southeast Asia: past successes and future priorities [revisión bibliográfica]. Nueva York: Consejo de Población.

Carrasco E (2000) Access to Treatment as a Right to Life and Health. *Canadian HIV and AIDS Policy Law Review*; 5: 4. Puede consultarse en: <http://www.aidslaw.ca/maincontent/otherdocs/Newsletter/vol5no42000/carrascodurban.htm>.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptada y abierta a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979. Puede consultarse en: <http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/e1cedaw.htm>

Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Puede consultarse en: http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/k2crc_sp.htm.

Family Health International (1998) Improving Access to Antiretroviral Therapy in Latin America. *Impact on AIDS*; 1(1). Puede consultarse en: <http://www.fhi.org/en/aids/impact/ioviv/iov11/iov16.html>.

France N et al. (2001) Stigma, denial and shame in Africa: Barriers to community & home-based care for people infected and affected by HIV/AIDS. Documento presentado en la Primera Conferencia Regional de Atención Domiciliaria y basada en la Comunidad, Gaborone, 5–8 de marzo.

Geeta G (2002) How men's power over women fuels the HIV epidemic. *British Medical Journal*; 324: 183–184.

Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M (1999) *Ending violence against women*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health.

ICASO (1999) *VIH/SIDA y Derechos Humanos: Relatos desde la Línea de Fuego*. Toronto: ICASO. Puede consultarse en: http://www.icaso.org/docs/stories_spanish.pdf.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas por Resolución 2200A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Puede consultarse en: http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas por Resolución 2200A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Puede consultarse en: http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/a_ccpr.htm.

Kaleeba N et al. (2000) *Open Secret: People facing up to HIV and AIDS in Uganda*. Strategies for Hope Series; No. 15. Londres: ActionAID.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos/ONUSIDA (1998) *El VIH/SIDA y los Derechos Humanos – Directrices internacionales*. Segunda Consulta Internacional sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos, Ginebra, 23 a 25 de septiembre de 1996. Ginebra: Naciones Unidas. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/human/law/JC520-DerechosHumanos-S.pdf>.

Southern African Development Community/UNAIDS (2000) A human rights approach to AIDS prevention at work: The Southern African Development Community's Code on HIV/AIDS and Employment (UNAIDS Best Practice Collection). Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: http://www.unaids.org/publications/documents/human/law/Brochure_SADC.pdf.

ONUSIDA (2001) *India: Discriminación, estigma y negación relacionados con el VIH y el SIDA* (preparado por Shalini Bharat). Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC589-India-S.pdf>.

ONUSIDA (2001) *Uganda: Discriminación, estigma y negación relacionados con el VIH y el SIDA* (preparado por Sophia Mukasa Monico, Erasmus Otolok Tanga y Augustus Nuwagaba). Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC592-Uganda-S.pdf>.

ONUSIDA (2000) *Fomento de la mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (MPPS) en África subsahariana – Respuesta de las Naciones Unidas: ¿Qué camino hemos recorrido?* Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/persons/JC497-GIPA-II-S.pdf>.

ONUSIDA (2000) *Análisis comparativo: estudios de investigación de la India y Uganda – Discriminación, estigma y negación relacionados con el VIH y el SIDA*. Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: http://www.unaids.org/publications/documents/human/law/HR_indiauganda.pdf.

ONUSIDA (2000) *La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 2000*. Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: http://www.unaids.org/wac/2000/wad00/files/WAD_Epidemic_report_spn.pdf.

ONUSIDA (1997) *The UNAIDS guide to the United Nations human rights machinery*. Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/human/law/unaguide97kme.pdf>.

ONUSIDA/Unión Interparlamentaria (1999) Handbook for legislators on HIV/AIDS, law and human rights: action to combat HIV/AIDS in view of its devastating human, economic and social impact (UNAIDS Best Practice Collection). Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/human/law/ipue.pdf>.

Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, por Resolución 217 A(III), de 10 de diciembre de 1948. Puede consultarse en: <http://www.unhcr.ch/udhr/lang/spn.htm>.

SIDA y jóvenes

Alan Guttmacher Institute (2001) *Teenage sexual and reproductive behaviour in developed countries: can more progress be made?* Nueva York: The Alan Guttmacher Institute. Puede consultarse en: http://www.guttmacher.org/pubs/euroteens_summ.pdf.

Agha S (2000) An evaluation of adolescent sexual health programmes in Cameroon, Botswana, South Africa and Guinea (Working Paper 29). Population Services International Research Division.

Campbell C, Mzaidume Y (2002) How can HIV be prevented in South Africa? A social perspective. *British Medical Journal*; 324: 229–232.

Centros de Control y Prevención de Enfermedades (1999) *Reproductive Health Report*. Atlanta: CDC.

Fundación Henry J Kaiser Family (2000) *South African National Youth Survey*. Menlo Park: Fundación Henry J. Kaiser Family.

Proyecto Horizontes, Consejo de Población (2001) HIV Voluntary Counseling and Testing among Youth Ages 14 to 21. Results from an Exploratory Study in Nairobi, Kenya, and Kampala and Masaka, Uganda. Consejo de Población (octubre). Puede consultarse en: <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/vctyouthbaseline.pdf>.

Proyecto Horizontes, Consejo de Población (2000) *Peer education and HIV/AIDS: past experience, future directions*. Nueva York: Consejo de Población. Puede consultarse en: http://www.popcouncil.org/pdfs/peer_ed.pdf.

Kelly M (2000) Standing education on its head: aspects of schooling in a world with HIV/AIDS. *Current Issues in Comparative Education*; 3(1). Puede consultarse en: <http://www.tc.columbia.edu/cice/vol03nr1/mkart1.htm>.

Kiragu K (2001) *Youth and HIV/AIDS: Can We Avoid Catastrophe?* Population Reports, Series L, No. 12. Baltimore, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Population Information Program. Puede consultarse en: <http://www.jhuccp.org/pr/l12/l12print.shtml>.

Kirby D (2001) *Emerging Answers: Research Findings on Programs to reduce teen pregnancy*. Washington, DC: The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

Measure Evaluation, Ministry of Health of Zambia (1998) *Zambia sexual behaviour survey with selected findings from the quality of STD services assessment*. Chapel Hill: Measure Evaluation; Lusaka: Ministerio de Salud, Zambia. Puede consultarse en: <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/techreports/zambia599.pdf>.

Consejo de Población (2001) *Studies in Family Planning Abstracts*. New York: Consejo de Población. Puede consultarse en: <http://www.popcouncil.org/publications/sfp/sfpabs.html>.

Stewart H et al. (2001) *Reducing HIV infection among youth: What can schools do? Key baseline findings from Mexico, South Africa and Thailand*. Proyecto Horizontes del Consejo de Población—ICRW, IMIFAP, MRC, PATH, Consejo de Población.

ONUSIDA (2001) *Los niños y los jóvenes en un mundo con SIDA*. Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/children/children/JC658-Child&Aids-S.pdf>.

ONUSIDA (2001) *HIV/AIDS and young people: Technical update* (documento de trabajo). Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2001) *HIV/AIDS, Schools and Education Global Strategy Framework* (documento de trabajo). Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2000) *Enfoques innovadores en la prevención del VIH – Estudios de caso seleccionados* (Colección *Prácticas Óptimas* del ONUSIDA). Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC547-InnovAppr-S.pdf>.

UNESCO (2001) UNESCO's strategy for HIV/AIDS preventive education. París: UNESCO.

UNICEF (2002) *The epidemiology of HIV at the start of the 21st century* (documento de trabajo). Nueva York: UNICEF.

Webb D, Elliott L (2000) *Learning to Live: Monitoring and evaluating HIV/AIDS programmes for young people*. Londres: Save the Children/Department for International Development/ONUSIDA.

Prevención

Agha S, Nchima MC (2001) HIV risk among street and nightclub-based sex workers in Lusaka, Zambia: Implications for HIV prevention interventions. PSI Research Division working paper 38, Washington, DC.

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: 463-470.

Alexander P (2001) Contextual risk versus behaviour: The impact of the legal, social and economic context of sex work on individual risk taking, *Research for Sex Work*; 4, Amsterdam.

Auvert B et al. (2001) HIV infection among youth in a South African mining town is associated with herpes simplex virus-2 seropositivity and sexual behaviour. *AIDS*; 15(7): 885-898.

Boushaba A, Himmich H (2000) Outreach-based prevention in Morocco among men involved in prostitution, *AIDS Infothek*. Puede consultarse en: http://www.aidsnet.ch/e/infothek_edition_2_00_024.htm.

Burrows D, Landman W (2002) Harm reduction: A key component of fighting AIDS in Russia. *Sexual Health Exchange 2001-2*; p. 5–7. Puede consultarse en: http://www.kit.nl/information_services/exchange_content/html/2001_2_harm_reduction.asp.

Burrows D (2000) *Starting and Managing Needle and Syringe Programs: A guide for Central and Eastern Europe and the newly independent states of the former Soviet Union*. Nueva York, NY: International Harm Reduction Development. Puede consultarse en: <http://www.harm-reduction.org/ch1.htm>.

Caceres C (2002) HIV among gay and other men who have sex with men in Latin America and the Caribbean: A Hidden epidemic? *AIDS 2000* (en prensa).

Canadian AIDS Legal Network (2001) Info Sheets on HIV/AIDS in Prisons. Puede consultarse en: <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/infosheets.htm#isohaap>.

Catania JA et al. (2001) The continuing HIV epidemic among men who have sex with men, *American Journal of Public Health*; 91(6):907-914.

- Crofts N et al. (1998) Harm Reduction in Asia: A successful response to hidden epidemics. *AIDS*; 12 (suplemento B): S109–S115.
- del Mar Pujades Rodriguez M et al. (2002) Herpes simplex virus type 2 infection increases HIV incidence: a prospective study in rural Tanzania, *AIDS*; 16(3):451-462.
- Delor F, Hubert M (2000) Revisiting the concept of 'vulnerability'. *Social Science & Medicine*; 50: 1557–1570.
- Dolan K (2000) The Epidemiology of hepatitis C infection in prison populations (documento de discusión). Canberra, Australia: Commonwealth Department of Health and Aged Care, citado en *Medical Journal of Australia*; 174: 378–379.
- Dukers N et al. (2001) Sexual risk behaviour relates to the virological and immunological improvements during highly active antiretroviral therapy in HIV-1 infection, *AIDS*; 15:369-378.
- Family Health International et al. (2001) *What drives HIV in Asia? A summary of trends in sexual and drug-taking behaviours* (preparado por Elizabeth Pisani y Boonyaruk Winiththama). Arlington: Family Health International. Puede consultarse en: <http://www.fhi.org/en/aids/impact/impactpdfs/whatdriveshivnasiabss.pdf>.
- Ghys P et al. (2002) Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1991–1998. *AIDS*; 16(2): 251–258.
- Ghys P et al. (2001) HIV surveillance among female sex workers. *AIDS*; 15(3): 33–34.
- Ghys P et al. (1995) Genital Ulcers Associated with Human Immunodeficiency Virus-Related Immunosuppression in Female Sex Workers in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Journal of Infectious Diseases*; 172: 1371–1374.
- Gore SM, Bird AG (2001) Mandatory drug tests in prisons. *British Medical Journal*; 1995; 310: 595, cited in *Medical Journal of Australia*; 174: 378–379.
- Grosskurth H et al. (2000) Control of sexually transmitted diseases for HIV prevention: understanding the implications of the Mwanza and Rakai trials. *The Lancet*; 355: 1981–1987.
- Grosskurth H et al. (1995) Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomized control trial. *The Lancet*; 346: 530–536.
- Hurley SF, Jolley DJ, Kaldor JM (1997) Effectiveness of needle-syringe programmes for prevention of HIV infection. *The Lancet*; 349: 1797–1800.
- Huygens P (2001) Comprendre et atteindre les prostituées clandestines dans le contexte de l'épidémie de VIH/SIDA au Sénégal: de la prostitution aux femmes économiquement et sexuellement vulnérables (informe final), Bobo Dioulasso. Puede consultarse en: http://www.ccsid.org/fra/fr_documents/rpt_huygens.PDF.
- OIT (2002) Taller de consulta sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo, Ginebra, 16–17 de octubre 2000: Cuestiones fundamentales y conclusiones. Ginebra: OIT.
- OIT (1998) *The Sex Sector: The Economic and Social Bases of Prostitution in South-East Asia*. Ginebra: OIT (92-2-1095223).
- IMAU/UNAIDS (1998) *AIDS education through Imams: A spiritually motivated community effort in Uganda*. Ginebra: ONUSIDA (UNAIDS/98.33). Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/sectors/religion/imamsce.pdf>.
- Juergens R and Murod B (2001) Risk behaviour in Penal institutions. *HIV in Prison: A Manual for Newly Independent States*. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa, Health in Prisons Project. Puede consultarse en: www.hipp-europe.org.
- Karki BB (2000) Rapid Assessment among drug users in Nepal, *AIDS Watch* (boletín de información WHO South-East Asia Region on STI, HIV and TB).

-
- Kilmarx P et al. (2000) Explosive spread and effective control of human immunodeficiency virus in northernmost Thailand: the epidemic in Chiang Rai province, 1988-99. *AIDS*; 14(17): 2731-2740.
- Kiragu K (2001) *Youth and HIV/AIDS: Can We Avoid Catastrophe?* Population Reports, Series L, No. 12. Baltimore, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Population Information Program. Puede consultarse en: <http://www.jhuccp.org/pr/l12/l12print.shtml>.
- Leite G (2000) Legalisation and decriminalisation: The Brazilian experience, *Research for Sex Work* 3, Amsterdam.
- McCarnish M, Storer G, Carl G (2000) Refocusing HIV/AIDS interventions in Thailand: the case for male sex workers and other homosexually active men, *Culture, health and sexuality* 2(2).
- Merson MH, Dayton JM, O'Reilly K (2000) Effectiveness of HIV prevention interventions in developing countries, *AIDS* 14 (suppl. 2):S68-84.
- Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) (2001) *The Status and Trends of HIV/AIDS/STI Epidemics in Asia and the Pacific*, Provisional Report. Melbourne: MAP.
- Mzaidume Z, Campbell C, Williams B (2000) Community-led HIV prevention by southern African sex workers, *Research for Sex Work*; 3 (June).
- National AIDS Commission, Republic of Indonesia (2001) *HIV/AIDS and other STIs in Indonesia. Challenges and opportunities for action*. Jakarta: República de Indonesia.
- Fundación Internacional Naz (2000) Sexual health of males who have sex with males in South Asia, *Pukaar*.
- Needle RH et al. (2000) The Global Research Network on HIV Prevention in Drug-using Populations (GRN) 1998–2000: Trends in the Epidemiology, Ethnography and Prevention of HIV/AIDS in Injection Drug Users. 2000 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug-using Populations: Third Annual Meeting Report, Durban, 5–7 de julio.
- Piot P et al. (1987) Retrospective Seroepidemiology of AIDS Virus Infection in Nairobi Populations. *Journal of Infectious Diseases*; 155: 1108–1112.
- Shelton JD y Johnston B (2001) Condom gap in Africa: evidence from donor agencies and key informants. *British Medical Journal*; 323: 139-141.
- Social Science & Medicine (2000) Editorial: HIV/AIDS social and behavioural research: past advances and thoughts about the future. *Social Science & Medicine*; 50: 1519–1532.
- Steen et al. (2000) Evidence of Declining STD Prevalence in a South African Mining Community Following a Core-Group Intervention. *Sexually Transmitted Diseases*; 27.
- Ratliff E (2000) Empowerment for Sex Workers? Notes from the Philippines. *Research for Sex Work*; 3(13).
- The Lancet (2000) What if we had an AIDS vaccine? (editorial) *The Lancet*; 356.
- UNAIDS (2001) *A media handbook for HIV vaccine trials in Africa* (Best Practice Collection). Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2000) *El SIDA y las relaciones sexuales entre varones*. Ginebra: ONUSIDA (TU 02). Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/specific/men/mentus2000.pdf>.
- ONUSIDA (2000) *Female sex worker HIV prevention projects: Lessons learnt from Papua New Guinea, India and Bangladesh*. Ginebra: ONUSIDA (UNAIDS/00.45). Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC-FemSexWork-E.pdf>.
- ONUSIDA (2000) *Enfoques innovadores en la prevención del VIH – Estudios de caso seleccionados* (Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA). Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC547-InnovAppr-S.pdf>.

ONUSIDA (1999) *United Nations-Facilitated response to HIV/AIDS, STD and Drug Use in Central Asian Countries (Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan and Uzbekistan)*. Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: http://www.unaids.org/publications/documents/responses/theme/km_rep-car.doc.

ONUSIDA (1998) *El SIDA y el personal militar - Punto de vista*. Ginebra: ONUSIDA (PoV 02). Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/sectors/military/militarypvs.pdf>.

PNUFID (2000) *World Drug Report 2000*. Nueva York: Oxford University Press (G.V.E.00.0.10). Puede consultarse en: http://www.undcp.org/adhoc/world_drug_report_2000/report_2001-01-22_1.pdf.

UNICEF (2002) *The epidemiology of HIV at the start of the 21st century (draft working paper)*. Nueva York, NY: UNICEF.

Valleroy L et al. (2000) HIV Prevalence and Associated Risks in Young Men Who Have Sex with Men. *JAMA*; 284(2):198-204.

Van den Hoek A et al. (2001) High prevalence of syphilis and other sexually transmitted diseases among sex workers in China: potential for fast spread of HIV. *AIDS*; 15:753-759.

Van den Ven P et al. (2000) Sexual risk behaviour increases and is associated with HIV optimism among HIV-negative and HIV-positive gay men in Sydney over the four-year period to February 2000. *AIDS*; 14(18): 2951.

Wiessing L (2000) Estimating coverage of harm-reduction measures for injection drug users in Europe. 2000 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug-using Populations: Third Annual Meeting Report, Durban, 5–7 de julio.

Wolffers I (2000) Empowerment for sex workers and HIV prevention, *Research for Sex Work*; 3, Amsterdam.

SIDA y mundo del trabajo

Campbell C, Mzaidume Y (2002) How can HIV be prevented in South Africa? A social perspective. *British Medical Journal*; 324: 229-232.

Family Health International (2000) Forging Multisectoral Partnerships to Prevent HIV and Other STIs in South Africa's Mining Communities. *Impact on HIV*; 2(1). Puede consultarse en: <http://www.fhi.org/en/aids/impact/iohiv/ioh21/ioh216.html>.

Gapas J (2001) STI, HIV/AIDS in the Workplace Initiative: Philippine Scenario. In: *Business and Labor Responds to HIV/AIDS in Asia* (conference proceedings), Bangkok, 18-19 de septiembre. Puede consultarse en: <http://www.ilo.org/public/english/region/asro/bangkok/download/labajids.pdf>.

Organización Internacional del Trabajo (2001) Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo. Ginebra: OIT. Puede consultarse en: <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/download/pdf/hiva4s.pdf>.

Organización Internacional del Trabajo (2001) Workshop for employers' organizations in East and Southern African countries on a time-bound programme to combat HIV/AIDS in the workplace (informe), Mombasa, 26–27 de noviembre. Puede consultarse en: <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/download/pdf/fkewshp.pdf>.

Organización Internacional del Trabajo (2000) HIV/AIDS in Africa: The impact on the world of work. Documento presentado en el Foro de Desarrollo Africano 2000, AIDS: The Greatest Leadership Challenge, Addis Abeba, 3–7 de diciembre. Puede consultarse en: <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/pdf/adftext.pdf>.

Organización Internacional del Trabajo (2000) Action against HIV/AIDS in Africa: An initiative in the context of the world of work. Basado en las actas del Seminario Regional Tripartito, Windhoek, 11–13 de octubre de 1999. Puede consultarse en: http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/download/pdf/act_agae.pdf.

Organización Internacional del Trabajo (2000) HIV/AIDS: A threat to decent work, productivity and development. Documento para discusión en la Reunión de Alto Nivel sobre el VIH/SIDA y el Mundo del Trabajo, Ginebra, 8 de junio. Puede consultarse en: <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/pdf/aidse.pdf>.

ONUSIDA/Foro de Líderes Empresariales Príncipe de Gales/Consejo Empresarial Mundial sobre el VIH/SIDA (2000) *La Respuesta empresarial al VIH/SIDA: Impacto y enseñanzas aprendidas*. Ginebra/Londres. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/sectors/workplace/businessresponse2001s.pdf>.

Consejo Empresarial Mundial sobre el VIH/SIDA (2001) *Employees and HIV/AIDS: Action for business leaders*. Nueva York: GBC. Puede consultarse en: <http://www.businessfightsaids.org/webfiles/zips/EMPLOY%7E1.PDF>.

PNUD (2001) *HIV/AIDS: Implications for Poverty Reduction*. Nueva York: PNUD.

Naciones Unidas (2001) *UN and HIV/AIDS*. Nueva Delhi: Naciones Unidas. Puede consultarse en: <http://www.unic.org.in/news/2001/ds/devsupDec2001.htm>.

SIDA y poblaciones móviles

Bennett A, Family Health International (2000) HIV prevention for mobile and displaced populations in Africa. *AIDS Infothek*; 2. Puede consultarse en: http://www.aidsnet.ch/e/infothek_edition_2_00_022.htm.

Bronfman M (1998) Mexico and Central America. *International migration*; 36(4): 609–642.

Devine J (2000) Prévention du Sida sur les axes migratoires de l'Afrique de l'ouest (PSAMAO). Documento presentado en el Taller regional sobre migración y VIH/SIDA en África occidental y central, Bamako, mayo–junio.

Fernandez I (1998) Migration and HIV/AIDS vulnerability in Southeast Asia. Documento presentado en la Decimosegunda Conferencia Mundial del SIDA, Ginebra, julio.

Haour-Knipe M (2000) Migration and HIV/AIDS in Europe. *AIDS Infotheque/Sida Info Doc Suisse*; 5/00. Puede consultarse en: www.iom.int/en/PDF_Files/Hivaid/mig_hivaid_europe.pdf.

Holmes W (2001) HIV and human rights in refugee settings. *The Lancet*; 358: 144–146.

Khaw AJ et al. (2000) HIV risk and prevention in emergency-affected populations: a review. *Disasters*; 24(3): 181–197.

Martin S (2000) An Era of International Migration. In: *World Migration Report*. Ginebra: Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

Messiah A et al. (1998) HIV Testing, Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices among Minorities: Pregnant Women of North-African Origin in Southern France. *Journal of the National Medical Association*; 90(2).

Miko F (2000) Trafficking in Women and Children: The US and International Response, *Congressional Research Service Report*; 98–649 C, 10 May. Puede consultarse en: <http://usinfo.state.gov/topical/global/traffic/crs0510.htm>.

Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) (2001) *The Status and Trends of HIV/AIDS/STI Epidemics in Asia and the Pacific* (informe provisional). Melbourne: MAP.

Oficina Federal de Salud Pública (2000) Infections à VIH: Les tendances varient selon les régions d'origine. *Bulletin*; 23/00. Berna.

Ramjee G, Gouws E (2000) Targeting HIV-prevention efforts on truck drivers and sex workers: implications for a decline in the spread of HIV in Southern Africa. *Medical Research Council*; brief No. 2.

Salama P, Dondero T (2001) HIV surveillance in complex emergencies. *AIDS*; 15(3): S4–12.

Savignoni A et al. (1999) Situation du Sida dans la population étrangère domiciliée en France. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire. Puede consultarse en: <http://www.invs.sante.fr/publications/sida3/rapport.pdf>.

UNESCO/ONUSIDA (2000) Migrant populations and HIV/AIDS. The development and implementation of programmes: theory, methodology and practice. París/Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/specific/rufugees/jc397migrantpope.pdf>.

ONUSIDA (2001) *Movilidad de la población y SIDA (Actualización técnica)*. Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/specific/rufugees/JC515-PopMob-TU-S.pdf>.

ONUSIDA (1997) *Los refugiados y el SIDA (Punto de vista)*. Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/specific/rufugees/Refug-PoV-S.pdf>.

ONUSIDA/OIM (2001) *Migrants' Right to Health* (Best Practice Collection). Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/specific/rufugees/JC519-Migrants-E.pdf>.

PNUD (2001) *HIV and Development Project: South & South West Asia. HIV Vulnerability and Migration: A South Asia Perspective*. Nueva Delhi: PNUD.

Naciones Unidas (1998) *El VIH/SIDA y los derechos humanos. Directrices internacionales*. Nueva York: Naciones Unidas.

Donde convergen prevención y asistencia

Centros de Control y Prevención de Enfermedades (2001) *HIV Prevention Strategic Plan through 2005*. Atlanta: CDC.

DeCock KM et al. (2000) Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: Translating research into policy and practice. *JAMA* 2000; **283**: 1176.

Guay L (1999) Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomized trial. *The Lancet*; 354, 795-802.

Proyecto Horizontes, Consejo de Población (2001) *HIV Voluntary Counselling and Testing among youth: Results from an exploratory study in Nairobi, Kenya, and Kampala and Masaka, Uganda*. Nueva York: Consejo de Población.

Lamprey P, Price J (1998) Social marketing sexually transmitted disease and HIV prevention: a consumer-centred approach to achieving behaviour change. *AIDS*; 12 (Suppl. 2): S1-9.

Ministerio de Salud de Tailandia (2000) *Evaluation of Voluntary Counselling and Testing in the National Prevention of Mother-to-Child Transmission Programme in Thailand*. Bangkok.

Shaffer N et al. (1999) Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial. *The Lancet*; 353: 773-80.

Svenkerud P, Singhal A (1998) Enhancing the effectiveness of HIV/AIDS prevention programmes targeted to unique population groups in Thailand: lessons learned from applying concepts of diffusion of innovation and social marketing. *Journal of Health Communication*; 3(3): 193-216.

ONUSIDA (2002) *HIV Voluntary Counselling and Testing: a gateway to prevention and care. Five case studies related to prevention of mother-to-child transmission of HIV, tuberculosis, young people, and reaching general population groups*. UNAIDS Best Practice Collection (en prensa). Ginebra.

ONUSIDA (2001) *Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA 2001*. Ginebra, Suiza: ONUSIDA. Puede consultarse en: http://www.unaids.org/worldaidsday/2001/Epiupdate2001/Epiupdate2001_sp.pdf.

ONUSIDA (2001) *Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH para mujeres embarazadas en países con una alta prevalencia del VIH: Elementos y cuestiones*. Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: http://www.unaids.org/publications/documents/health/counselling/Couns_S.pdf.

ONUSIDA (2001) *Poner al descubierto la epidemia de VIH/SIDA: Orientaciones para fomentar la revelación beneficiosa, el asesoramiento ético de la pareja y el uso apropiado de la notificación de casos de VIH*. Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology/surveillance/Jc489-op.pdf>.

ONUSIDA (2001) Report from WHO/UNAIDS Technical Consultation on Voluntary HIV Counselling and Testing: Models for Implementation and Strategies for Scaling up of VCT Services, Harare, 3–6 de julio.

ONUSIDA (2001) *Impacto del asesoramiento y las pruebas voluntarias: Una revisión global de las ventajas y dificultades*. Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/health/counselling/JC443-VCT-S.pdf>.

ONUSIDA (2000) *Medios para evaluar el asesoramiento y las pruebas voluntarias del VIH*. Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/health/counselling/JC474-Tools-VCT-S.pdf>.

ONUSIDA (2000) *Asesoramiento y pruebas voluntarias (Actualización técnica)*. Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/health/counselling/JC382-VCT-TU-S.pdf>.

ONUSIDA (2000) *UN System Strategic Plan for HIV/AIDS – 2001 to 2005*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA/OMS (2000) UNAIDS: New Data on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and their Policy Implications. WHO: Technical Consultation on Behalf of the UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Inter-Agency Task Team on Mother-to-Child Transmission of HIV; Ginebra, 11-13 de octubre.

Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Group (2000) Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania and Trinidad: a randomised trial. *The Lancet*; 356.

OMS (1998) The importance of simple and rapid tests in HIV diagnostics: WHO recommendations. *Weekly Epidemiological Record*; 73(42): 321-328.

OMS/ONUSIDA (2001) Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: Selection and Use of Nevirapine (notas técnicas). Ginebra: OMS/ONUSIDA. Puede consultarse en: http://www.who.int/HIV_AIDS/MTCT/index.htm.

SIDA y huérfanos

Christian Aid (2001) *No Excuses. Facing up to sub-Saharan Africa's AIDS orphans crisis*. Puede consultarse en: <http://www.christian-aid.org.uk/indepth/0105aids/aidsorph.htm>.

Connolly M (2001) Principles to guide programming for orphans and other vulnerable children (draft). Nueva York: UNICEF, Sección de Protección de los Niños.

Fleshman M (2001) AIDS orphans: facing Africa's silent crisis. *Africa Recovery*; 15(3). Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. Puede consultarse en: <http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/afrec/vol15no3/oct01.htm>.

Health Economics and HIV/AIDS Research Division (HEARD) (2001) *The Long-Term Socio-economic impact of HIV/AIDS on Children and the Policy Response: South African Case Study for the UNICEF Global Study*. Durban: HEARD.

Hunter S (2000) *Reshaping societies: HIV/AIDS and social change*. Nueva York: Hudson Run Press.

Matschalaga N, Powell G (2002) Mass Orphanhood in the Era of HIV and AIDS. *British Medical Journal*; 324: 185–186.

Subbarao K, Mattimore A, Plengemann K (2001) *Social protection of Africa's orphans and other vulnerable children*. Africa Region Human Development Working Paper Series, Washington: Banco Mundial. Puede consultarse en: http://www.worldbank.org/afr/hd/wps/African_Orphans.pdf.

ONUSIDA (2001) *Investing in Our Future: Psychosocial Support for Children Affected by HIV/AIDS—A Case Study in Zimbabwe and the United Republic of Tanzania*. Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA/UNICEF (2001) *Children orphaned by AIDS: Frontline responses from eastern and southern Africa*. Ginebra/Nueva York: ONUSIDA/UNICEF.

UNICEF (2002) *Orphans and Other Children Affected by HIV/AIDS*. Nueva York: UNICEF.

Vandemoortele J, Delamonica E (2000) Education 'vaccine' against HIV/AIDS. *Current Issues in Comparative Education*; 3(1). Puede consultarse en: <http://www.tc.columbia.edu/cice/vol03nr1/jvedart1.htm>.

Atención, tratamiento y apoyo

Binswanger HP (2001) Public Health: HIV/AIDS treatment for millions. *Science*; 292(5515): 221–223.

Burnett A et al. (1999) Caring for people with HIV in Zambia: Are traditional healers and formal health workers willing to work together? *AIDS Care*; 11(4): 481.

Chequer P (2002) Access to Antiretroviral Treatment in Latin American Countries and Caribbean. *AIDS 2002* (en prensa).

d'Adesky A (2002) Poor Countries Need Faster, Cheaper, Better HIV Monitoring. *The amfAR Treatment Insider*; 3(1): 1-5. Puede consultarse en: http://www.amfar.org/binary-data/AMFAR_PDF/pdf/31.pdf.

Farmer et al. (2001) Community-based treatment of advanced HIV disease: introducing DOT-HAART (directly observed therapy with highly active antiretroviral therapy). *WHO Bulletin*; 79(12).

Gordillo et al. (1999) Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*; 13: 1763–1769.

Katabira ET (2002) The Realities of Antiretroviral Therapy in Uganda. Novena Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, Seattle, 24–28 de febrero 2002: Resumen S25.

Médicos sin Fronteras y School of Public Health and Primary Health Care, University of Cape Town (2001) *Khayelitsha HIV Clinics, First Annual Report: September 2000 to August 2001*. Cape Town: Médicos sin Fronteras y School of Public Health and Primary Health Care, University of Cape Town.

Paterson D et al. (1999) How much adherence is enough? A prospective study of adherence to protease inhibitor therapy using MEMSCaps. Sexta Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, Chicago, 31 de enero–4 de febrero de 1999: Resumen 92.

Perez-Casas C et al. (2001) Accessing ARVs: Untangling the Web of Price Reductions for Developing Countries. Geneva: Médicos sin Fronteras. Puede consultarse en: <http://rxpolicy.com/studies/msf-price-reduction.pdf>.

Prabhat J et al. (2002) Improving the Health of the Global Poor. *Science*; 295: 2036–2039.

Schwartlander B et al. (2001) Resource needs for HIV/AIDS. *Science*; 292: 2434-6.

The Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study Group (2000) Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad: a randomised trial. *The Lancet*; 356: 103–12.

ONUSIDA (2001) *Accelerating Access to HIV/AIDS Care, Treatment and Support*. Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/health/access/AAprogress1001.doc>.

ONUSIDA (2001) *Collaboration with traditional healers in HIV/AIDS prevention and care in sub-Saharan Africa*. Ginebra: ONUSIDA. (UNAIDS/00.29E). Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC299-TradHeal-E.pdf>.

ONUSIDA (2001) *Reaching out, scaling up: eight case studies of home and community care for and by people with HIV/AIDS*. Ginebra: ONUSIDA. (UNAIDS/01.48E). Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/persons/JC608-ReachOut-E.pdf>.

ONUSIDA (2001) WTO Doha Declaration—TRIPS and Public Health (documento de información). Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/whatsnew/newadds/Doha%20Briefing%20Note.doc>.

ONUSIDA/OMS (2001) *Sources and prices of selected drugs and diagnostics for people living with HIV/AIDS*. Ginebra: ONUSIDA. (UNAIDS/01.65E). Puede consultarse en: http://www.unaids.org/acc_access/access_drugs/Sources0501.doc.

ONUSIDA/Comité de Coordinación Administrativa de las Naciones Unidas, Subcomité de Nutrición (2001) *Nutrition and AIDS: Nutrition Policy Paper #20*. Informe del Vigésimo octavo Simposio, Nairobi, 3–4 de abril. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/nutrition/JC691-Nutrition-E.pdf>.

ONUSIDA/WHO (2000) *Key elements in HIV/AIDS care and support* (borrador de documento de trabajo). Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/whounaidscore.doc>.

ONUSIDA (2000) *Fomento de la mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (MPPS) en África subsahariana – Respuesta de las Naciones Unidas: ¿Qué camino hemos recorrido?* Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/persons/JC497-GIPA-II-S.pdf>.

ONUSIDA (1999) *Consuelo y esperanza – Seis estudios de caso sobre la movilización de la asistencia familiar y comunitaria para y por las personas con el VIH/SIDA* (Colección *Prácticas Óptimas*). Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/responses/community/JC060-ComfortHope-S.pdf>.

ONUSIDA (1999) *De los principios a la práctica: Mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (MPPS)*. Ginebra: ONUSIDA (UNAIDS/ 99.43E). Puede consultarse en: http://www.unaids.org/publications/documents/persons/gipa_esp.pdf.

OMS/ONUSIDA/Sociedad Internacional del SIDA (2001) *Safe and effective use of antiretroviral treatments in adults—with particular reference to resource-limited settings*. Ginebra (WHO/HIS/2000.04).

OMS/OMC (2001) *Report of the Workshop on Differential Pricing and Financing of Essential Drug*. 8–11 April 2001, Høsbjør, Norway: Ministerio Noruego de Asuntos Extranjeros, Consejo de Salud Mundial. Puede consultarse en: http://www.who.int/medicines/library/edm_general/who-wto-hosbjor/wholereporthosbjorworkshop-fin-eng.pdf.

Atender las necesidades

ACTafrica (2000) *Costs of scaling HIV program activities to a national level in sub-Saharan Africa, methods and estimates*. (mimeografiado) Washington, DC: Banco Mundial.

Adeyi O et al. (2000) *SIDA, reducción de la pobreza y alivio de la deuda. Un módulo de acción para integrar los programas del VIH/SIDA en los instrumentos de desarroll*. Ginebra/Washington, DC: ONUSIDA/Banco Mundial. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/economics/agriculture/JC574-Toolkit-S.pdf>.

Alleyne G, Cohen D (2001) *Health, economic growth, and poverty reduction; synthesis report of Working Group 1*. Ginebra: OMS.

Bertozzi S et al. (2002) *Resource Requirements to Fight HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean* (mimeografiado). Presentado en el Seminario sobre el VIH/SIDA, Reunión anual del Banco Interamericano de Desarrollo, Fortaleza, 8 de marzo.

Comisión de Macroeconomía y Salud, Organización Mundial de la Salud (2001) *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Ginebra: OMS.

Secretaría de Salud Regional del Commonwealth (2001) *Regional HIV/AIDS Strategy for East, Central and Southern Africa, 2002-2006*. Arusha: CRHCS.

Devarajan S et al. (2001) *The Costs of Attaining the Millennium Development Goals* (borrador). Washington, DC: Banco Mundial.

Foster S, Niederhausen P (2000) *Federal HIV/AIDS spending, a budget chartbook, fiscal year 2000 (3a ed.)*. Menlo Park/Washington: The Henry J. Kaiser Family Foundation.

Hecht R (2000) *Poverty, debt and AIDS—mainstreaming the epidemic and mobilizing additional resources for the response*. Ginebra: ONUSIDA, Equipo Interpaíses para África Occidental y Central.

Hecht R, Adeyi O, Semini I (2002) Making AIDS Part of the Global Development Agenda. *Finance & Development*; 39(1). Washington, DC: FMI.

Loewenson R, Whiteside A (2001) *HIV/AIDS. Implications for poverty reduction*. Nueva York: PNUD.

OXFAM International (2001) *Debt Relief: Still failing the poor*. London: Oxfam International. Puede consultarse en: http://www.oxfam.org/what_does/advocacy/papers/OxfamDebtPaperApril2001.doc.

Schneider P et al. (2001) *Lessons from National Health Accounts and community-based health insurance in Rwanda, 1998–1999* (UNAIDS Best Practice Collection). Ginebra: ONUSIDA.

Schwartlander B et al. (2001) Resource needs for HIV/AIDS. *Science*; 292: 2434–6.

SIDALAC (Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe) (2001) *Respuestas nacionales contra el VIH/SIDA. Cuentas nacionales en salud en VIH/SIDA*. A Chart. Fundación Mexicana para la Salud: México, DF. Puede consultarse en: <http://www.SIDALAC.org.mx>.

Soucat A et al. (2001) *Rapid guidelines for integrating health, nutrition, and population issues into poverty reduction strategies of low-income countries*. Africa Region Human Development Working Paper Series. Washington, DC: Banco Mundial. Puede consultarse en: http://www.worldbank.org/afr/hd/wps/rapid_guidelines.pdf.

PNUD (2001) *Informe sobre Desarrollo Humano 2001*. Nueva York: PNUD. Puede consultarse en: <http://www.undp.org/hdr2001/spanish/>.

ONUSIDA (2000) Economics and AIDS in Africa. Getting policies right: Economic impact, responses to the epidemic, costing and cost-effectiveness, scaling up interventions. Foro de Desarrollo Africano 2000, 3–7 de diciembre, Addis Abeba. Ginebra: ONUSIDA.

Respuestas nacionales

Hecht R, Adeyi O, Semini I (2002) Making AIDS Part of the Global Development Agenda. *Finance & Development*; 39(1). Washington, DC: FMI. Puede consultarse en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2002/03/hecht.htm>.

Jordan-Harder B et al. (2000) *Hope for Tanzania: Lessons Learned from a Decade of Comprehensive AIDS Control in Mbeya Region*. Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, Ministerio de Salud, República Unida de Tanzania.

Karnpisit T (2000) *Integration of AIDS into National Development Planning: The case of Thailand*. Nonthaburi: Petchrung Press.

Kelly K (2001) *Bambisanani, Community Orientation to HIV/AIDS Prevention, Care and Support*. EQUITY Project USAID. Puede consultarse en: <http://www.cadre.org.za/pdf/Bambisanani%20report.pdf>.

Rosenberg T (2001) Look at Brazil. *New York Times Magazine*. Puede consultarse en: <http://www.nytimes.com/library/magazine/home/20010128mag-aids.html>.

Alianza Internacional contra el VIH/SIDA (2001) Expanding community action on HIV/AIDS. *The Newsletter of the International HIV/AIDS Alliance*; 11. Puede consultarse en: <http://www.aidsmap.com/web/pb4/eng/8F1E9315-9167-11D5-8D08-00508B9ACEB1.htm>.

ONUSIDA (2002) National Responses to HIV/AIDS: Country Implementation Readiness Profile (en prensa). Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2001) *A Multi-Ministerial Strategy to the Expanded Response to HIV/AIDS. HIV/AIDS Development in Asia and the Pacific: A lengthening shadow*. Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/whatsnew/conferences/ICAAP2001/MultiMinistrystrategy.doc>.

ONUSIDA (2001) *A strategic approach towards an AIDS-competent society (Technical Note no. 1). Local responses to HIV/AIDS*. Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/responses/local/technote1.html>.

ONUSIDA (2001) IPAA 2001 Progress Report (en prensa). Ginebra: ONUSIDA.

ONUSIDA (2001) Lending a hand. *Africa Partnership, the bimonthly newsletter of the International Partnership against AIDS in Africa*; No. 5. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/africapartnership/newsletter/JC701-IPAA-NewsL5-E.pdf>.

ONUSIDA (2001) Local responses to HIV/AIDS: the global agenda (Key note). Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/responses/local/keynote.htm>.

ONUSIDA (2001) *Promoting excellence in training* (Best Practice Case Study). Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC439-RATN-E.pdf>.

ONUSIDA (1997) Republic of the Philippines AIDS Prevention and Control Law (Best Practice Summary Booklet). Ginebra: ONUSIDA. Puede consultarse en: <http://www.unaids.org/bestpractice/collection/country/philippines/rephil.html>.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) es el principal impulsor de la acción mundial contra el VIH/SIDA. Reúne a siete 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 de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), 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 moviliza las respuestas de sus siete organizaciones copatrocinadoras a la epidemia y complementa esos esfuerzos con iniciativas especiales. Su objetivo es encabezar e impulsar la ampliación de la respuesta internacional al VIH en todos los frentes: médico, de la salud pública, social, económico, cultural, político y de los derechos humanos. El ONUSIDA colabora con múltiples asociados –gubernamentales y de ONG, empresariales, científicos y de otros campos– para compartir conocimientos teóricos y prácticos así como prácticas óptimas más allá de los límites de las fronteras.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) reúne a ocho organizaciones del sistema de las Naciones Unidas. Las organizaciones copatrocinadoras del ONUSIDA son las siguientes:



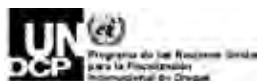
Durante 56 años, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha trabajado con asociados de todo el mundo para fomentar el reconocimiento y cumplimiento de los derechos humanos de los niños. Este mandato, tal como se establece en la Convención sobre los Derechos del Niño, se cumple por medio 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 al VIH/SIDA figuran la prevención del VIH entre los jóvenes, la reducción de la transmisión maternoinfantil del VIH, la atención y protección de los niños huérfanos y vulnerables, y la atención y apoyo para los niños, los jóvenes y los padres que viven con el VIH/SIDA.



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 para una respuesta eficaz al VIH/SIDA. Entre sus áreas de trabajo figuran las siguientes: movilización de actores e instituciones fuera del sector de la salud para facilitar la transformación social necesaria con miras a conseguir un futuro sin VIH; promoción de un liderazgo y una capacidad fuertes para una respuesta coordinada y mejorada; ayuda a los gobiernos para obtener recursos nacionales e internacionales; incorporación del VIH/SIDA en el centro de los planes de desarrollo nacionales; y fomento de los derechos de las personas que viven con el VIH/SIDA a través de la labor de sensibilización y la legislación.



El Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) utiliza sus 30 años de experiencia en el campo de la salud reproductiva para prevenir el VIH y las infecciones de transmisión sexual. Por medio de sus 150 programas en los países, el FNUAP centra su labor en la prevención del VIH entre los jóvenes, en programas exhaustivos de suministro de preservativos masculinos y femeninos, y en la prevención de la infección entre las mujeres embarazadas. El FNUAP apoya los esfuerzos de sensibilización; el aumento del acceso a la información y educación, incluidos el asesoramiento y las pruebas voluntarias; el fortalecimiento de la capacidad de los proveedores de servicios en distintos sectores; y la facilitación de productos básicos para la prevención del VIH y las infecciones de transmisión sexual, como los estuches de pruebas del VIH/ITS, los preservativos masculinos y femeninos, y los suministros para el control y prevención de infecciones.



El Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) tiene la responsabilidad exclusiva de coordinar todas las actividades de fiscalización de drogas llevadas a cabo por las Naciones Unidas y de proporcionarles un liderazgo eficaz. En este contexto, el PNUFID apoya activamente la prevención del VIH/SIDA a través de los programas para reducir la demanda de drogas ilícitas. Sus focos de atención primordiales son los jóvenes y los grupos de alto riesgo. El PNUFID desempeña su labor desde su sede en Viena (Austria), así como a través de su red en el terreno que actualmente abarca 121 países y territorios.



La Organización Internacional del Trabajo (OIT) orienta sus esfuerzos a fomentar la igualdad y la justicia sociales, establecer normas en el trabajo y mejorar las condiciones laborales. 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 código 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 una razón importante que ha llevado a la epidemia de SIDA fuera de control, la educación preventiva se halla en el lugar más destacado de los planes de la UNESCO. La necesidad de este tipo de educación surge de dos tipos de ignorancia asociados con el VIH/SIDA, en particular en los países en desarrollo más afectados: la mayoría de los que están infectados no lo saben; existen conceptos erróneos generalizados acerca de los posibles remedios; y hay escasos conocimientos o sin fundamento sobre la enfermedad misma que conducen a los prejuicios y la discriminación.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) apoya a los países para reforzar la respuesta de sus sistemas de salud al VIH/SIDA y a otras infecciones de transmisión sexual. La OMS fomenta la creación de asociaciones, proporciona apoyo técnico y estratégico a los países y las regiones, y desarrolla directrices normativas y otros recursos sobre intervenciones de salud primordiales, incluidos la prevención de la transmisión maternoinfantil; el tratamiento del VIH/SIDA, de las infecciones de transmisión sexual y de las enfermedades conexas, entre otras por medio de la terapia antirretrovírica; la seguridad hematológica; las precauciones universales; el desarrollo de vacunas; las prácticas de inyección inocuas; el asesoramiento y las pruebas voluntarias; y las intervenciones dirigidas a las poblaciones vulnerables. La OMS también contribuye a la base de conocimientos globales sobre el VIH/SIDA apoyando el seguimiento y la vigilancia, evaluando las pruebas para las intervenciones e impulsando la investigación.



El mandato del Banco Mundial es aliviar la pobreza y aumentar la calidad de vida. Entre 1986 y 2002, el Banco Mundial destinó una cifra cercana a 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, incluidos US\$ mil millones asignados al Programa Multinacional sobre el VIH/SIDA (MAP) para África. Con objeto de abordar las consecuencias devastadoras del VIH/SIDA para el desarrollo, el Banco está reforzando su respuesta a la epidemia trabajando en asociación con el ONUSIDA, con los organismos donantes y con los gobiernos. La respuesta del Banco es integral, y engloba la prevención, la atención, el apoyo, el tratamiento y la reducción del impacto.



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID • OIT
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

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>