La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 1998

ONUSIDA
UNICEF • PNUD • PNUAP
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

Organización Mundial de la Salud

Resumen mundial sobre la epidemia de VIH/SIDA, diciembre de 1998

Personas recién infectadas por el VIH en 1998	**Total**	**5,8 millones**
	Adultos	5,2 millones
	Mujeres	*2,1 millones*
	Menores de 15 años	590 000
Personas que viven con el VIH/SIDA	**Total**	**33,4 millones**
	Adultos	32,2 millones
	Mujeres	*13,8 millones*
	Menores de 15 años	1,2 millones
Defunciones causadas por el SIDA en 1998	**Total**	**2,5 millones**
	Adultos	2,0 millones
	Mujeres	*900 000*
	Menores de 15 años	510 000
Defunciones totales causadas por el SIDA desde el comienzo de la epidemia	**Total**	**13,9 millones**
	Adultos	10,7 millones
	Mujeres	*4,7 millones*
	Menores de 15 años	3,2 millones

Anatomía de la epidemia

❒ Resumen mundial

Según las estimaciones más recientes del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), a finales de 1998 el número de personas que viven con el VIH (el virus que causa el SIDA) habrá aumentado hasta 33,4 millones, un 10% más que hace tan sólo un año. La epidemia no ha sido controlada en ningún lugar. En prácticamente todos los países del mundo se han producido nuevas infecciones en 1998 y son muchos los lugares en los que la epidemia está manifiestamente incontrolada.

En la actualidad, más del 95% de las personas infectadas por el VIH viven en el mundo en desarrollo, y es en estos países en los que se ha producido el 95% de todas las defunciones causadas por el SIDA hasta la fecha, sobre todo en adultos jóvenes que, en condiciones normales, se encontrarían en los años de máxima actividad productiva y reproductiva. Las múltiples repercusiones de estos fallecimientos están alcanzando proporciones de crisis en algunas partes del mundo. Sea cual sea el patrón de medida utilizado (deterioro de la supervivencia infantil, descenso de la esperanza de vida, sobrecarga de los sistemas de asistencia sanitaria, aumento de la orfandad o reducción de los beneficios empresariales), nunca hasta ahora había planteado el SIDA una amenaza tan grande para el desarrollo.

Según las últimas estimaciones de ONUSIDA/OMS, durante 1998 se produjeron, en todo el mundo, 11 infecciones de hombres, mujeres y niños por minuto, con un total cercano a 6 millones de personas. Una décima parte de las personas recién infectadas tenían menos de 15 años de edad, lo cual hace que el número de niños vivos con el VIH alcance ahora los 1,2 millones. Se cree que la mayor parte de ellos han contraído la infección a través de sus madres, antes del nacimiento o durante el parto, o bien a través de la lactancia materna.

La transmisión de la madre al niño puede reducirse con la administración a las mujeres embarazadas VIH-positivas de fármacos antirretrovíricos y sustitutos de la leche materna, aunque el objetivo final debe ser una prevención eficaz en las mujeres jóvenes, con objeto de que puedan evitar contraer la infección inicialmente. Por desgracia, en lo que respecta a la infección por el VIH, las mujeres parecen estar alcanzando una equiparación poco satisfactoria con los hombres. Mientras que en 1997 constituían un 41% de los adultos infectados en todo el mundo, en la actualidad las mujeres representan un 43% de todas las personas de más de 15 años de edad que viven con el VIH y el SIDA. No hay indicio alguno de que esta tendencia a la igualación vaya a invertirse.

En total, desde el inicio de la epidemia hace unas dos décadas, el VIH ha infectado a más de 47 millones de personas. Aunque se trata de un virus de acción lenta que puede tardar una década o más en causar una enfermedad grave y la muerte, el VIH ha costado ya la vida a casi 14 millones de adultos y niños.

Se estima que 2,5 millones de estos fallecimientos se produjeron durante 1998, siendo esta cifra superior a la de cualquier año anterior.

❒ El SIDA y las enfermedades infecciosas

Según las estimaciones recientes de la OMS, el paludismo causa más de un millón de muertes al año. En 1998, los fallecimientos debidos al SIDA ascendieron a unos 2,5 millones. Ambas enfermedades se encuentran entre las cinco principales causas de defunción en todo el mundo. Sin embargo, es importante que no pase desapercibida la dinámica de esta situación. Ya en el año 1954 fallecían millones de personas cada año a causa del paludismo. El SIDA es una epidemia que se encuentra todavía en fase emergente y el número de muertes que causa aumenta año tras año, al tiempo que el número de personas que contraen la infección se incrementa en unas 16 000 al día.

La tuberculosis, la segunda causa de muerte infecciosa más importante, está aumentando también como consecuencia en gran parte de la epidemia del VIH. Las personas cuyas defensas inmunitarias se ven debilitadas por la infección por el VIH pasan a ser una presa fácil para otros gérmenes, como el bacilo causante de la tuberculosis. Las infecciones a que ello da lugar (junto con algunos cánceres) son las causantes de las enfermedades recurrentes que, en sus fases avanzadas, se denominan "SIDA", y que conducen finalmente a la muerte. Alrededor del 30% de todos los fallecimientos por SIDA son consecuencia directa de la tuberculosis.

Aunque las personas cuya salud se ve socavada por la infección por el VIH contraen con mayor facilidad la infección causada por el bacilo de la tuberculosis (TB), son muchas las que albergan ya este bacilo desde su infancia. En ambos casos, los individuos con una infección doble por VIH/TB se enfrentan al riesgo de que la tuberculosis pase a ser activa y pueda ser mortal, muy superior al de los portadores de TB que son VIH-negativos. En todo el mundo hay millones de personas que están infectadas por el VIH y, a la vez, por el bacilo de la tuberculosis, y el potencial de aumento de la coinfección en los países en desarrollo es amplio, teniendo en cuenta la abrumadora prevalencia de portadores de TB en la población general (aproximadamente, 30%) y las cerca de 6 millones de nuevas infecciones por el VIH anuales. Para hacer frente a la doble epidemia serán necesarias medidas más firmes para la detección y tratamiento de los casos de TB (la tuberculosis puede curarse con antibióticos, con independencia de que la persona afectada esté o no infectada por el VIH), paralelamente con programas de prevención del SIDA más eficaces destinados a evitar nuevas infecciones por el VIH.

❒ Estimaciones regionales

En el África subsahariana vive el 70% de las personas que han contraído la infección por el VIH durante este año. También es la región en la que se produjeron las cuatro quintas partes del total de defunciones por SIDA en 1998.

África, como epicentro mundial, continúa empequeñeciendo al resto del mundo a la hora de hacer el balance del SIDA. Desde el inicio de la epidemia, un 83% de las muertes debidas al SIDA se han producido hasta ahora en esta región. En cuanto a los niños de menos de 15 años de edad, la cuota de África en las infecciones recién contraídas en 1998 fue de 9 de cada 10. Al menos un 95% de todos los huérfanos* causados por el SIDA eran africanos. Sin embargo, tan sólo una décima parte de la población mundial vive en el África subsahariana.

---

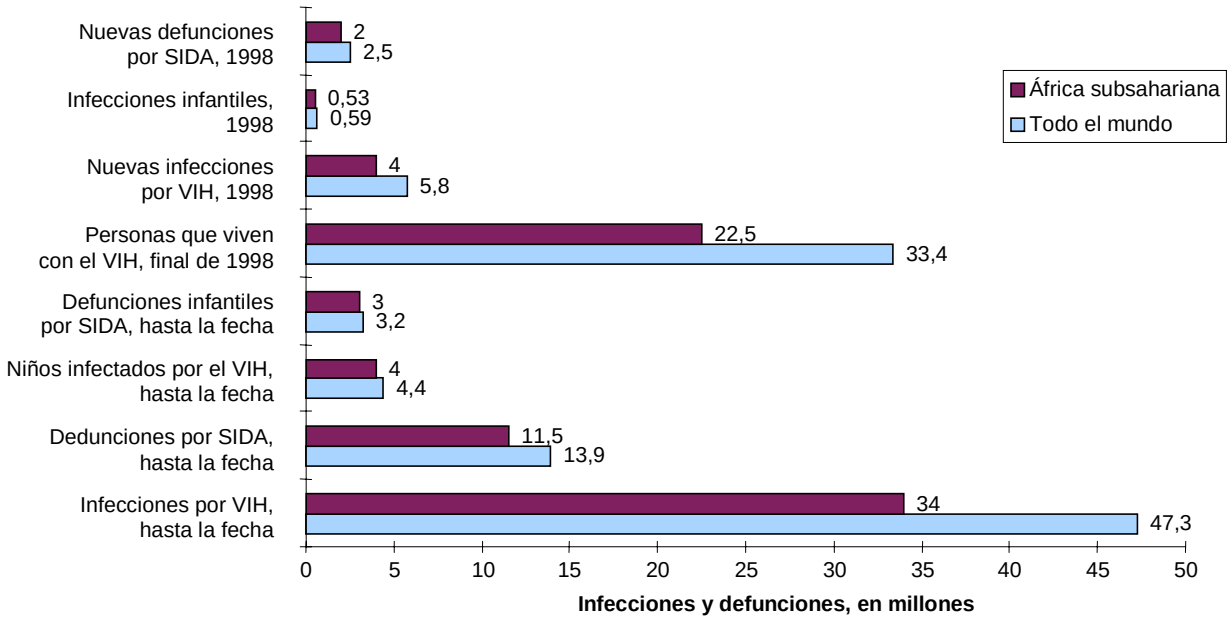
* El ONUSIDA define a los huérfanos por el SIDA como las personas que han perdido a su madre o a ambos padres por causa del SIDA antes de cumplir los 15 años de edad.

La cifra absoluta de africanos afectados por la epidemia es abrumadora. Desde que se inició la propagación del VIH, se estima que son 34 millones las personas del África subsahariana que han contraído la infección por el virus. Unos 11,5 millones de ellas han fallecido ya, y en una cuarta parte de estos casos se trataba de niños. Durante 1998, se estima que el SIDA habrá sido la causa de 2 millones de muertes en África (5.500 funerales al día). Y a pesar de la magnitud de la mortalidad, actualmente hay más africanos que antes jamás viviendo con el VIH: 21,5 millones de adultos y un millón adicional de niños.

Aunque no hay ningún país de África que haya escapado al virus, algunos se han visto afectados de manera mucho más grave que otros. El mayor número de infecciones recientes continúa concentrándose en la parte oriental y especialmente en la meridional.

En la zona meridional del continente africano es donde se encuentran la mayoría de los países más gravemente afectados del mundo. En Botswana, Namibia, Swazilandia y Zimbabwe, las estimaciones actuales indican que entre el 20% y el 26% de las personas de 15 a 49 años de edad viven con el VIH o el SIDA. Lamentablemente, Sudáfrica, que se había mantenido por detrás de algunos de sus países vecinos en cuanto a las cifras de infección por el VIH a comienzos de los años noventa, se está poniendo rápidamente a su misma altura: se cree que durante este año, una de cada siete nuevas infecciones ocurridas en el continente corresponde a este país. Zimbabwe es un país que se ha visto especialmente afectado. Existen allí 25 centros de vigilancia en los que se extraen muestras de sangre a mujeres embarazadas para realizar análisis de manera anónima, como forma de seguir la evolución de la infección por el VIH. Los datos más recientes, correspondientes a 1997, indican que tan sólo en dos de esos centros se observó que la prevalencia del VIH se mantenía por debajo del 10%. En los 23 centros restantes se observó que un 20-50% de las mujeres embarazadas estaban infectadas. Como mínimo una tercera parte de esas mujeres es probable que transmitan la infección a sus hijos recién nacidos.

Estimaciones del VIH y el SIDA, mundiales y del África



Otras zonas del continente no son en modo alguno inmunes a esta epidemia. En la República Centroafricana, Côte d'Ivoire, Djibouti y Kenya, uno o más de cada diez adultos está infectado por el VIH. Sin embargo, en general el África oriental está menos afectada por el VIH que la parte del sur o la parte oriental del continente, y algunos países del centro de África se han mantenido también relativamente estables en cuanto al VIH. Estas tasas más bajas pueden atribuirse en algunos casos a las medidas de prevención tempranas y sostenidas que se han aplicado; el Senegal es un buen ejemplo de ello. Sin embargo, en otros lugares, en los que se ha hecho mucho menos por fomentar unas relaciones sexuales seguras, las causas de la relativa estabilidad no están claras. Se están realizando investigaciones para explicar las diferencias existentes entre las epidemias de diversos países. En esos estudios se examinan factores que pueden desempeñar algún papel, como los modelos de establecimiento de contactos sexuales, el grado de uso de preservativos con diferentes compañeros y el tratamiento de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), que si no se tratan facilitan la transmisión del VIH a través de las relaciones sexuales.

Cada vez se centra más la atención en la propagación del VIH a través del **continente asiático,** y en especial de Asia meridional y sudoriental. Aunque las tasas continúan siendo bajas en comparación con las de algunas otras regiones, son más de 7 millones los habitantes de Asia que ya están infectados y el VIH está empezando a propagarse claramente de manera importante en las amplias poblaciones de India y China.

La India nos ofrece un ejemplo interesante del cambio que se produce en los patrones de propagación del VIH:

- Hasta hace poco se pensaba que la infección por el VIH en la segunda nación más poblada del mundo se concentraba en los consumidores de drogas intravenosas y en los profesionales del sexo y sus clientes urbanos de algunos estados. Los resultados de la última ronda de vigilancia centinela en dispensarios prenatales ponen de manifiesto que, por lo menos en cinco estados, más del 1% de las mujeres embarazadas en las zonas urbanas están infectadas.

- Se creía que las zonas rurales -en las que vive el 73% de los 930 millones de habitantes del país- estaban relativamente poco afectadas por la epidemia. Los estudios recientes indican de nuevo que al menos en algunas áreas, el VIH ha pasado a tener una frecuencia preocupante tanto en los pueblos como en las ciudades. En una encuesta reciente de familias elegidas aleatoriamente en Tamil Nadu se encontró que el 2,1% de la población adulta en las zonas rurales tenían el VIH, en comparación con el 0,7% de la población urbana. En el caso de este estado pequeño, con una población de 25 millones de habitantes, los resultados del estudio parecen indicar que hay cerca de medio millón de personas actualmente infectadas por el VIH en Tamil Nadu. Teniendo en cuenta que aproximadamente el 10% de las personas encuestadas tenían blenorragia, sífilis u otras ETS, el VIH dispone de un terreno fértil para su propagación.

- El VIH está firmemente arraigado en la población general, y afecta a las mujeres cuyo único comportamiento de riesgo es tener relaciones sexuales con sus maridos. En un estudio de casi 400 mujeres que no eran profesionales del sexo y que acudieron a centros de tratamiento de ETS de Pune, el 93% estaban casadas y el 91% no habían tenido nunca relaciones sexuales con otras personas que no fueran sus maridos. Todas esas mujeres tenían una ETS y es de destacar que un 13,6% de ellas dieron resultados positivos en las pruebas de detección del VIH.

Estadísticas y características regionales del VIH/SIDA, diciembre de 1998

Región	Inicio de la epidemia	Adultos y niños que viven con el VIH/SIDA	Adultos y niños recién infectados por el VIH	Prevalencia entre adultos[1]	Porcentaje de los adultos VIH-positivos que son mujeres	Principales modalidades de transmisión[2] en los adultos que viven con el VIH/SIDA
África subsahariana	finales de los 70 - comienzos de los 80	22,5 millones	4,0 millones	8,0%	50%	Hetero
África del norte y Oriente Medio	finales de los 80	210 000	19 000	0,13%	20%	CDI, Hetero
Asia del sur y sudoriental	finales de los 80	6,7 millones	1,2 millones	0,69%	25%	Hetero
Asia oriental y Pacífico	finales de los 80	560 000	200 000	0,068%	15%	CDI, Hetero, Homo
América Latina	finales de los 70 - comienzos de los 80	1,4 millones	160 000	0,57%	20%	Homo, CDI, Hetero
Caribe	finales de los 70 - comienzos de los 80	330 000	45 000	1,96%	35%	Hetero, Homo
Europa oriental y Asia central	comienzos de los 90	270 000	80 000	0,14%	20%	CDI, Homo
Europa occidental	finales de los 70 - comienzos de los 80	500 000	30 000	0,25%	20%	Homo, CDI
América del Norte	finales de los 70 - comienzos de los 80	890 000	44 000	0,56%	20%	Homo, CDI, Hetero
Australia y NuevaZelandia	finales de los 70 - comienzos de los 80	12 000	600	0,1%	5%	Homo, CDI
TOTAL		**33,4 millones**	**5,8 millones**	**1,1%**	**43%**	

En **Europa oriental** y en **América Latina y el Caribe**, las infecciones afectan especialmente a grupos marginales, aunque es evidente que no se limitan a ellos.

En América Latina, el patrón de propagación del VIH es muy similar al de los países desarrollados. Los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres sin utilizar protección y los consumidores de drogas intravenosas que comparten el uso de agujas constituyen el centro de la infección. En México, los estudios realizados sugieren que pueden estar infectados hasta un 30% de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres; en los consumidores de drogas intravenosas de la Argentina y el Brasil, la proporción puede aproximarse al 50%. Aunque la transmisión a través de las relaciones sexuales entre hombres y mujeres está aumentando, en especial en el Brasil, la propagación heterosexual del VIH es especialmente prominente en el Caribe. Se han descrito tasas de prevalencia de un 8% en las mujeres embarazadas de Haití, así como en un centro de vigilancia de la República Dominicana.

El VIH continúa su escalada en los grupos de consumidores de drogas intravenosas de **Europa oriental** y **Asia central**. Esta región, que hasta mediados de los años noventa parecía haber evitado lo peor de la epidemia, tiene ahora una cifra estimada de 270 000 personas que viven con el VIH. Por el momento, Ucrania continúa siendo el país más afectado, aunque la Federación Rusa, Belarús y Moldova han registrado aumentos muy notables en los últimos años. El VIH está penetrando a través de los nuevos grupos de población consumidora de drogas, con lo que la posibilidad de una mayor propagación a través de las drogas y del sexo resulta innegable, teniendo en cuenta el conocido vínculo existente entre las poblaciones de consumidores de drogas intravenosas y las de profesionales del sexo con los notables aumentos que se están produciendo en otras ETS. Así, por ejemplo, en la Federación Rusa las tasas de sífilis han

[1] La proporción de adultos (15 a 49 años de edad) que viven con el VIH/SIDA en 1998, basada en las cifras de población de 1997

[2] Homo (transmisión entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres), CDI (transmisión a través del consumo de drogas intravenosas), hetero (transmisión heterosexual).

pasado de los aproximadamente 10 casos por 100 000 habitantes que había a finales de los años ochenta a más de 260 casos por 100 000 habitantes un decenio después.

En **América del norte** *y* **Europa occidental**, las nuevas combinaciones de medicamentos contra el VIH continúan reduciendo de manera significativa las defunciones por causa del SIDA. Por ejemplo, las cifras publicadas recientemente indican que en 1997, la tasa de mortalidad por SIDA en los Estados Unidos de América fue la más baja de la última década (casi dos tercios por debajo de las tasas registradas tan sólo dos años antes, cuando no se había iniciado el uso generalizado del tratamiento combinado). Sin embargo, como continúan produciéndose nuevas infecciones al tiempo que las combinaciones de medicamentos antirretrovíricos mantienen con vida las personas infectadas, la proporción de la población que vive con el VIH ha aumentado. Ello hace aumentar, obviamente, las demandas de asistencia. Además, de diversas formas menos obvias, incrementa los obstáculos para la prevención a los que han de hacer frente los países.

Durante 1998, América del Norte y Europa occidental no han registrado progreso alguno en cuanto a la reducción del número de nuevas infecciones. Los aumentos iniciales espectaculares del VIH se invirtieron con éxito hacia mediados y finales de los años ochenta gracias a las campañas de prevención que contribuyeron aumentar el uso del preservativo entre los hombres homosexuales de prácticamente el 0% a bastante por encima del 50%. Pero durante el último decenio, la tasa de nuevas infecciones se ha mantenido estable en lugar de seguir bajando. Tan sólo durante 1998, contrajeron la infección por el VIH casi 75 000 personas, con lo que el total de personas que viven con el VIH en esas dos regiones pasó a ser de casi 1,4 millones.

Ciertamente, la epidemia ya no está fuera de control en los países de esas regiones. Pero también es cierto que no se ha detenido. Y en esta fase, los obstáculos para la prevención son mayores que nunca. Una razón de ello es que los esfuerzos de prevención ya han llegado a los grupos de fácil alcance, como las comunidades blancas gay con un elevado nivel de educación y organización. Otro motivo es que las infecciones por el VIH se están concentrando de forma creciente en los sectores más pobres de la población. En los Estados Unidos, para dar un ejemplo, el VIH ha pasado a ser una amenaza desproporcionada para los ciudadanos estadounidenses de origen africano. Aunque los afroamericanos solamente representan el 13% de la población total de ese país, soportan una parte desproporcionada de la pobreza, el subempleo y el acceso insuficiente a la asistencia sanitaria en los Estados Unidos. Los afroamericanos tienen hoy día una probabilidad de tener el VIH 8 veces superior a la de los individuos de raza blanca. Según los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC), se calcula que la prevalencia nacional del VIH en los hombres de raza negra ha alcanzado un 2% y que el SIDA ha pasado a ser la primera causa de defunción en el grupo de edad de 25-44 años. En las mujeres negras del mismo grupo de edad, el SIDA ocupa el segundo lugar como causa de defunción. La administración estadounidense acaba de anunciar la asignación de una cantidad adicional de US$156 millones del presupuesto federal a las comunidades minoritarias, con objeto de ayudar a controlar la propagación del VIH a través del consumo de drogas intravenosas y las relaciones sexuales, y para facilitar el acceso al tratamiento con medicamentos antirretrovíricos a las personas que viven ya con el VIH.

> Puede consultarse una información más detallada acerca de las tendencias regionales de la infección por el VIH, junto con las estimaciones de la infección por el VIH y los fallecimientos por SIDA correspondientes a finales de 1997 para 170 países, en la publicación del ONUSIDA/OMS *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA - Junio de 1998*[3]. Estas estimaciones específicas de países son las más recientes disponibles.

3 Este informe está disponible a través de Internet en: http//www.unaids.org/unaids/document/epidemio/june98/global%5Freport/index.html

Algo más que una crisis de salud

❒ La epidemia ha dejado de ser invisible

Durante muchos años, se habló del SIDA como de "la epidemia invisible". El VIH se introduce silenciosamente en una población durante muchos años antes de que las infecciones den lugar al SIDA sintomático y pasen a ser una causa de enfermedades recurrentes y, en última instancia, de la muerte. El virus se propaga, pues, furtivamente a lo largo de años antes de que se registren fallecimientos por SIDA en un número significativo.

En los países industrializados, los activistas en la lucha contra el SIDA lograron identificar pronto el perfil de la epidemia. Sin embargo, en el mundo en desarrollo, en el que se encuentran la mayor parte de hombres y mujeres que viven con el VIH, sólo ahora, dos décadas después de que se iniciara la propagación del virus, empiezan a desprenderse de su manto de invisibilidad las repercusiones del SIDA.

En los países con epidemias maduras (por ejemplo, Uganda en África oriental, y Zambia y Zimbabwe en África del sur) el SIDA está dejando, en su despertar, unos daños muy visibles. Algunos médicos indican que tres cuartas partes de las camas de las salas pediátricas de los hospitales están ocupadas por niños con enfermedades causadas por el VIH. Millones de adultos han fallecido. La mayor parte de ellos han dejado a niños huérfanos. Muchos han dejado con vida a su cónyuge infectado y con necesidad de asistencia. Sus familias se esfuerzan denodadamente por conseguir el dinero necesario para pagar los funerales, y sus empleadores deben capacitar a otras personas para sustituirles.

❒ Neutralización de los avances del desarrollo

En conjunto, las consecuencias visibles y menos visibles de la epidemia constituyen una amenaza acuciante y masiva para el desarrollo.

La esperanza de vida se desmorona

La esperanza de vida al nacer es una de las medidas clave utilizadas por los responsables de adoptar políticas para evaluar el desarrollo humano. Como consecuencia del mayor número de fallecimientos por SIDA en los niños y adultos jóvenes, este indicador está aportando señales de alarma. Según un informe elaborado por la División de Población de las Naciones Unidas en colaboración con el ONUSIDA y la OMS, que acaba de hacerse público, la epidemia anulará los valiosos avances que se habían conseguido, al recortar drásticamente la esperanza de vida.

El efecto sobre la esperanza de vida es proporcional a la gravedad de la epidemia local. Así, por ejemplo, en Botswana, en donde más del 25% de los adultos están infectados, los niños nacidos a comienzos de la próxima década tendrán una esperanza de vida que superará escasamente los 40 años. Si no hubiera intervenido el SIDA, su esperanza de vida podría haber alcanzado los 70 años. No es de extrañar que, entre 1996 y 1997, Botswana descendiera 26 puestos en la escala del Índice de Desarrollo Humano, una clasificación de los países que tiene en cuenta el bienestar económico, la alfabetización y la esperanza de vida.

Considerando los nueve países con una prevalencia del VIH en la población adulta igual o superior al 10% (Botswana, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibia, Ruanda, Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe), las estimaciones indican que el SIDA tendrá en ellos un coste medio de 17 años de esperanza de vida. En vez de aumentar y llegar a los 64 años en el año 2010-2015, que es el avance que cabría haber esperado sin el SIDA, la esperanza de vida disminuirá hasta llegar a un promedio de 47 años.

Deterioro de la supervivencia infantil

La funesta reducción de la esperanza de vida no se debe tan sólo a los fallecimientos de adultos (en su mayor parte jóvenes o al comienzo de la edad media de la vida), sino también a las muertes infantiles. El VIH está contribuyendo de manera sustancial a aumentar las tasas de mortalidad infantil en muchas zonas del África subsahariana, anulando con ello años de intenso esfuerzo por conseguir aumentar la supervivencia infantil.

Por ejemplo, en el año 2005-2010, se prevé que 61 de cada 1000 lactantes de Sudáfrica fallecerán antes de llegar al año de edad. Sin el SIDA, la mortalidad en este grupo de edad hubiera sido de tan sólo 38 por cada 1000. Con la intervención del SIDA, la tasa de mortalidad prevista para este grupo de edad en Namibia es de 72 por cada 1000, mientras que sin la epidemia, en este país podría haberse previsto una tasa muy inferior, de 45 por 1000.

Los niños, en situación alarmante

Zimbabwe parece estar abocada de manera alarmante hacia la orfandad, que es otro aspecto en el que está influyendo el avance de la epidemia. En este país, en el que más de una cuarta parte de los 5,5 millones de adultos está infectada por el VIH, el SIDA está situando ya a centenares de miles de niños al borde del abismo.

El Gobierno calcula que dentro de dos años se producirán en este país 2400 defunciones por SIDA cada semana. La mayor parte de estos fallecimientos serán de adultos, y se concentrarán en los grupos de adultos jóvenes, a las edades en que están formando sus familias. Es más, es posible que estas muertes se concentren de manera desproporcionada en las mujeres solteras, cuyo fallecimiento dejará al niño sin un progenitor que le atienda. Así, un estudio reciente realizado en un área rural puso de manifiesto que las madres sin pareja, muchas de ellas tras haber quedado viudas a causa del SIDA, tenían el doble de probabilidades de infección por el SIDA que las mujeres casadas.

Ya en 1992, un estudio realizado en la tercera ciudad de Zimbabwe, Mutare, indicó que más del 10% de los niños del área de estudio eran huérfanos, y que casi uno de cada cinco hogares había adoptado a algún niño huérfano. En 1995, la información recogida en la misma zona indicó que la proporción de niños huérfanos había aumentado a casi un 15%.

El número de niños que necesitan asistencia está aumentando en la misma medida que el SIDA está reduciendo el número de familias indemnes que son capaces de proporcionar esta asistencia. Alrededor del 45% de quienes atienden a niños huérfanos son abuelos; a menudo no tienen ingresos económicos propios y existe un límite para el número de niños a los que pueden atender sin ayuda externa. Un programa de apoyo a los huérfanos ha informado de que está prestando ayuda a una abuela de 80 años que vive con 12 niños en una sola habitación. Otro ha recibido una solicitud de ayuda de una viuda con 9 niños a su cargo, que acaba de recibir a otros 3 nietos a los que atender. Un estudio de los hogares llevados por adolescentes y niños (algunos de ellos

de tan sólo 11 años de edad) indicó que, si bien la inmensa mayoría habían perdido a ambos padres, muchos tenían familiares vivos. Sin embargo, en el 88% de estos casos, los familiares afirmaron que no deseaban encargarse de los huérfanos.

Los propios niños están empezando a preocuparse por la orfandad y a reconocer la importancia de apoyar a los niños necesitados. La mayor parte de los niños entrevistados en un estudio afirmaron que si no se satisficieran las necesidades de los huérfanos se harían delincuentes. Muchos afirmaron que los niños se dedicarían a la prostitución y se echarían a la calle. También les preocupaba el abuso y la explotación de los huérfanos por parte de los familiares. Y con razón. Los informes sobre abusos sexuales de niñas han aumentando rápidamente en los últimos años en Zimbabwe, y ello ha llevado a la puesta en marcha de un centro de atención especial en un importante hospital de Harare y a una iniciativa para fomentar los tribunales a los que los niños puedan acceder con facilidad. En un solo distrito rural de Zimbabwe, un estudio registró casi 400 casos de abusos sexuales infantiles, de los que al menos una cuarta parte correspondían a niñas de menos de 12 años de edad, y al menos en un 10% de casos se trataba de huérfanos.

El SIDA y las empresas: los beneficios se ven afectados

La escalada del SIDA está haciendo mella también en las perspectivas de desarrollo económico. En los países más afectados de África, la epidemia está diezmando el número ya de por sí limitado de trabajadores y directivos preparados y está socavando la economía. Teniendo en cuenta la constante fluctuación de muchas economías de la región, resulta difícil determinar con exactitud cuál es el impacto del VIH en la economía nacional en conjunto. Sin embargo, es evidente que las empresas están empezando a apreciar sus efectos negativos.

Por ejemplo, en Zimbabwe, las primas de los seguros de vida se han cuadriplicado en tan sólo dos años, debido a los fallecimientos por SIDA. Algunas empresas afirman que sus gastos sanitarios se han doblado. Las hay que indican que los costos motivados por el SIDA absorben hasta una quinta parte de los ingresos de la compañía. En Tanzanía y Zambia, las empresas grandes han señalado que la enfermedad y las muertes causadas por el SIDA tienen un coste superior a sus beneficios totales anuales. En Botswana, las empresas calculan que los gastos relacionados con el SIDA, que actualmente son de menos del 1% del sueldo, pasarán a un 5% en un plazo de seis años, debido al rápido aumento de la infección que se ha producido en los últimos años.

El VIH, una amenaza para los jóvenes en todo el mundo

La Campaña Mundial contra el SIDA de este año ("La fuerza del cambio - Con los jóvenes en campaña contra el SIDA") la motivó en parte la amenaza que representa la epidemia para las personas de menos de 25 años de edad. Los jóvenes se ven afectados de una forma desproporcionada por el VIH y el SIDA. Aproximadamente la mitad de las nuevas infecciones por el VIH se producen en personas de 15 a 24 años, periodo en la que la mayor parte de las personas inician su vida sexual. En 1998, fueron casi 3 millones los jóvenes infectados por el virus, lo cual equivale a más de cinco hombres y mujeres jóvenes cada minuto del día, todos los días del año. Y cuando las tasas del VIH aumentan en la población general, las nuevas infecciones se concentran cada vez más en los grupos de edad más jóvenes. Así, por ejemplo, un estudio reciente realizado en Malawi indicó que la tasa anual de nuevas infecciones por el VIH era de hasta un 6% en las muchachas adolescentes, en comparación con menos del 1% en las mujeres de más de 35 años.

Pero la Campaña resalta también la fuerza que tienen las personas jóvenes. El futuro de la epidemia de VIH está en sus manos. Los comportamientos que adopten ahora y los que mantengan durante toda su vida sexual determinarán la evolución de la epidemia en las próximas décadas. Los jóvenes continuarán aprendiendo unos de otros, pero su comportamiento dependerá en gran parte de la información, los conocimientos y los servicios con los que la generación actual de adultos dote a sus hijos.

La investigación pone de relieve que las personas jóvenes adoptan un comportamiento sexual más seguro si disponen de la información, los conocimientos prácticos y los medios necesarios para ello. En el Senegal, un 40% de las mujeres de menos de 25 años y un 65% de los hombres utilizaron preservativos con sus parejas sexuales no habituales en 1997, en comparación con menos del 5% para ambos sexos al comienzo del decenio. De hecho, si se les da la opción de hacerlo, en los jóvenes es más probable que en los adultos el comportamiento de protección. En Chile, un estudio realizado en 1996 indicó que el empleo del preservativo es máximo en el grupo de 15 a 18 años de edad, y se han observado patrones similares en el Brasil y México.

El comportamiento sexual más sano está pasando a ser la norma habitual también entre los jóvenes de los países desarrollados. En diversos estudios realizados en Europa occidental, se ha observado que alrededor del 60% de los jóvenes utilizan en la actualidad preservativos en su primera relación sexual, y ello constituye un aumento de seis veces respecto de lo que ocurría a comienzos de los años noventa. En los jóvenes de los Estados Unidos, la abstención está pasando a ser más frecuente y el uso de los preservativos está aumentando de manera significativa. En 1997, en los estudiantes de escuelas superiores, un 63% de los muchachos indicaron que habían utilizado un preservativo la última vez que habían tenido relaciones sexuales, en comparación con el 55% que dieron esta respuesta seis años antes. En las muchachas, el uso de preservativos pasó del 38% al 51% en el mismo período de tiempo.

Sin embargo, es mucho lo que queda por hacer. En los Estados Unidos, por ejemplo, 3 millones de adolescentes contraen cada año una ETS, lo cual constituye un claro indicador de unas relaciones sexuales poco seguras. En los países en desarrollo, en los que la probabilidad de encontrar a una pareja infectada por una ETS es elevada, las tasas de infección por esas enfermedades en las personas jóvenes son mucho más altas.

Los jóvenes son vulnerables al VIH por muchas razones: no tienen información sobre el VIH o las ETS, o sí la tienen pero no saben cómo evitar la infección. Los que tienen información pueden no saber dónde obtener los preservativos, o pueden no verse capaces de comentar el uso de los preservativos con su pareja. Los jóvenes, y en especial las muchachas, pueden no saber defenderse frente a una relación sexual no deseada. En la República Democrática del Congo, casi una tercera parte de las mujeres jóvenes de un amplio estudio indicaron que habían sido forzadas por sus parejas en la primera relación sexual. Se han publicado estadísticas similares sobre las relaciones sexuales forzadas en muchas partes del mundo. Es más, la adolescencia es un período en el que muchas personas experimentan, no sólo con diferentes formas de relación sexual sino también con las drogas. Aparte del riesgo del VIH asociado al uso compartido de agujas, se sabe que el alcohol y otras drogas pueden influir también en el comportamiento sexual y aumentar el riesgo de que una persona contraiga una infección por el VIH u otra ETS. Así, por ejemplo, el consumo excesivo de alcohol reduce las inhibiciones, aumenta la agresión, reduce la capacidad de uso de la información importante aprendida acerca de la prevención del SIDA y deteriora la capacidad de tomar decisiones respecto a la protección.

Jóvenes fugitivos en las calles del Brasil

El Brasil es un país de contrastes, de grandes fortunas y de pobrezas abrumadoras de las que los jóvenes difícilmente pueden escapar. Aproximadamente una tercera parte de los 31 millones de brasileños de entre 15 y 24 años de edad pertenecen a familias que viven por debajo del umbral de pobreza. Tan sólo uno de cada 12 adolescentes completa la enseñanza media y gran parte de los demás (la mitad de los niños y hasta tres cuartas partes de las niñas) no tienen empleo. En todo el país, son unos dos millones las personas de 15 a 19 años que no trabajan ni acuden a la escuela.

Con la falta de educación y de empleo, estos jóvenes son un blanco fácil para los adultos que venden drogas o pagan por tener relaciones sexuales. De hecho, son un blanco fácil para los adultos que buscan tener relaciones sexuales pero no están dispuestos a pagar por ello. La investigación realizada en Sao Paulo, la ciudad más grande del Brasil, indica que una de cada cinco niñas ha sufrido abusos sexuales en su propio hogar o en la comunidad circundante.

Las niñas que han sufrido abusos sexuales tienen una mayor probabilidad de echarse a la calle, dedicarse a la prostitución y pasar a engrosar las listas de espera para la infección por el VIH. En la zona empobrecida del noreste del Brasil, las comunidades están intentando hacer frente a este peligro identificando a las niñas que están sujetas a un riesgo de violencia o abuso en su propio hogar. Se las invita a incorporarse a grupos de apoyo que les enseñan aptitudes que les serán útiles para desenvolverse en la vida así como para defenderse de la violencia y las relaciones sexuales no deseadas. De 850 niñas a las que ya se ha ayudado con un programa de este tipo, ninguna ha terminado por el momento en la prostitución ni en una banda callejera. Teniendo en cuenta que las tasas del VIH son de hasta un 17% en los profesionales del sexo más pobres de algunas ciudades, el apoyo a las mujeres jóvenes dándoles una alternativa a la vida en la calle constituye una forma importante de protección frente a la infección por el VIH.

Tanto si los hábitos de consumo de drogas de los jóvenes se modifican con el paso del tiempo como si no, las consecuencias del comportamiento de riesgo en esta edad pueden ser irreversibles, como puede observarse en los datos obtenidos en lugares tan alejados como Asia y Europa oriental. En Myanmar, más del 60% de los adolescentes consumidores de drogas intravenosas están infectados por el VIH. De hecho, los adolescentes son el *único* grupo de consumidores de drogas en el que la prevalencia del VIH ha continuado aumentando de manera constante desde comienzos de los años noventa. En Belarús, más de cuatro quintas partes de las infecciones por el VIH registradas corresponden a consumidores de drogas de entre 10 y 30 años de edad. En Lituania, más de la mitad de las infecciones por el VIH registradas en consumidores de drogas intravenosas corresponden a personas de menos de 25 años de edad. Con independencia de que estos jóvenes continúen con el consumo de drogas o lo abandonen, serán portadores del VIH hasta su muerte prematura.

¿Cómo se propaga la epidemia?

La epidemia de SIDA se ha propagado de manera muy distinta en diferentes partes del mundo y en distintas poblaciones. No siempre está claro por qué la infección por el VIH se dispara en ciertos lugares, mientras las tasas existentes en los países vecinos se mantienen estables durante muchos años. No obstante, hay varios factores que influyen claramente en la forma que toma la epidemia. Las personas que se desplazan (huyendo de los abusos o incluso dejando a su familia en búsqueda de un trabajo) tienen una especial probabilidad de verse expuestas a la infección. Las personas cuya existencia diaria es estresante y peligrosa pueden no preocuparse por los riesgos que plantea el VIH a largo plazo. Las personas en situaciones de conflicto y los refugiados pueden tener poco control sobre su exposición al VIH y, de hecho, incluso sobre sus relaciones sexuales. Y los estigmas que todavía lleva consigo el VIH impiden que las personas se protejan a sí mismas y a los demás frente a la infección o que soliciten asistencia y apoyo.

Las distintas caras del SIDA pueden apreciarse en las siguientes situaciones de distintos países, que ilustran algunos de los factores que propagan la epidemia.

❒ Propagación debida a la soledad: trabajadores migratorios en Sudáfrica

La población mundial tiene una movilidad cada vez mayor. Las personas se desplazan por todo tipo de razones, pero probablemente el motivo más frecuente por el que una persona deja su hogar (y a menudo a su familia) es el de buscar trabajo.

No hay otro lugar en el que esto sea más manifiesto que en Sudáfrica. Las industrias mineras atraen a trabajadores no sólo de las zonas rurales de la nación, sino también de las economías vecinas, en las que las posibilidades laborales son limitadas y los salarios son más bajos. Es difícil saber cuántas personas se desplazan a Sudáfrica y al interior de este país en búsqueda de trabajo. Hace más de una década, 2,5 millones de sudafricanos se registraron como trabajadores migratorios, y es probable que este número haya aumentado. Este año, más de medio millón de personas se incorporará a la creciente población urbana del país.

Carletonville, en el corazón de la industria de las minas de oro de Sudáfrica, es el hogar de 88 000 mineros, un 60% de los cuales son emigrantes procedentes de otras partes de Sudáfrica o de países vecinos (Mozambique, Malawi, Lesotho). Con los mineros llegan los sueldos. Cada mes se pagan en Carletonville US$18 millones a los trabajadores. Con los sueldos llegan todo tipo de bienes y servicios, incluyendo, naturalmente, las drogas y el sexo. Hay unas 400-500 profesionales del sexo que prestan sus servicios en la zona minera de Carletonville. Y con las drogas y el sexo llega el VIH.

La ciudad ha pasado a ser el punto álgido del VIH en la provincia de Guateng. Alrededor del 22% de los adultos de Carletonville están infectados por el VIH, y esta tasa es unos dos tercios superior a la media nacional. En un pequeño estudio de profesionales del sexo, se observó la presencia del VIH en tres cuartas partes de ellas, mientras que se cree que uno de cada cinco mineros está infectado. Esta cifra es probablemente una subestimación puesto que no incluye a los hombres que han abandonado las minas porque están demasiado enfermos para seguir trabajando.

¿Por qué son tan altas las tasas de infección en los mineros? La mayor parte de los hombres tienen una vida solitaria y duermen en dormitorios donde sólo hay hombres, a centenares de kilómetros de sus familias. Además, tienen un trabajo peligroso. Un minero de las minas de oro de Sudáfrica tiene una probabilidad entre cuarenta de morir aplastado por un derrumbamiento y una probabilidad entre tres de sufrir una lesión grave. En comparación con esto, los peligros asociados a una infección lenta y prolongada como la del VIH podrían parecer remotos.

Naturalmente, los peligros del VIH no son sólo para los mineros, o para sus parejas sexuales en la zona minera. La mayoría de los trabajadores migratorios vuelven periódicamente a su hogar. Cada vez es más frecuente que lleven la infección a sus esposas y a sus comunidades de origen. En Hlabissa, un distrito rural de KwaZulu/Natal, se calcula que alrededor de un 60% de los hogares tienen uno o varios emigrantes varones. En un estudio realizado allí se observó que las relaciones sexuales fuera de la relación principal se aceptan como algo casi inevitable en las familias separadas, tanto para los hombres como para las mujeres. En esta comunidad, las tasas de VIH están aumentando de manera alarmante, con una prevalencia en las mujeres embarazadas que ha aumentado hasta un 26% en 1997, desde el 4% existente hace tan sólo cinco años. En un estudio de 1995 se observó que, de las mujeres cuyas parejas permanecían en el hogar menos de una tercera parte del tiempo, un 13% estaban infectadas. No se registraron infecciones en las mujeres que pasaban más de dos terceras partes del tiempo con sus maridos o con parejas regulares.

❒ Propagación debida a los conflictos: supervivientes de Ruanda

Antes de la agitación política de mediados de los noventa, se habían realizado más estudios para investigar la epidemia de VIH en Ruanda que en la mayor parte de los países en desarrollo. La tendencia de la infección registrada allí seguía un proceso familiar: tasas elevadas en zonas urbanas (más de un 10% de las mujeres embarazadas infectadas) pero tasas mucho más bajas en las zonas rurales en las que vivía la mayor parte de la población (escasamente superiores al 1%).

Las dificultades políticas de los últimos años no sólo interrumpieron la vigilancia del VIH, sino que modificaron también la tendencia de la epidemia. En 1997, cuando se realizó un estudio bien diseñado del VIH en la población general, la diferencia que persistía entre las tasas de zonas urbanas y rurales era muy escasa. En ambos casos se superaba ligeramente el 11%. En los adolescentes, la infección era de hecho más frecuente en las zonas rurales que en las ciudades. Y, ciertamente, la cifra era alarmantemente alta en los grupos de edad más jóvenes: en los individuos de 12, 13 y 14 años, estaban infectados por el VIH un 4%.

Muchos de los cambios pueden atribuirse a los enormes movimientos de población que se produjeron durante los años del conflicto étnico y después del mismo. Casi tres cuartas partes de las 4 700 personas estudiadas en 1997 habían vivido en algún otro lugar en los tres años previos, proporción sorprendentemente elevada para un país en gran parte rural. Los emigrantes que habían pasado los años del conflicto fuera de Ruanda tenían unas tasas de infección por el VIH más bajas que las de los que habían soportado las dificultades quedándose en el país. La mayor parte de aquellas personas habían regresado recientemente al país procedentes de Uganda y Tanzanía, en donde las campañas de prevención del VIH son relativamente importantes.

La prevalencia del VIH en las personas que afirmaban haber pasado los años del conflicto en campos de refugiados era del 8,5%. La mayor parte de esas personas habían huido de zonas rurales en las que la prevalencia del VIH antes del conflicto era de tan sólo un 1,3%. Esto

sugiere un aumento de seis veces en la infección por el VIH entre las personas de los campos de refugiados. Es probable que el hacinamiento, la violencia, las violaciones, la desesperación y la necesidad de venderse o entregarse sexualmente para sobrevivir hayan contribuido a producir este enorme aumento en la infección.

Las guerras y los conflictos armados generan unas condiciones fértiles para la propagación del VIH. Las violaciones (dentro o fuera de los campos de refugiados) han desempeñado indudablemente un papel importante en la propagación del virus en Ruanda. Alrededor de un 3,2% de las mujeres entrevistadas indicaron que habían sido violadas, más de la mitad de ellas durante el conflicto. Dos quintas partes de ellas eran adolescentes. De las mujeres que habían sido violadas, un 17% eran VIH-positivas, en comparación con el 11% de las que no lo habían sido. Las mujeres que indicaron haber sido violadas tenían una probabilidad de haber sufrido úlceras genitales, otra ETS, tres veces superior a la de las que no lo habían sido.

❒ Propagación debida al peligro: los soldados de Camboya

Décadas de agitación política y guerra civil han dejado destruida la infraestructura de Camboya. Los sistemas de enseñanza y de asistencia sanitaria y las redes de transportes están siendo reconstruidos partiendo más o menos de la nada a medida que la paz vuelve gradualmente al país. Mientras tanto, los soldados camboyanos, muchos de ellos adolescentes sin escolarización, continúan luchando contra los khmer rojos del noroeste del país. Para ellos, el riesgo es una forma de vida, ya sea por el combate, por el paludismo o por las minas terrestres.

Es comprensible que muchos de esos hombres jóvenes consideren el sexo una fuente de placer y no un peligro especial. El riesgo de infección por el VIH, que en ningún caso les causará la muerte sin que haya transcurrido al menos un decenio, puede parecer desdeñable. “Las tropas regulares están en el frente porque no tienen estudios ni nada que comer en su hogar,” afirma un médico militar. “No tienen ninguna idea para el futuro. Piensan sólo en el día a día.”

Pero los riesgos del VIH no son en absoluto desdeñables. En una encuesta sobre el comportamiento se puso de manifiesto que más de una tercera parte de los soldados camboyanos habían acudido a un prostíbulo durante el mes anterior, incluidos muchos de los hombres casados pertenecientes al ejército y a la policía y separados de sus esposas e hijos durante períodos de tiempo prolongados. Alrededor del 43% de las profesionales del sexo dieron resultados positivos para el VIH en los prostíbulos de Camboya en 1998, mientras que la prevalencia del VIH entre los soldados fue de alrededor del 7%.

Uno de cada cinco soldados afirmó que, además de tener relaciones sexuales con prostitutas, tenía una novia (a menudo camareras o “chicas de la cerveza” que realizan la promoción de diversas marcas de esa bebida en restaurantes y clubes nocturnos). Tanto las “chicas de la cerveza” como los soldados que van con ellas establecen una distinción entre el tipo de relación que tienen entre ellos y el comercio sexual en un prostíbulo, por lo que el uso de preservativos con esas amigas es desastrosamente bajo (tan sólo un 8%). Sin embargo, más del 20% de las “chicas de la cerveza” dieron resultados positivos para el VIH en 1998.

Con objeto de reducir los comportamientos de riesgo y las nuevas infecciones, el ejército de Camboya está capacitando a un cierto número de soldados con respecto al VIH y otras ETS y les ha proporcionado apoyo para que difundan el mensaje de prevención a otros. Este sistema, denominado educación entre compañeros, funciona bien en el ejército porque, como afirmó un

oficial, “los soldados viven, luchan y mueren juntos. Tienen los mismos problemas y los mismos hábitos. No son intelectuales, sino personas muy pragmáticas que son capaces de seguir el ejemplo de otros.”

Aunque estamos todavía al comienzo del programa de educación entre compañeros, existen ya datos que indican que los soldados de Camboya están reduciendo su riesgo de infección por el VIH. El uso de preservativos por parte de los soldados en los prostíbulos es ahora del 63% -un 16% más que en 1997-, y las visitas a los prostíbulos en el mes anterior a la encuesta se redujeron en un 40%, un cambio notable en un solo año.

❒ Propagación debida al estigma: vergüenza, silencio y negación

Resulta difícil medir el estigma asociado al SIDA: las personas infectadas por el VIH lo perciben en una mirada de menosprecio en el supermercado, en la negativa de la familia o los amigos a visitarles, cuidarles o incluso tocarles, en el maltrato de sus hijos o en la pérdida de su trabajo por un pretexto banal. Pero el estigma constituye un obstáculo muy real tanto para la prevención como para la asistencia. En muchos de los países más gravemente afectados, los funcionarios de la administración y los ciudadanos ordinarios (incluyendo los más afectados por la epidemia) a menudo continúan rehuyendo la cuestión a causa del rechazo, la discriminación y la vergüenza que se asocian al SIDA.

El estigma y el temor que engendra intensifican la propagación del VIH, puesto que las personas que en el pasado han tenido un comportamiento de riesgo pueden ser reacias a modificarlo porque temen que el cambio sea interpretado como su reconocimiento de que están infectados. El temor a admitir la infección por el VIH puede hacer que un hombre casado no plantee el uso del preservativo con su esposa. El temor a hacer público su estado con respecto al VIH puede hacer que una mujer infectada no utilice leche artificial para alimentar a su recién nacido con objeto de evitar la transmisión del virus a través de la leche materna.

El estigma asociado al VIH afecta a ambos sexos. Sin embargo, las consecuencias pueden ser más graves en las mujeres, que corren el riesgo de ser golpeadas e incluso echadas de casa por su marido si se descubre que están afectadas. Eso es cierto aun en el caso de que el marido haya sido el origen de la infección de la mujer. A una mujer infectada por el VIH se la puede culpar de la muerte de sus hijos y se le puede negar la asistencia.

En los lugares donde la vergüenza y el estigma son la regla general, muchas personas simplemente no quieren saber si están infectadas por el VIH, a pesar de que se les ofrezcan asesoramiento y pruebas de detección del virus. Y la pequeña minoría de personas que saben cuál es su estado con respecto al VIH rara vez lo comunican a otras, ni siquiera en grupos de apoyo confidenciales. Por ejemplo, en la ciudad de Mutare (Zimbabwe), los datos de vigilancia indican que cerca del 40% de las mujeres embarazadas están infectadas por el VIH, y probablemente el grado de infección de los hombres es similar. Es probable que en Mutare haya 30 000 adultos que vivan con el VIH. Sin embargo, en la ciudad sólo existe un grupo de apoyo frente al VIH que tiene únicamente 70 miembros. Son muchas más las personas que saben que están infectadas por el VIH o temen estarlo: algunas de ellas encontrarán apoyo en sus parejas o en sus familias, pero muchas afrontarán solas las consecuencias de la infección.

"El VIH/SIDA está entre nosotros"

Sudáfrica, nación a la que en 1998 se atribuyó casi 1 de cada 10 nuevos casos de infección por el VIH ocurridos en todo el mundo, es el último país que ha venido a engrosar las filas de quienes intentan romper el manto de estigma y aportar algo de luz sobre el desastre humano del SIDA.

"Como nación, durante demasiado tiempo hemos cerrado los ojos ante la realidad, con la esperanza de que la verdad no fuera tan cruda," dijo a sus conciudadanos el Vicepresidente de Sudáfrica Thabo Mbeki, el pasado mes de octubre.. "A veces no sabíamos que estábamos enterrando a personas que habían fallecido por el SIDA. Otras veces lo sabíamos, pero preferimos permanecer callados."

"[Ahora] nos enfrentamos con el peligro de que la mitad de nuestros jóvenes no lleguen a la edad adulta. Su educación habrá sido desperdiciada," afirmó Mbeki. "La economía retrocederá. Habrá un gran número de personas enfermas cuya salud no será posible mantener. Nuestros sueños como pueblo quedarán hechos añicos."

En un llamamiento a los sudafricanos para que modifiquen "la forma en que vivimos y la forma en que amamos", Mbeki defendió la abstención, la fidelidad y el uso de los preservativos, y recomendó una actitud de atención y no discriminatoria ante quienes ya están infectados o afectados por el VIH. El mensaje se televisó a toda la nación y se recomendó en todas partes que se dejara de trabajar para escucharlo. Muchas empresas privadas dieron un día de descanso a sus trabajadores. En los edificios oficiales las banderas ondearon a media asta y los líderes religiosos, de organizaciones juveniles, sindicales y de mujeres, así como personas destacadas en el mundo de los negocios, dieron su apoyo a la Asociación del Presidente contra el SIDA

A pesar de que las personas con el VIH enfermen y mueran es posible que continúe reinando el silencio. Como el SIDA es tan sólo el nombre de un conjunto de enfermedades que presentan las personas con una inmunodeficiencia, los pacientes y quienes les cuidan pueden optar por considerar la enfermedad tan sólo como una tuberculosis, una diarrea o una neumonía. Un ejemplo de la parte del sur de África es revelador en este sentido. En un estudio de programas de asistencia de base domiciliaria, menos de 1 de cada 10 personas que atendían a pacientes infectados por el VIH en el hogar reconocieron que las personas a su cargo sufrían un SIDA. Por lo que respecta a los pacientes, la probabilidad de aceptación de su estado era tan sólo ligeramente superior, y algunos de ellos dijeron a los investigadores que no habían revelado su seropositividad a nadie, ni siquiera a la persona que les cuidaba. Este silencio autoimpuesto es muy duro para el paciente. También puede serlo para quien le cuida, en especial cuando se trata de niños o adolescentes. Si no saben que su padre o la persona amada sufre una enfermedad mortal, no pueden prepararse para la muerte y reconocer que se producirá de manera inevitable por mucho que se esfuercen en los cuidados. En consecuencia, las personas que cuidan al enfermo corren el riesgo de tener un sentimiento de fracaso, además de los de duelo y pérdida.

En algunos países, los líderes se han manifestado de manera firme, clara e insistente acerca del SIDA, han intentado desmitificarlo y han estimulado el debate sobre unas relaciones sexuales seguras, desde la clase hasta la sala de juntas. Es en estos países (de los que Uganda constituye probablemente el ejemplo mejor conocido en el mundo en desarrollo) en donde se han realizado mayores progresos no sólo para contener las nuevas infecciones sino también para garantizar el bienestar de las personas que viven ya con el virus.

Nota sobre las estimaciones del ONUSIDA/OMS

Las estimaciones sobre el VIH y el SIDA que aparecen en el presente documento se basan en la información disponible en la actualidad para el ONUSIDA y la OMS. Son estimaciones provisionales. La OMS y el ONUSIDA, juntamente con expertos de los programas nacionales del SIDA y de centros de investigación, revisa periódicamente esas estimaciones con objeto de actualizarlas a medida que se dispone de un mejor conocimiento de la epidemia y que se hacen progresos en los métodos de obtención de datos.

Así pues, el conocimiento de la epidemia mejora no solamente en función de la disponibilidad de mejor información sobre la propagación del VIH (por ejemplo, a través de una vigilancia centinela más representativa), sino también a medida que se aprende más sobre los factores que favorecen o contienen la propagación del virus (por ejemplo, la historia natural de la infección en distintas partes del mundo, el impacto de la infección por el VIH en la fecundidad, y las consecuencias del tratamiento mejorado). Esos conocimientos mejorados, juntamente con los progresos metodológicos, proporcionan la base para las estimaciones actualizadas de la incidencia y la prevalencia del VIH, así como de la mortalidad por ese virus.

A causa de esos factores, las estimaciones correspondientes a 1998 no se pueden comparar directamente con las de 1997 o de años precedentes, ni con las que pudieran publicarse de forma subsiguiente. Si bien se basan en gran parte en los modelos específicos de país preparados para las estimaciones del año pasado y aparecidos en la publicación conjunta ONUSIDA/OMS *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA – Junio de 1998*, las estimaciones de 1998 reflejan los ajustes por exceso y por defecto que se hicieron para muchos países teniendo en cuenta la información actualizada.

El objetivo de la publicación de estas estimaciones es ayudar a los gobiernos, a las organizaciones no gubernamentales y a otros organismos que se esfuerzan por mantener el SIDA bajo control, a evaluar la situación de la epidemia en sus países y a vigilar la eficacia de los considerables esfuerzos de todas las partes en materia de prevención y tratamiento.

---

*Para obtener más información diríjase a Anne Winter, ONUSIDA, Ginebra, (+41 22) 791. 4577, teléfono móvil, (+41 79) 213.4312, Lisa Jacobs, ONUSIDA, Ginebra, (+41 22) 791.3387 o en Internet (*http://www.unaids.org*).*

Estimaciones mundiales a fines de 1998
Adultos y niños

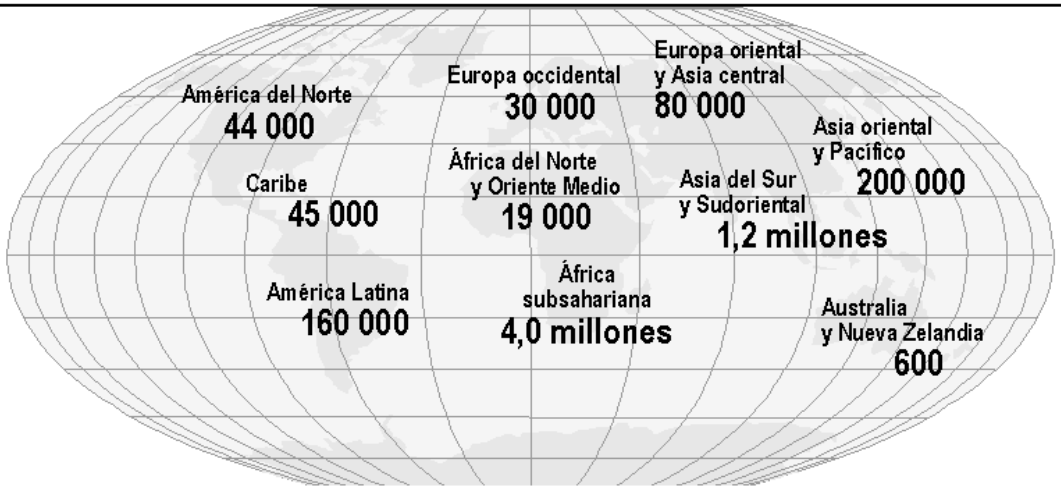
- Personas que viven con el VIH/SIDA ..... **33,4 millones**
- Nuevas infecciones por el VIH en 1998 ..... **5,8 millones**
- Defunciones por causa del VIH/SIDA en 1998 ..... **2,5 millones**
- Número acumulativo de defunciones ..... **13,9 millones** por causa del VIH/SIDA

ONUSIDA

WAD-SP 1998

Organización Mundial de la Salud

Número estimado de casos nuevos de infección por el VIH en adultos y niños en 1998



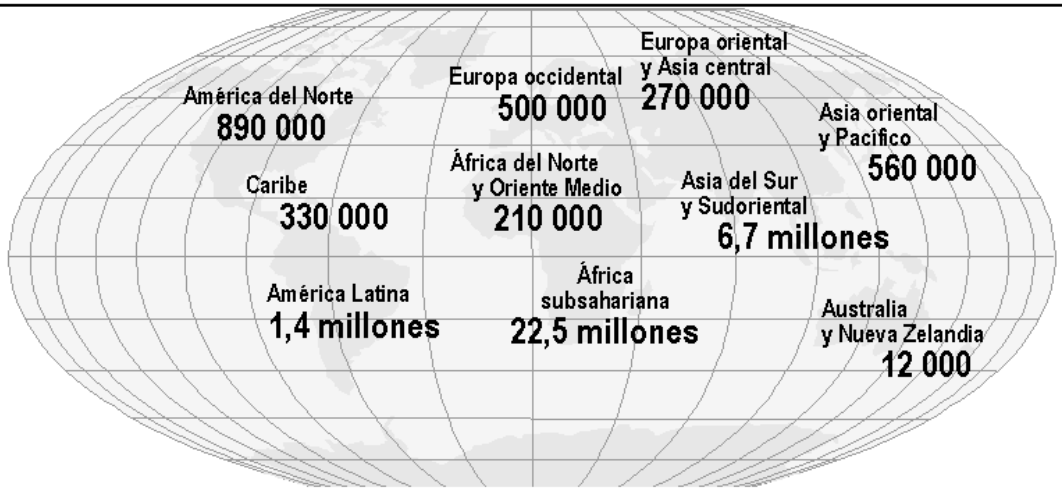
Total: 5,8 millones

ONUSIDA

WAD-SP 1998

Organización Mundial de la Salud

Número estimado de adultos y niños viviendo con el VIH/SIDA a fines de 1998



Total: 33,4 millones

WAD-SP 1998

ONUSIDA

Organización Mundial de la Salud

Número estimado de casos nuevos de infección por el VIH en jóvenes

- Cada día aproximadamente 7 000 jóvenes de 10 a 24 años de edad se infectan por el VIH, es decir, cinco jóvenes cada minuto
- En África, todos los años se infectan por el VIH aproximadamente 1,7 millones de jóvenes
- En Asia y el Pacífico, todos los años se infectan por el VIH cerca de 700 000 jóvenes

WAD-SP 1998

ONUSIDA

Organización Mundial de la Salud