

# Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA

*Diciembre de 2001*



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA  
**ONUSIDA**  
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID • OIT  
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL



Organización Mundial  
de la Salud

© ONUSIDA / OMS – 2000  
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)  
Organización Mundial de la Salud (OMS)

---

ONUSIDA/01.76S WHO/CDS/CSR/NCS/2001.2  
(versión española, diciembre de 2001)  
ISBN 92-9173-134-X

---

Versión original inglesa, UNAIDS/01.74E, diciembre de 2001 :  
*AIDS Epidemic Update December 2001*  
Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS) 2001. Reservados todos los derechos. El presente documento, que no es una publicación oficial del ONUSIDA o de la OMS, 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 y de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el ONUSIDA o la OMS los aprueben o recomienden con preferencia a otros análogos.

Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

ONUSIDA - 20 avenue Appia - 1211 Ginebra 27 - Suiza  
Teléfono: (+41 22) 791 46 51 - Fax: (+41 22) 791 41 87  
Dirección electrónica: [unaids@unaids.org](mailto:unaids@unaids.org) - Internet: <http://www.unaids.org>

# ÍNDICE

---

RESUMEN MUNDIAL DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA, DICIEMBRE DE 2001	1
PANORAMA GENERAL	2
Un mayor compromiso	4
El peligro del exceso de confianza	5
Recuperar el futuro	7
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	10
ASIA Y EL PACÍFICO	13
ÁFRICA SUBSAHARIANA	17
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE	20
LOS PAÍSES DE INGRESOS ELEVADOS	21
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	23
MAPAS	
Estimaciones mundiales a fines de 2001 : adultos y niños	26
Número estimado de adultos y niños viviendo con el VIH/SIDA a fines de 2001	27
Número estimado de casos nuevos de infección por el VIH en adultos y niños en 2001	28
Número estimado de defunciones causadas por el VIH/SIDA en adultos y niños durante 2001	29





# RESUMEN MUNDIAL DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA, DICIEMBRE DE 2001

---

Personas que viven con el VIH/SIDA	Total	40 millones
	Adultos	37,2 millones
	<i>Mujeres</i>	17,6 millones
	Menores de 15 años	2,7 millones

---

Nuevas infecciones por el VIH en 2001	Total	5 millones
	Adultos	4,3 millones
	<i>Mujeres</i>	1,8 millones
	Menores de 15 años	800 000

---

Defunciones causadas por el SIDA en 2001	Total	3 millones
	Adultos	2,4 millones
	<i>Mujeres</i>	1,1 millones
	Menores de 15 años	580 000

---

## PANORAMA GENERAL

---

Veinte años después de la notificación de la primera prueba clínica del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), esa enfermedad ha pasado a ser la más devastadora que jamás haya afrontado la humanidad. Desde que comenzó la epidemia, más de 60 millones de personas se han infectado por el VIH, y el SIDA ha pasado a ser la principal causa de mortalidad en África subsahariana. En todo el mundo, es la cuarta causa de mortalidad.

Se estima que al final de 2001 en todo el planeta había 40 millones de personas viviendo con el VIH. En muchas partes del mundo en desarrollo, la mayoría de las nuevas infecciones se producen en adultos jóvenes, siendo particularmente vulnerables las mujeres jóvenes. Cerca de una tercera parte de las personas que actualmente viven con el VIH/SIDA tienen entre 15 y 24 años de edad. En su mayor parte no saben que son portadoras del virus. Muchos otros millones de personas no saben nada o saben muy poco acerca del VIH para protegerse a sí mismas contra él.

---

### EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL SIGUEN CON EL CRECIMIENTO MÁS RÁPIDO

Europa oriental –particularmente la Federación de Rusia– sigue teniendo la epidemia de crecimiento más rápido en el mundo, con un aumento brusco en el número de nuevas infecciones por el VIH. En 2001, en esa región se estima que se produjeron 250 000 nuevas infecciones, de modo que el número de personas que viven con el VIH alcanzó la cifra de un millón. Habida cuenta de las elevadas proporciones de otras infecciones de transmisión sexual, y de las elevadas tasas de consumo de drogas intravenosas entre los jóvenes, presumiblemente la epidemia aumentará considerablemente.

### ASIA Y EL PACÍFICO: SE REDUCEN LAS POSIBILIDADES

En Asia y el Pacífico, se estima que en la actualidad hay 7,1 millones de personas viviendo con el VIH/SIDA. En 2001, la epidemia se cobró 435 000 vidas en la región. Las tasas nacionales de prevalencia aparentemente bajas que presentan muchos países de la región son peligrosamente engañosas. Ocultan epidemias localizadas en diferentes zonas, incluidos algunos de los países más poblados del mundo. Existe una grave amenaza de epidemias importantes y generalizadas. No obstante, como han mostrado Camboya y Tailandia, los programas de prevención en gran escala establecidos prontamente pueden mantener a raya la epidemia. En Camboya, los esfuerzos concertados,

impulsados por un liderazgo político y un compromiso público firmes, redujeron la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas en cerca de una tercera parte desde 1997, pasando a ser del 2,3% al final de 2000.

### ÁFRICA SUBSAHARIANA: AUMENTA LA CRISIS

En 2001, el SIDA quitó la vida a 2,3 millones de africanos. Los 3,4 millones de nuevas infecciones por el VIH estimadas en África subsahariana el año pasado significan que ahora hay 28,1 millones de africanos que viven con el virus. Sin el tratamiento y la asistencia adecuados, la mayoría de ellos no sobrevivirán más allá del próximo decenio. Recientes datos de dispensarios prenatales ponen de manifiesto que algunas partes de África austral han alcanzado el nivel de Botswana, con tasas de prevalencia entre las mujeres embarazadas superiores al 30%. En África occidental, por lo menos cinco países sufren epidemias graves, con una prevalencia del VIH entre adultos de más del 5%. Sin embargo, la prevalencia del VIH entre adultos sigue reduciéndose en Uganda, mientras que en algunas partes del continente existen indicios de que la prevalencia entre los jóvenes (particularmente las mujeres) está descendiendo.

### ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE: UNA PROPAGACIÓN LENTA PERO ACUSADA

En Oriente Medio y África del Norte, el número de personas que viven con el VIH alcanza la cifra ahora de 440 000. El progreso

## Estadísticas y características regionales del VIH/SIDA, diciembre de 2001

Región	Inicio de la epidemia	Adultos y niños que viven con el VIH/SIDA	Adultos y niños infectados por el VIH	Prevalencia entre adultos*	Porcentaje de los adultos VIH-positivos que son mujeres	Principales modalidades de transmisión #
África subsahariana	finales de los 70 comienzos de los 80	28,1 millones	3,4 millones	8,4%	55%	Hetero
África del Norte y Oriente Medio	finales de los 80	440 000	80 000	0,2%	40%	Hetero, CDI
Asia meridional y sudoriental	finales de los 80	6,1 millones	800 000	0,6%	35%	Hetero, CDI
Asia oriental y Pacífico	finales de los 80	1 millón	270 000	0,1%	20%	CDI, Hetero, VSV
América Latina	finales de los 70 comienzos de los 80	1,4 millones	130 000	0,5%	30%	VSV, CDI, Hetero
Caribe	finales de los 70 comienzos de los 80	420 000	60 000	2,2%	50%	Hetero, VSV
Europa oriental y Asia central	comienzos de los 90	1 millón	250 000	0,5%	20%	CDI
Europa occidental	finales de los 70 comienzos de los 80	560 000	30 000	0,3%	25%	VSV, CDI
América del Norte	finales de los 70 comienzos de los 80	940 000	45 000	0,6%	20%	VSV, CDI, Hetero
Australia y Nueva Zelanda	finales de los 70 comienzos de los 80	15 000	500	0,1%	10%	VSV
<b>TOTAL</b>		<b>40 millones</b>	<b>5 millones</b>	<b>1,2%</b>	<b>48%</b>	

\* La proporción de adultos (15 a 49 años de edad) que viven con el VIH/SIDA en 2001, basándose en las cifras demográficas de 2001.

# VSV: varones que tienen relaciones sexuales con varones; CDI: a través del consumo de drogas intravenosas; Hetero: heterosexual.

de la epidemia es más acusado en países (como Djibouti, Somalia y el Sudán) que ya están viviendo emergencias complejas. Si bien la prevalencia del VIH sigue siendo baja en la mayor parte de los países de la región, se está detectando un creciente número de infecciones por el VIH en diversos países, como es el caso de la República Islámica del Irán, la Jamahiriya Árabe Libia y el Pakistán.

### PAÍSES DE INGRESOS ELEVADOS: LA AMENAZA DE UNA EPIDEMIA RESURGENTE

En los países de ingresos elevados, donde en 2001 más de 75 000 personas contrajeron el VIH, pende también la amenaza de desarrollarse una epidemia más importante. En la actualidad el total de personas que viven con el VIH/SIDA en esos países es de 1,5 millones. Los recientes progresos alcanzados en el tratamiento y la

atención en esos países no se corresponden de forma congruente con suficientes progresos en el frente de la prevención. Han aparecido nuevos indicios del aumento de las tasas de infección por el VIH en América del Norte, algunas partes de Europa y Australia. Las relaciones sexuales peligrosas, que se manifiestan en brotes epidémicos de infecciones de transmisión sexual, y el consumo generalizado de drogas intravenosas están propulsando esas epidemias, que al mismo tiempo se están desplazando más hacia las comunidades desfavorecidas.

### AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DIVERSAS EPIDEMIAS

Se calcula que en América Latina y el Caribe, una región que está sufriendo diversas epidemias, hay 1,8 millones de adultos y niños que están viviendo con el VIH. Con una

prevalencia promedio del VIH en adultos de cerca del 2%, el Caribe es la segunda región más afectada en el mundo. Pero las tasas nacionales de prevalencia del VIH relativamente bajas en la mayor parte de los países de América del Sur y Central ocultan el hecho de que la epidemia ya se ha instalado firmemente entre grupos de población específicos. Esos países pueden evitar epidemias de mayor envergadura intensificando sus respuestas inmediatamente.

## UN MAYOR COMPROMISO

Es necesario establecer iniciativas de prevención, tratamiento y atención más amplias y más eficaces. Durante el año 2001, la determinación para poner en juego esos esfuerzos pasó a ser más firme que nunca.

El periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA celebrado en junio de 2001 hizo historia con la adopción de un marco de trabajo para la gestión responsable nacional e internacional de la lucha contra la epidemia. Todos los gobiernos se comprometieron a perseguir una serie de múltiples metas de referencia relativas a la prevención, asistencia, apoyo y tratamiento, así como a la reducción del impacto y a los niños huérfanos y en situación vulnerable por causa del VIH/SIDA, como parte de una respuesta integral al SIDA. Entre esas metas figuran las siguientes:

- Reducir la infección por el VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad en los países más afectados en un 25% para el año 2005 y, mundialmente, para 2010;
- Para 2005, reducir el número de lactantes infectados por el VIH en un 20%, y para 2010 en un 50%;
- Para 2003, desarrollar estrategias nacionales para fortalecer los sistemas de atención de salud y abordar los factores que afectan el suministro de medicamentos relacionados con el VIH, incluidas la accesibilidad financiera y la fijación de precios de esos medicamentos. Además, realizar urgentemente los esfuerzos necesarios para asegurar las normas de calidad más altas posibles en el tratamiento

del VIH/SIDA, incluida la terapia antirretrovírica proporcionada en forma cuidadosa y vigilada para reducir el riesgo de desarrollo de farmacorresistencia;

- Para 2003, elaborar y para 2005, poner en práctica estrategias nacionales para proporcionar un entorno de apoyo a los niños huérfanos y a las niñas y niños infectados y afectados por el VIH/SIDA;
- Para 2003, establecer estrategias que comiencen a abordar los factores que hacen particularmente vulnerables a la infección por el VIH a las personas, entre ellos el subdesarrollo, la falta de seguridad económica, la pobreza, la falta de potenciación del papel de la mujer, la falta de educación, la exclusión social, el analfabetismo, la discriminación, la falta de información y/o de productos básicos para protegerse, y todo tipo de explotación sexual de la mujer, las niñas y los niños.
- Para 2003, desarrollar estrategias multisectoriales para abordar el impacto de la epidemia de VIH/SIDA en los planos individual, familiar, comunitario y nacional.

De forma creciente, otras partes interesadas, entre las que figuran organizaciones no gubernamentales y empresas privadas de todo el mundo, están haciendo patente su determinación para dar un fuerte impulso a esos esfuerzos.

Se están preparando nuevos recursos para cubrir los gastos a los niveles necesarios, que el ONUSIDA estima en US\$ 7-10 mil millones anuales en los países de ingresos bajos y medianos. El fondo mundial propuesto por Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas, ha atraído cerca de US\$ 1,5 mil millones en promesas de contribuciones. Además, el Banco Mundial está planeando nuevos importantes préstamos en 2002 y 2003 para el VIH/SIDA, con una equivalencia en subsidios de más de US\$ 400 millones anuales. Mientras tanto, crece el número de países que están dando un mayor impulso a sus asignaciones presupuestarias nacionales para la respuesta al SIDA. Algunos “países menos desarrollados” han recibido o están a la espera de recibir una

reducción de su deuda que podría ayudarlos a aumentar su desembolso para el VIH/SIDA.

Un mayor número de empresas privadas también está intensificando sus esfuerzos. Orientar apropiadamente algunas de sus intervenciones es un nuevo código internacional de conducta sobre el SIDA y el lugar de trabajo, ratificado este mismo año por los Estados Miembros de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). (Hay que señalar aquí que la OIT ha pasado a ser recientemente la octava organización copatrocinadora del ONUSIDA.)

El desafío ahora es consolidar el compromiso de nueva fundación y convertirlo en una acción sostenida, tanto en los países y regiones que están ya muy afectados como en los que la epidemia empezó más tarde pero está cobrando fuerza.

## EL PELIGRO DEL EXCESO DE CONFIANZA

---

La diversidad que presenta la propagación del VIH en el mundo es impresionante. Pero en muchas regiones del mundo, la epidemia de VIH/SIDA está aún en sus primeras fases. Si bien a finales de 1999 en África subsahariana hubo 16 países que notificaron una prevalencia general del VIH en adultos de más del 10%, en otros 119 países del mundo esa tasa aún no alcanzaba el 1%.

No obstante, las tasas nacionales de prevalencia bajas pueden ser muy engañosas. A menudo ocultan graves epidemias que inicialmente se concentran en algunas localidades o en grupos de población específicos y que amenazan con propagarse a la población general.

En Myanmar, por ejemplo, la prevalencia nacional se ha situado en el 2%. Sin embargo, se han registrado tasas nacionales del VIH de por lo menos el 60% entre los consumidores de drogas intravenosas y de casi el 40% entre los profesionales del sexo. Además, en países grandes y muy poblados, como es el caso de China, la India e Indonesia (donde una sola provincia o estado a menudo tienen más habitantes que la mayor parte de los países del mundo), la prevalencia nacional no se ajusta a la realidad. Los estados indios de Maharashtra, Andhra Pradesh y Tamil Nadu (cada uno de ellos

con por lo menos 55 millones de habitantes) han registrado tasas de prevalencia del VIH de más del 2% entre las mujeres embarazadas en uno o dos centros centinela y de más del 10% entre los pacientes con infecciones de transmisión sexual: unas tasas mucho más elevadas que el promedio nacional, que no alcanza el 1%. En los lugares donde no se realizan esfuerzos de prevención vigorosos hay un margen considerable para la propagación más amplia del VIH. Incluso en la región de Asia y el Pacífico, que alberga aproximadamente al 60% de la población mundial, donde las tasas de prevalencia no alcanzan el 1% o el 2%, la falta de esos esfuerzos podría hacer que el número de personas que viven con el VIH/SIDA aumente bruscamente.

En algún momento de la historia de sus epidemias, todos los países han tenido una prevalencia baja. La prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas que en 1990 acudieron a dispensarios prenatales en Sudáfrica era inferior al 1% (casi un decenio después del diagnóstico del primer caso de infección por el VIH en ese país en 1982). No obstante, un decenio más tarde, el país está experimentando una de las epidemias con crecimiento más rápido en el mundo, con una prevalencia entre las mujeres embarazadas del 24,5% a finales de 2000.

Los lugares con una prevalencia baja presentan dificultades especiales. Al mismo tiempo, ofrecen oportunidades para prevenir cifras importantes de infecciones futuras. Actualmente estamos presenciando epidemias que emergen rápidamente en países que anteriormente presentaban tasas de infección por el VIH relativamente bajas, una prueba de que la epidemia puede surgir veloz e inesperadamente, y de que no hay ninguna sociedad inmune. En Indonesia, donde hasta hace muy poco las tasas de infección registradas eran insignificantes (incluso entre algunos grupos de alto riesgo), hay nuevos indicios de aumentos impresionantes en las tasas de infección por el VIH. La prevalencia ha aumentado de forma significativa entre las mujeres profesionales del sexo en tres ciudades situadas en extremos opuestos del archipiélago indonesio, con aumentos similares también evidentes en otros lugares. En 2000, la prevalencia del VIH entre las mujeres que trabajaban en salones de masajes en la capital, Yakarta, era del 18%. La prevalencia actual del VIH entre los donantes

de sangre se ha multiplicado por diez desde 1998 (véase la figura 1). En todas partes, las epidemias más arraigadas podrían hallarse al borde de propagarse más rápidamente y con mayor amplitud. Nepal y Viet Nam, por ejemplo, han registrado acusados aumentos de la infección por el VIH en años recientes, mientras que en China —que alberga a una quinta parte de la población mundial— el virus parece desplazarse hacia nuevos grupos de población.

También en otras zonas del planeta se está agotando rápidamente el tiempo si se quieren evitar epidemias de SIDA mucho mayores. En la Federación de Rusia, por ejemplo, en 1991 solamente se diagnosticaron 523 infecciones por el VIH. Un decenio más tarde, esa cifra había subido a más de 129 000 casos. En un país donde el consumo de drogas intravenosas entre los jóvenes es corriente (y en el cual hay elevados niveles de infecciones de transmisión sexual en la población en general), existe la necesidad urgente de actuar para evitar un número mayor aún de nuevas infecciones.

#### PREVENCIÓN INMEDIATA Y ORIENTADA

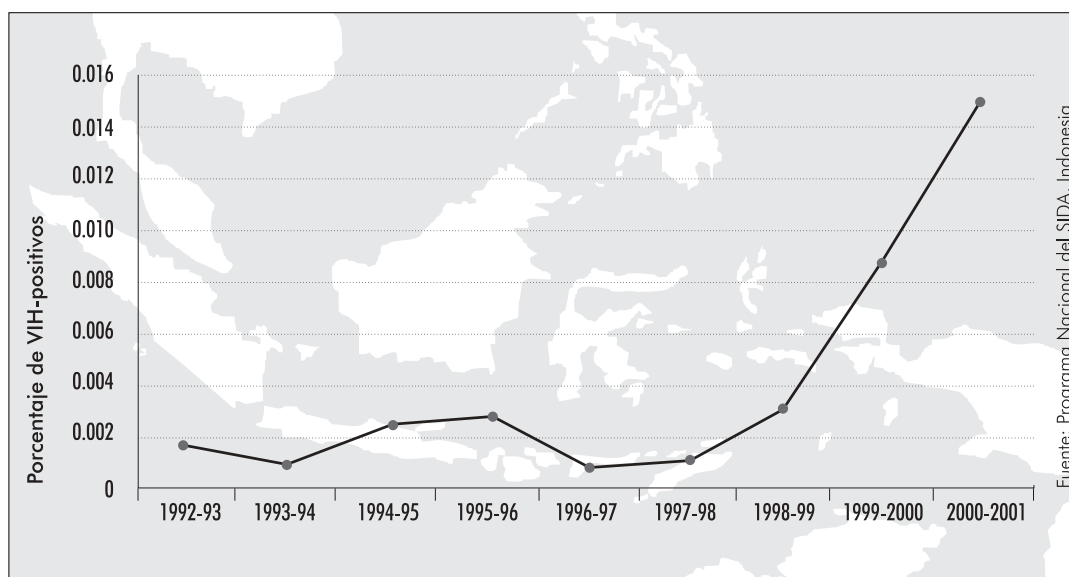
Los países que aún presentan bajos niveles de infección por el VIH deberían prevenir la propagación potencial de la epidemia en lugar de contentarse con las tasas de infección actuales. La clave del éxito en los lugares con baja prevalencia donde el VIH no es todavía un riesgo

para la población en general es hacer posible que los grupos más vulnerables adopten comportamientos sexuales y de inyección de drogas más seguros, interrumpir la propagación del virus dentro de esos grupos y entre ellos, y ganar tiempo para reforzar la capacidad de la población general de protegerse a sí misma contra el virus.

Esto significa, en primer lugar, determinar qué grupos de población corren mayor riesgo de infectarse y, en segundo lugar, reunir la voluntad política para protegerlos contra la epidemia. Al mismo tiempo, es vital hacer desaparecer el estigma y la culpa que tan a menudo acompañan a los grupos vulnerables y aumentar el conocimiento y la comprensión de la epidemia por parte del público general.

Los jóvenes son una prioridad en este frente. Tras 20 años de epidemia, millones de jóvenes saben muy poco, si acaso saben algo, acerca del VIH/SIDA. De acuerdo con el UNICEF, más del 50% de los jóvenes (entre 15 y 24 años de edad) en más de una docena de países, entre los que se incluyen Bolivia, Botswana, Côte d'Ivoire, República Dominicana, Ucrania, Uzbekistán y Viet Nam, no han oído nunca hablar del SIDA o tienen graves ideas erróneas sobre cómo se transmite el VIH. Proporcionar a la gente joven información correcta y aptitudes para la vida es un requisito previo para el éxito de cualquier respuesta al SIDA.

Figura 1. Prevalencia del VIH en las donaciones de sangre en Indonesia, 1992-2001



## RECUPERAR EL FUTURO

El impacto de la epidemia de SIDA se hace sentir cada vez más en un mayor número de países del mundo. África austral sigue siendo la región más afectada, con unas tasas de prevalencia entre adultos siempre al alza en diversos países. Pero también en otras partes, en países que a menudo ya están doblegados por el peso de enormes problemas socioeconómicos, el SIDA pone en peligro el bienestar social, el progreso del desarrollo y la estabilidad social en una escala sin precedentes.

La epidemia de SIDA tiene una profunda repercusión en el crecimiento, los ingresos y la pobreza. Se estima que en la mitad de los países de África subsahariana el crecimiento per cápita anual se está reduciendo en un 0,5-1,2% como resultado directo del SIDA. Para 2010, en algunos países más afectados el producto interno bruto (PIB) per cápita puede descender en un 8% y el consumo por habitante puede reducirse aún más. Los cálculos indican que para 2020 los países gravemente afectados pueden perder más del 20% del PIB. Empresas de todo tipo se enfrentan con costos más elevados en la capacitación, los seguros, las prestaciones, el absentismo y la enfermedad. Un estudio de 15 empresas en Etiopía ha revelado que, en un periodo de cinco años, el 53% de todas las enfermedades que sufrió su personal estaba relacionado con el SIDA.

### CICLOS DEVASTADORES

La epidemia está impulsando un implacable ciclo de empobrecimiento, y se ha erigido en índice de las injusticias sociales y económicas existentes. Las personas de todos los niveles de ingresos son vulnerables al impacto económico del VIH/SIDA, pero los pobres sufren más agudamente. En Botswana, donde la prevalencia del VIH entre adultos es de más del 35%, es previsible que dentro de los próximos 10 años una cuarta parte de las familias pierda a un sostén económico. Se prevé un rápido incremento en el número de familias muy pobres e indigentes. Es probable que los ingresos familiares per cápita de esa cuarta parte de hogares más pobres descendan en un 13%, mientras que es previsible que cada sostén familiar perteneciente a esa categoría adopte

cuatro personas dependientes más como consecuencia del VIH/SIDA.

En África subsahariana, las penurias económicas de los dos pasados decenios han dejado a las tres cuartas partes de la población del continente sobreviviendo con menos de US\$ 2 diarios. La epidemia está agravando su situación crítica. De forma general, esta mayoría pobre tiene un acceso limitado a los servicios sociales y sanitarios, en particular en países donde los servicios públicos se han visto reducidos y donde los servicios privatizados son inaccesibles financieramente.

En las zonas gravemente afectadas, las familias se enfrentan a la situación reduciendo su consumo de alimentos y otros gastos básicos, y por lo general venden bienes para cubrir los costos de la asistencia sanitaria y los sepelios.

Algunos estudios realizados en Rwanda señalan que, por término medio, las familias con un paciente con VIH/SIDA desembolsan anualmente 20 veces más en atención de salud que los hogares sin ningún paciente con SIDA. Tan solo una tercera parte de aquellas familias puede ingeniárselas para satisfacer esos costos suplementarios.

De acuerdo con un nuevo informe de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), siete millones de trabajadores agrícolas han fallecido por causas relacionadas con el SIDA desde 1985 y se prevé que otros 16 millones fallecerán en los próximos 20 años. En esas circunstancias, la producción agrícola –particularmente de productos de primera necesidad– no puede sostenerse. Las previsiones de hambruna y escasez de alimentos generalizadas son reales. Se estima que alrededor del 20% de las familias rurales en Burkina Faso han reducido su trabajo agrícola o incluso han abandonado sus tierras por causa del SIDA. En Tailandia, las familias rurales están viendo reducirse a la mitad su producción agrícola. En el 15% de esos casos, los niños dejan la escuela para ocuparse de miembros de la familia enfermos y para recuperar la pérdida de ingresos. En casi todas partes, las cargas suplementarias de la atención y el trabajo recaen sobre la mujer, en particular de las jóvenes y las mayores.

A menudo las familias sacan a las niñas de la escuela para que cuiden de parientes enfermos o asuman otras responsabilidades familiares, poniendo en peligro su educación y sus perspectivas futuras. En Swazilandia, la matriculación escolar se ha reducido en un 36% por causa del SIDA, siendo las niñas las más afectadas. Es indispensable hacer posible que los jóvenes –particularmente las niñas- vayan a la escuela y, a ser posible, que terminen su escolarización. Los sistemas de enseñanza primaria gratuita universal de Sudáfrica y Malawi señalan el camino. Los planes para ofrecer una segunda oportunidad de escolarización a las muchachas son otra opción.

## EL DESARROLLO Y LA ESTABILIDAD ESTÁN AMENAZADOS

Por otro lado, la epidemia se está cobrando la vida de un gran número de maestros, médicos, agentes de extensión y otros recursos humanos. En algunos países, los sistemas de atención de salud están perdiendo hasta una cuarta parte del personal por causa de la epidemia. En Malawi y Zambia, por ejemplo, las tasas de defunción y enfermedad de los agentes de salud se han multiplicado por cinco o seis y han reducido el personal, con lo que ha aumentado el estrés y la carga de trabajo para el resto de los empleados.

Una elevada cifra de maestros y escolares está falleciendo o abandonando la escuela, de modo que mengua tanto la calidad como la eficacia del sistema educativo. Solamente en 1999, se estima que en África subsahariana perdieron a sus maestros unos 860 000 niños. En la República Centroafricana, el SIDA fue la causa de defunción del 85% de los 300 maestros fallecidos en 2000. A finales del decenio de 1990, la mortalidad ya había forzado a cerrar más de 100 centros educativos en ese país. En Guatemala, los estudios han puesto de manifiesto que más de un tercio de los niños huérfanos por el VIH/SIDA abandonan la escuela. En Zambia, las defunciones de maestros causadas por el SIDA equivalen a cerca de la mitad del total de nuevos maestros capacitados anualmente en el país.

La substitución de profesionales con experiencia es una prioridad urgente, en particular en los países de bajos ingresos donde los gobiernos dependen mucho de un pequeño número de

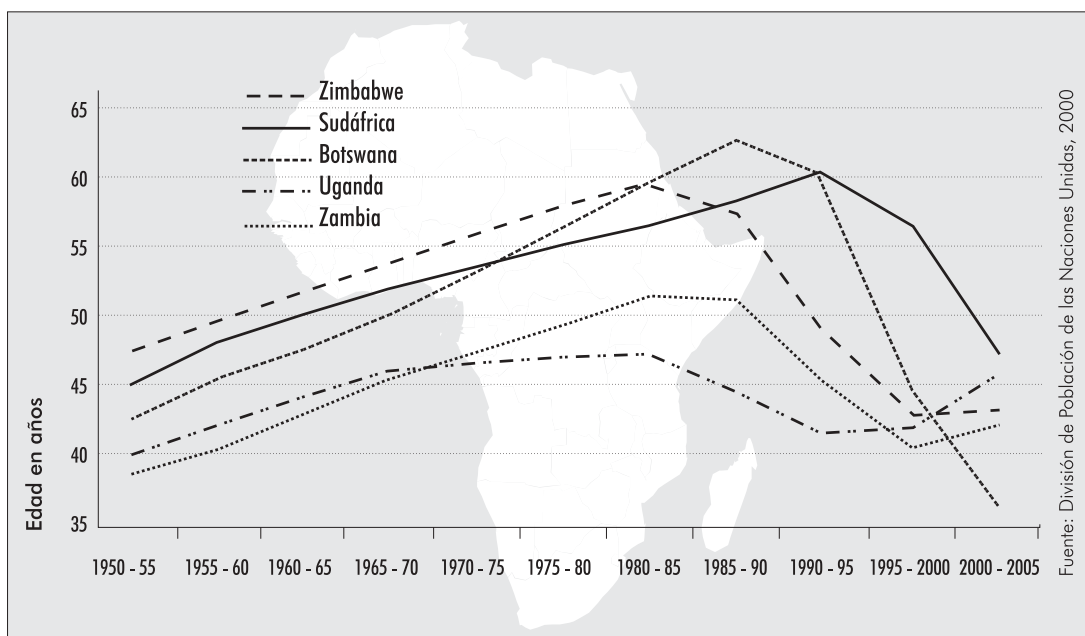
responsables de formular políticas y de gestores para la administración pública y los servicios sociales esenciales. En los países gravemente afectados, la pérdida de ese personal reduce la capacidad, a la vez que aumenta los costos del reclutamiento, capacitación, prestaciones y sustituciones. Una respuesta al SIDA satisfactoria requiere mantener los servicios públicos esenciales, como la educación, la salud, la seguridad, la justicia y las instituciones de gobierno democrático. Cada sector debe tener en cuenta el VIH/SIDA en sus propios planes de desarrollo e introducir medidas para sostener las funciones del sector público. Entre esas acciones pueden figurar la capacitación acelerada, el reclutamiento de funcionarios clave y la reasignación presupuestaria para los servicios más esenciales.

Los países que estudien sistemas innovadores de mantener y restablecer la capacidad en el gobierno estarán mejor preparados para contener la epidemia. Serán igualmente útiles los cambios en la legislación laboral y social que fomenten los derechos humanos, maneras más eficaces y equitativas de prestar servicios sociales, y programas más amplios que beneficien a los que están más afectados por la epidemia (en particular las mujeres y los huérfanos).

## AFRONTANDO LA CRISIS

En los países más afectados, se están empezando a producir descensos importantes en la esperanza de vida, los más acusados en África subsahariana, donde cuatro países –Botswana, Malawi, Mozambique y Swazilandia- han pasado a tener una esperanza de vida de menos de 40 años. Si no hubiese aparecido el VIH/SIDA, la esperanza de vida promedio en África subsahariana sería de aproximadamente 62 años, pero con la presencia del SIDA es de 47 años. En Sudáfrica, se estima que la esperanza de vida promedio es de tan solo 47 años, en lugar de 66 años en ausencia del factor SIDA (véase la figura 2). Y en Haití, ha descendido a 53 años (cuando sin el SIDA era de 59 años). Es previsible que la cifra de niños africanos que habían perdido a su madre o ambos padres por causa de la epidemia para finales de 2000 –12,1 millones pase a ser más del doble en el próximo decenio. Esos huérfanos son particularmente vulnerables a la epidemia, así como al empobrecimiento y la precariedad que produce.

Figura 2. Cambios en la esperanza de vida en determinados países africanos con elevada prevalencia del VIH, 1950-2005



A medida que nacen más niños VIH-positivos en los países más afectados, las tasas de mortalidad de niños pequeños también aumentan. Se calcula que en las Bahamas un 60% de las defunciones de niños menores de cinco años son debidas al SIDA, mientras que en Zimbabwe esa cifra es del 70%.

El acceso desigual al tratamiento financieramente asequible y a los servicios de salud adecuados es uno de los principales factores responsables de las tasas de supervivencia drásticamente diferentes entre las personas que viven con el VIH/SIDA en países y comunidades ricas y pobres. La presión pública y los compromisos con las empresas farmacéuticas auspiciados por las Naciones Unidas (a través de la Iniciativa para la Aceleración del Acceso), juntamente con la competencia con los fabricantes de medicamentos genéricos, han ayudado a conseguir rebajar los precios de los medicamentos antirretrovíricos. Pero los precios siguen siendo demasiado elevados para los presupuestos del sector público en los países de bajos ingresos, donde además las infraestructuras sanitarias son demasiado frágiles para proporcionar tratamientos que alargan la vida a los millones de personas que los necesitan.

Con el apoyo de un poderoso movimiento social, el gobierno del Brasil ha demostrado que estos obstáculos no son insuperables y que la utilización de medicamentos menos costosos puede ser un elemento importante de una respuesta satisfactoria. Además del Brasil, países como la Argentina y el Uruguay también proporcionan gratuitamente medicamentos antirretrovíricos a los pacientes con el VIH/SIDA. En África, varios gobiernos están emprendiendo programas para suministrar medicamentos similares a través de sus sistemas de salud pública, aunque por el momento en una escala reducida.

Así pues, en todos esos casos salvar el obstáculo de los precios elevados es esencial pero no suficiente. También son indispensables unos servicios de salud en funcionamiento y que sean accesibles financieramente. Se necesita un importante apoyo internacional para ayudar a los países a alcanzar ese objetivo.

## EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL

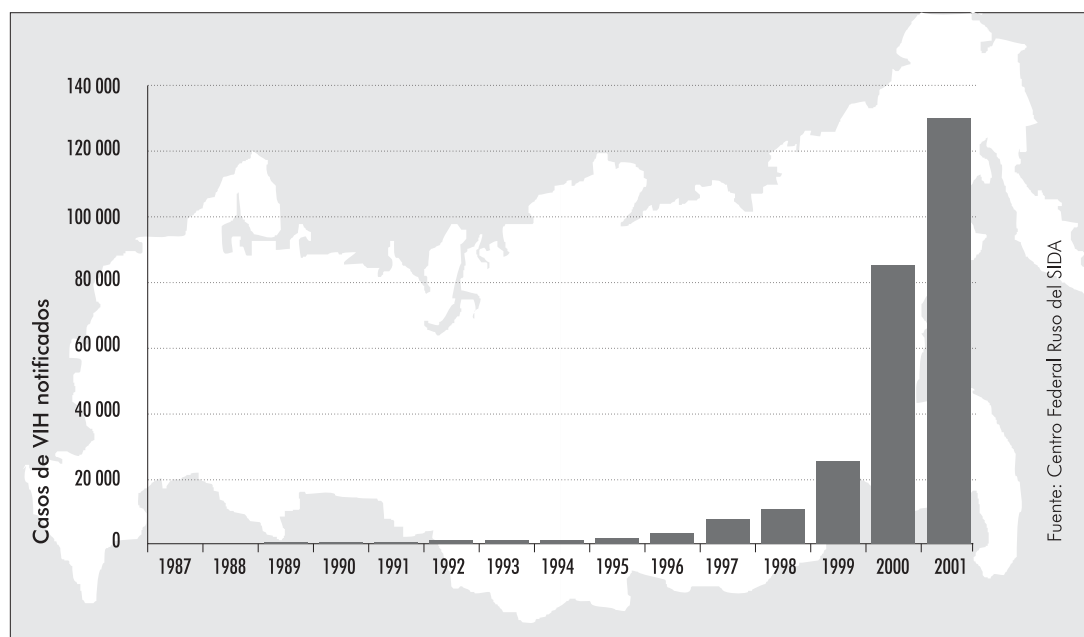
La incidencia del VIH está aumentando con más rapidez en esta región que en cualquier otra parte del mundo. En 2001 se produjeron unas 250 000 nuevas infecciones, con lo que el número de personas que vivían con el VIH aumentó a un millón.

En la Federación de Rusia, prosigue el alarmante aumento de los últimos años en las infecciones por el VIH, con nuevos diagnósticos de casos notificados multiplicándose prácticamente por dos anualmente desde 1998. En los primeros seis meses de 2001 se comunicaron más de 40 000 nuevos diagnósticos seropositivos. La cifra total de infecciones por el VIH notificadas desde el inicio de la epidemia pasó de 10 993 para fines de 1998 a más de 129 000 en junio de 2001 (véase la figura 3). Se estima que el número de personas que viven actualmente con el VIH en la Federación de Rusia es muchas veces más elevado que las cifras notificadas aquí.

Ucrania, con una prevalencia del VIH entre adultos del 1%, presenta la tasa más alta en la región. Si bien el consumo de drogas intravenosas es actualmente responsable de las tres cuartas partes de las infecciones por el VIH en Ucrania, la proporción de infecciones por el VIH transmitidas sexualmente está aumentando. En Estonia, las infecciones por el VIH notificadas han dado un salto de 12 en 1999 a 1112 en los nueve primeros meses de 2001. También se ha informado de brotes de VIH relacionado con el consumo de drogas intravenosas en diversas repúblicas de Asia central, incluidos Kazajstán y, más recientemente, Kirguistán, Tayikistán y Uzbekistán.

Teniendo en cuenta las pruebas de que disponemos actualmente, una epidemia de mayor envergadura y más generalizada es una amenaza real. No obstante, en la región la epidemia se encuentra todavía en una fase temprana y si se realizan intensos esfuerzos de

Figura 3. Número acumulativo de casos de VIH notificados en la Federación de Rusia, 1987-2001 (hasta junio de 2001)



prevención se podría contener su escala y su alcance. Esos esfuerzos requerirían una respuesta integral para reducir los comportamientos de riesgo sexual y de consumo de drogas intravenosas entre los jóvenes, así como abordar los factores socioeconómicos y de otra índole que favorecen la propagación del virus.

En la Federación de Rusia y en otras partes de la antigua Unión Soviética, la gran mayoría de los casos notificados están relacionados con el consumo de drogas intravenosas, que ha pasado a ser excepcionalmente generalizado entre los jóvenes, en particular los varones jóvenes. Se calcula que un 1% de la población de esos países se inyecta drogas. Dadas las muchas probabilidades de transmisión que existen por el hecho de compartir las agujas, de que los jóvenes también son activos sexualmente y de los elevados niveles de infecciones de transmisión sexual detectados en la población general, puede ser inminente una epidemia de gran magnitud. Igualmente, la razón varones/mujeres entre los casos recién identificados ha acortado distancias, pasando de 4:1 a 2:1, lo que indica que las mujeres jóvenes están cada vez más expuestas al riesgo de contraer la infección por el VIH.

Diversos factores están creando un medio donde la epidemia puede prosperar fácilmente: el desempleo masivo y la inseguridad económica acosan buena parte de la región; las normas sociales y culturales se están liberalizando de forma creciente; y los servicios de salud pública se están desintegrando sin pausa.

Las tasas de otras infecciones de transmisión sexual notificadas son muy elevadas y multiplican las probabilidades de transmitir el VIH a través de las relaciones sexuales sin protección. En 2000, la incidencia de sífilis (el número de casos notificados en un año dado) en la Federación de Rusia fue de 157 por 100 000 personas, en contraste con 4,2 casos por 100 000 personas en 1987. Se observan tendencias generales similares en los países bálticos, Belarús, las repúblicas de Asia central, la República de Moldova y Ucrania.

Una cifra sin precedentes de jóvenes está dejando sin terminar la enseñanza secundaria. Con una oferta de trabajo escasa, muchos de ellos corren un riesgo especial de sumarse a grupos

de población vulnerable, pasando a inyectarse drogas (de forma habitual u ocasional) o a trabajar en el comercio sexual. Por ejemplo, entre los jóvenes de la Federación de Rusia, el consumo de drogas está casi tres veces más extendido que cinco años atrás. En muchas ciudades, el consumo de drogas está pasando a ser de forma insistente una característica muy frecuente de la vida en la escuela secundaria. Compartir la aguja es una práctica corriente entre los consumidores de drogas intravenosas, y una causa común de transmisión del VIH. Los estudios realizados en algunas ciudades de la Federación de Rusia revelan que la mayor parte de los profesionales del sexo tienen entre 17 y 23 años de edad y que la utilización del preservativo en la industria sexual es, cuando mucho, irregular.

El riesgo de contraer el VIH es elevado entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones, entre los que es corriente tener múltiples parejas y realizar prácticas sexuales sin protección. Si bien en la Federación de Rusia y en la mayoría de los demás países de la antigua Unión Soviética (aunque no en todos ellos) las leyes que penalizan las actividades homosexuales con la cárcel han sido eliminadas de los códigos legislativos, los varones que tienen relaciones sexuales con varones siguen siendo un grupo sumamente estigmatizado. Actualmente, hay muy pocos ejemplos de actividades de prevención del VIH destinadas a ese grupo.

En Europa sudoriental, las tasas de infecciones de transmisión sexual y de consumo de drogas intravenosas también están aumentando, aunque aún presentan niveles considerablemente más bajos que en el resto de la región. El tráfico de drogas, junto con las secuelas económicas y psicológicas de los recientes conflictos, están incrementando la probabilidad de que se declaren epidemias de VIH en esa región.

En Europa central, existen razones para un optimismo moderado. Por el momento hay pocos indicios de un aumento potencial en las infecciones por el VIH. Por medio de una respuesta nacional enérgica, el Gobierno de Polonia ha reducido satisfactoriamente la epidemia entre los consumidores de drogas y ha evitado que se propague en la población general. En países como Eslovenia, Hungría, y la República Checa, donde funcionan unos

programas nacionales del VIH/SIDA bien concebidos, la prevalencia sigue siendo baja.

En los últimos cinco años, en la región se han establecido más de 150 proyectos de prevención del VIH/SIDA entre los consumidores de drogas, junto con proyectos destinados a otras poblaciones vulnerables como los reclusos, los profesionales del sexo y los varones que tienen relaciones sexuales con varones. Aunque comparativamente sean poco numerosos, muchos de esos proyectos están poniendo los cimientos para una labor de prevención en mayor escala y más amplia.

Al mismo tiempo, se observan signos de un creciente compromiso político en la región. Como resultado del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, los países de la Comunidad de Estados Independientes están elaborando una declaración especial sobre la epidemia y preparando un plan de trabajo regional para orientar una respuesta coordinada. En países como Bulgaria, Rumania, la Federación de Rusia y Ucrania, los presupuestos de los programas nacionales del SIDA han aumentado sustancialmente. En Ucrania, las poderosas asociaciones creadas entre el gobierno, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales son un ejemplo positivo para el resto de la región. En junio de 2001, el Presidente de Ucrania declaró 2002 como año de la lucha contra el SIDA.

Se necesitan esfuerzos de prevención enérgicos para proporcionar a los jóvenes los conocimientos y servicios (tales como información sobre el VIH/SIDA, fomento de los preservativos y aptitudes para la vida) indispensables para protegerse a sí mismos contra el virus. Habida cuenta de que los jóvenes (en particular las mujeres) se están llevando la peor parte de las transiciones económicas en la región, también son vitales los programas que puedan reducir la vulnerabilidad de los varones y mujeres jóvenes. Hay que adoptar medidas especiales para incluir la educación sobre aptitudes para la vida relacionadas con el VIH en los programas escolares y para ampliar la educación inter pares a los jóvenes vulnerables que se encuentran en instituciones o no van a la escuela y están sin trabajo. Son necesarios esfuerzos mucho más integrales para abordar los

problemas complejos relacionados con el VIH y el consumo de drogas intravenosas entre los jóvenes.



## ASIA Y EL PACÍFICO

---

---

El VIH/SIDA tardó en llegar a Asia. Hasta finales del decenio de 1980, ningún país de la región presentaba una epidemia importante y, en 1999, tan solo Camboya, Myanmar y Tailandia habían reunido datos sobre epidemias nacionales significativas. Ahora esta situación está cambiando rápidamente. En 2001, en la región se produjeron 1,07 millones de nuevas infecciones en adultos y niños, con un total de 7,1 millones de personas que vivían con el VIH/SIDA. Son particularmente inquietantes los acusados aumentos registrados en algunos de los países más poblados del mundo.

Los datos de vigilancia sobre la enorme población de China son fragmentarios, pero el Ministerio de Salud del país estima que en 2000 había unos 600 000 chinos viviendo con el VIH/SIDA. Habida cuenta de los aumentos en las infecciones por el VIH notificadas y en las tasas de infección en muchas subpoblaciones en diversas partes del país, la cifra total de personas que viven con el VIH/SIDA en China podría haber excedido claramente de un millón a finales de 2001. De acuerdo con el Ministerio de Salud, en los seis primeros meses de 2001 las infecciones por el VIH notificadas aumentaron en un 67,4% en comparación con el año anterior. Se observan indicios crecientes de epidemias graves en la provincia de Henan, en China central, donde desde comienzos del decenio de 1990 muchas decenas de millares de aldeanos rurales (y posiblemente más) se infectaron vendiendo su sangre a los centros de recogida que no seguían los procedimientos básicos de seguridad para la donación de sangre.

Se sabe que en otras zonas los niveles de VIH en grupos específicos están aumentando. En 2001, siete provincias chinas presentaban graves epidemias locales de VIH, con una prevalencia superior al 70% entre los consumidores de drogas intravenosas en diversas zonas, como la prefectura de Yili in Xinjiang, y el condado de Ruili en Yunnan. Debido a las

elevadas tasas que presenta el fenómeno de compartir agujas, otras nueve provincias están posiblemente a punto de sufrir epidemias de VIH entre los consumidores de drogas intravenosas. También se observan signos de epidemias de VIH transmitido heterossexualmente en por lo menos tres provincias (Yunnan, Guangxi y Guangdong), con tasas del VIH del 4,6% en Yunnan (del 1,6% en 1999) y del 10,7% en Guangxi (del 6% en 1999) entre las poblaciones centinela de profesionales del sexo en 2000.

La vasta y poblada India afronta problemas similares. A finales de 2000, la tasa de prevalencia nacional del VIH en adultos se situaba por debajo del 1%, aunque eso significaba que había unos 3,86 millones de indios que estaban viviendo con el VIH/SIDA: más que en cualquier otro país exceptuando Sudáfrica. Efectivamente, la prevalencia mediana del VIH entre las mujeres embarazadas que acudieron a dispensarios prenatales era superior al 2% en Andhra Pradesh y excedía del 1% en otros cinco estados (Karnataka, Maharashtra, Manipur, Nagaland y Tamil Nadu) y en diversas ciudades importantes (incluidas Bangalore, Chennai, Hyderabad y Mumbai). La epidemia de la India también es impresionantemente diversa, tanto dentro de los estados como entre ellos.

Indonesia, el cuarto país más poblado del mundo, brinda un ejemplo de cómo puede aparecer repentinamente una epidemia de VIH/SIDA. Tras más de un decenio de tasas de VIH insignificantes, ahora en algunos lugares del país están aumentando con gran rapidez las tasas de infección entre los consumidores de drogas intravenosas y los profesionales del sexo, y se está observando también un crecimiento exponencial en la infección entre los donantes de sangre (un indicador de la propagación del VIH en la población general). No se consideró de ninguna utilidad medir la infección por el VIH entre los consumidores de drogas

intravenosas hasta 1999/2000, cuando ya había alcanzado el 15%. Un año más tarde, el 40% de los consumidores de drogas intravenosas en tratamiento en Yakarta ya estaban infectados. En Bogor, en la provincia de Java occidental, el 25% de los consumidores de drogas intravenosas sometidos a análisis eran seropositivos, mientras que entre los reclusos consumidores de drogas intravenosas analizados en Bali, la prevalencia era del 53%.

Los comportamientos que conllevan el mayor riesgo de infección en Asia y el Pacífico son las relaciones sexuales sin protección entre profesionales del sexo y sus clientes, compartir agujas y las relaciones sexuales sin protección entre varones. Pero las infecciones no son únicamente privativas de los que adoptan comportamientos de mayor riesgo. En muchos países se observa un crecimiento importante de las epidemias a pesar de que esas poblaciones inicialmente presentaban unas tasas de infección relativamente reducidas. La epidemia del norte de Tailandia, a finales del decenio de 1980 y comienzos del de 1990, surgió de este modo. Más del 10% de los varones jóvenes se infectaron antes de que los enérgicos esfuerzos nacionales y locales de prevención, incluido el programa de utilización sistemática del preservativo, redujeran el comportamiento de alto riesgo, estimularan las relaciones sexuales más seguras y disminuyeran la prevalencia del VIH.

El comercio sexual proporciona al virus un considerable margen para propagarse. Los limitados datos nacionales sobre el comportamiento acopiados en la región hasta la fecha ponen de manifiesto que, en el pasado decenio, el porcentaje de varones adultos encuestados que comunicaron haber tenido relaciones sexuales con profesionales del sexo en un año determinado osciló entre el 5% en algunos países y el 20% en otros. La India y Viet Nam son países donde los niveles de la infección entre profesionales del sexo y sus clientes están aumentando. En la Ciudad de Ho Chi Minh, el porcentaje de profesionales del sexo VIH-positivos ha aumentado bruscamente desde 1998, alcanzando más del 20% en 2000.

Son pocos los países que están actuando con suficiente vigor para proteger a los profesionales del sexo y a sus clientes contra el VIH. Sin embargo, es a partir de grupos

comparativamente pequeños de profesionales del sexo que se infectaron previamente a través de sus clientes que el VIH se propaga sin pausa al colectivo más numeroso de clientes todavía libres de la infección que finalmente transmiten el virus a sus esposas y parejas. A pesar de que recientes estudios de vigilancia revelan que, en 11 de 15 países asiáticos y estados de la India, más de las dos terceras partes de los profesionales del sexo declararon haber utilizado un preservativo con su último cliente, persiste la necesidad de fomentar el uso de ese dispositivo. En Bangladesh, Indonesia, Nepal y Filipinas, por ejemplo, menos de la mitad de los profesionales del sexo manifestaron utilizar preservativos con todos sus clientes.

Compartir material de inyección es un sistema muy eficaz de propagar el VIH, de modo que los programas de prevención destinados a las poblaciones consumidoras de drogas intravenosas es otra prioridad urgente. En Myanmar, Nepal, Tailandia, la provincia china de Yunnan y Manipur en la India, más del 50% de los consumidores de drogas intravenosas han contraído el virus. Encuestas recientes revelan que una tercera parte de los consumidores de drogas intravenosas en Viet Nam declararon que habían compartido recientemente las agujas con otros usuarios, mientras que el 55% de los varones consumidores de drogas intravenosas en el norte de Bangladesh y el 75% en la región central de ese país manifestaron haber compartido el material de inyección al menos una vez en la semana anterior a la encuesta.

Los programas para la reducción del daño de gran alcance pueden funcionar, y de hecho así lo hacen. A finales del decenio de 1980, Australia impidió que se produjera una importante epidemia entre los consumidores de drogas intravenosas, y muy probablemente evitó que se propagara más allá de ese colectivo. Esos ejemplos están siendo seguidos por otros países, pero de forma aislada. El proyecto SHAKTI en Dhaka (Bangladesh) proporciona a los consumidores de drogas intravenosas un programa de intercambio de agujas, alternativas más seguras de inyectarse y educación sobre unas relaciones sexuales más seguras, así como preservativos. IKHLAS, en Kuala Lumpur, la capital de Malasia, ofrece servicios de apoyo inter pares, pero los 5000 consumidores de drogas intravenosas estimados beneficiarios de

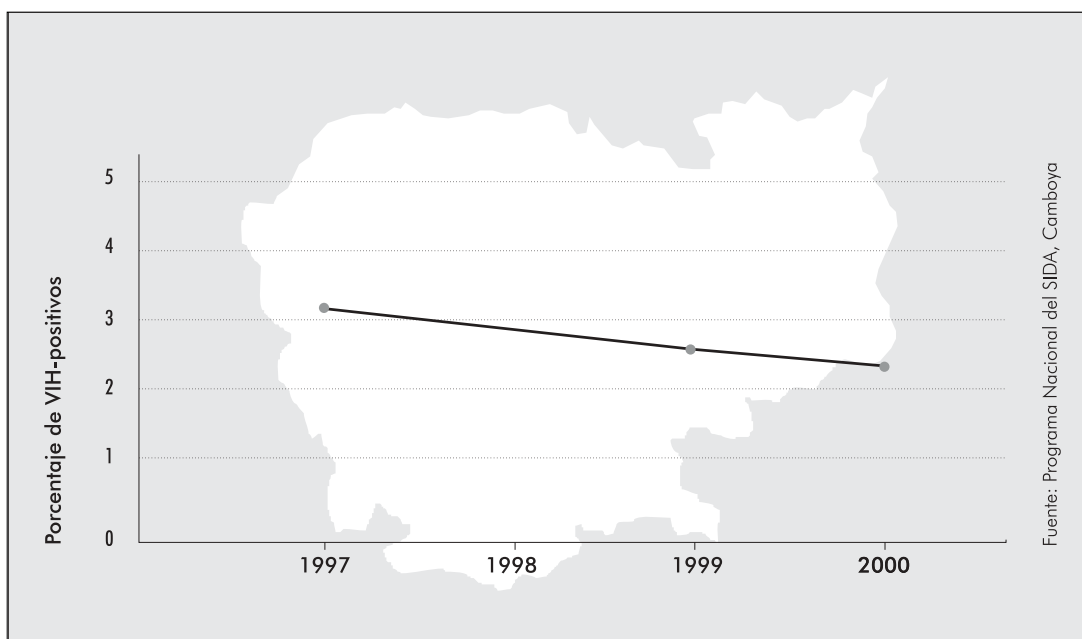
la iniciativa son solamente una fracción de la población consumidora de drogas intravenosas del país.

Si se pretende controlar esas epidemias concentradas antes de que se propaguen a la población general, resulta evidente la necesidad de ampliar nacionalmente esos programas. Muchos consumidores de drogas intravenosas son varones jóvenes sexualmente activos. Muchos de ellos tienen pareja estable; otros van con profesionales del sexo. La coincidencia entre el consumo de drogas intravenosas y la compra de relaciones sexuales es sorprendente. En algunas ciudades vietnamitas, el 17% de los varones consumidores de drogas intravenosas declararon haber comprado recientemente relaciones sexuales sin protección. En algunas ciudades de Bangladesh, entre la mitad y las tres cuartas partes de los varones que se inyectan drogas han manifestado haber pagado dinero a cambio de relaciones sexuales con mujeres durante el año pasado, y menos de una cuarta parte dijeron que habían utilizado un preservativo la última vez que tuvieron una relación sexual de esta clase. En Viet Nam también hay constancia de mujeres profesionales del sexo que están pasando a inyectarse drogas.

En la región existen algunas comunidades que se autoidentifican como *gay*, pero en la mayor parte de Asia existen muchas otras categorías de varones que tienen relaciones sexuales con personas de su mismo sexo. Muchos varones que prefieren las relaciones sexuales con varones también tienen relaciones sexuales con mujeres. Efectivamente, muchos se casan y tienen hijos. Eso tiene un enorme potencial para los varones que tienen relaciones sexuales sin protección con varones de actuar como “puentes” para el virus en la población general. En Camboya, por ejemplo, alrededor del 40% de los varones que tienen relaciones sexuales con varones declararon que también habían tenido relaciones sexuales con mujeres en el mes anterior a ser encuestados.

Al mismo tiempo, existen pruebas fehacientes de que los programas de prevención tempranos en gran escala y orientados, que incluyen esfuerzos dirigidos tanto a los que adoptan comportamientos de mayor riesgo como a la población general, pueden mantener las tasas de infección más bajas en grupos específicos y reducir el riesgo de propagación más amplia del VIH entre la población general. Las medidas de prevención de Camboya, que se

Figura 4. Prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas en Camboya, 1997-2000



empezaron a aplicar de verdad en 1994-1995, contribuyeron a reducir el comportamiento de alto riesgo entre los varones y a aumentar de forma sostenida la utilización del preservativo a finales del mismo decenio. Como resultado, la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas descendió del 3,2% en 1997 al 2,3% a finales de 2000, lo cual indica que el país está empezando a tener su epidemia bajo control (véase la figura 4).

Los programas de prevención integral de Tailandia, bien financiados y apoyados políticamente, que se aceleraron a comienzos del decenio de 1990, han reducido las nuevas infecciones por el VIH anuales de la elevada cifra de 140 000 hace un decenio a cerca de 30 000. Si bien se estima que en la actualidad hay 700 000 tailandeses viviendo con el VIH, los esfuerzos de prevención de ese país han evitado probablemente millones de infecciones por el VIH. A pesar de los éxitos preventivos, uno de cada 60 tailandeses en ese país de 62 millones de habitantes está infectado por el VIH, y el SIDA ha pasado a ser la causa principal de mortalidad. Existen indicios de que la transmisión entre esposos es responsable actualmente de más de la mitad de las nuevas infecciones: una advertencia de que orientar las intervenciones principalmente a los grupos de alto riesgo es inadecuado, y de que los países necesitan identificar cuidadosamente las tendencias de la propagación del VIH y adaptar sus respuestas en consecuencia. Además, las elevadas tasas de infección por el VIH que se observan en la actualidad en Tailandia como consecuencia de compartir las agujas destacan la necesidad de sostener esfuerzos de prevención a medida que la epidemia evoluciona.

En grandes partes de Asia y el Pacífico, los programas de prevención disponen de pocos fondos y recursos. Generalmente, los proyectos pequeños están dispersos por los países y no adquieren la escala o coherencia necesarias para contener la propagación de la epidemia. Como muchas prácticas de alto riesgo están mal vistas e incluso criminalizadas, existen graves obstáculos políticos para la prevención.

## ÁFRICA SUBSAHARIANA

---

---

África subsahariana sigue siendo la región más gravemente afectada por el VIH/SIDA en el mundo. En 2001 se produjeron cerca de 3,4 millones de nuevas infecciones, con lo que la cifra total de personas que viven con el VIH/SIDA en esa región es de 28,1 millones.

La región presenta diversas epidemias en cuanto a escala y fase de evolución. En algunas partes de África austral, las tasas de prevalencia del VIH han aumentado hasta niveles alarmantes. Por ejemplo, en algunas zonas, los datos más recientes procedentes de dispensarios prenatales revelan tasas de prevalencia de más del 30%. En Swazilandia, la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas que en el año 2000 acudieron a dispensarios prenatales oscilaban entre el 32,2% en zonas urbanas y el 34,5% en zonas rurales; en Botswana, esas cifras eran del 43,9% y el 35,5%. En la provincia de KwaZulu Natal de Sudáfrica, esa tasa alcanzó el 36,2% en el mismo año.

En 16 países africanos, por lo menos el 10% de las personas de 15 a 49 años de edad están infectadas. Entre esos países se incluyen algunos que están situados en África austral y donde como mínimo el 20% de ese grupo de población está infectado. En toda la región, los países están ampliando e intensificando sus respuestas. Pero las elevadas tasas de prevalencia implican que, aunque se obtengan éxitos excepcionales en el campo de la prevención, con eso ahora tan solo se conseguirá reducir gradualmente la pérdida de vidas humanas. Se estima que en 2001 2,3 millones de africanos fallecieron por causa del SIDA.

A pesar de esto, en algunos de los países más gravemente afectados se observan crecientes indicios de que los esfuerzos de prevención están dando resultado. Un nuevo estudio en Zambia pone de manifiesto que los varones y mujeres de las zonas urbanas declaran tener menos actividad sexual, menos parejas y utilizar de forma más sistemática el preservativo. Eso

concuera con indicaciones previas de que en ese país la prevalencia del VIH entre los residentes urbanos se está reduciendo, en particular entre las mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad.

De acuerdo con el Ministerio de Salud sudafricano, la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas que durante 2000 acudieron a dispensarios prenatales es del 24,5%. Cerca de uno de cada nueve sudafricanos (o 4,7 millones de personas) están viviendo con el VIH/SIDA. No obstante, se observan signos posiblemente esperanzadores de que cada vez están cobrando más fuerza las tendencias positivas entre los adolescentes, entre los que las tasas de prevalencia han descendido ligeramente a partir de 1998. Aparentemente, las campañas de información en gran escala y los programas de distribución de preservativos están dando su fruto. Por ejemplo, en Sudáfrica, la distribución gratuita de preservativos masculinos creció de 6 millones en 1994 a 198 millones cinco años más tarde. En encuestas recientes, aproximadamente el 55% de las muchachas adolescentes sexualmente activas declararon que siempre utilizaban un preservativo en las relaciones sexuales. Pero esos progresos se acompañan de un aumento desconcertante en la prevalencia entre los sudafricanos de 20 a 34 años de edad, lo cual subraya la necesidad de realizar mayores esfuerzos de prevención orientados a los grupos de mayor edad y de adaptar esos esfuerzos a sus realidades y preocupaciones.

También se están realizando progresos en el frente terapéutico y asistencial. En la región meridional de África, Botswana, un país relativamente próspero, ha pasado a ser la primera nación que ha empezado a suministrar medicamentos antirretrovíricos a través de su sistema de salud pública, y ello gracias a un mayor presupuesto sanitario y a las reducciones del precio de los medicamentos negociadas con las empresas farmacéuticas.

Dentro del contexto de una asociación pública/privada entre cinco empresas farmacéuticas basadas en la investigación y el desarrollo y cinco organizaciones de las Naciones Unidas, en África ha aumentado el acceso a la terapia antirretrovírica. A finales de 2001, más de 10 países africanos estaban proporcionando esa terapia a las personas que viven con el VIH/SIDA.

En cinco países de África occidental – Burkina Faso, el Camerún, Côte d'Ivoire, Nigeria y Togo- las tasas nacionales de prevalencia en adultos ya superaron la barrera del 5% en 2000. Países como Nigeria están reactivando su desembolso para el VIH/SIDA y ampliando su respuesta a todo el territorio nacional. Este año, Nigeria ha emprendido un plan de acción de emergencia contra el VIH/SIDA de US\$ 240 millones. En el Senegal, los enérgicos esfuerzos de prevención que se realizan siguen dando su fruto, gracias al apoyo político inmediato para sus programas.

En la parte oriental del continente, persiste la curva descendente en las tasas de prevalencia en Uganda, el primer país africano que ha contenido una importante epidemia de VIH/SIDA. En las zonas urbanas, la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas ha descendido sin interrupción durante ocho años, desde un máximo del 29,5% en 1992 hasta el 11,25% en 2000. Centrándose considerablemente en la información, educación y comunicación, y con unos programas descentralizados que llegan al nivel de las aldeas, los esfuerzos de Uganda también han dado un gran impulso a la utilización del preservativo en todo el país. En los distritos de Masindi y Pallisa, por ejemplo, en 1997-2000 la utilización del preservativo con parejas ocasionales pasó del 42% y el 31%, respectivamente, al 51% y el 53%. En la capital, Kampala, cerca del 98% de los profesionales del sexo encuestados en 2000 manifestaron que habían utilizado un preservativo en su última relación sexual.

Pero, a pesar de esos logros, persisten unos enormes obstáculos. Siguen produciéndose nuevas infecciones a un ritmo acelerado. La mayoría de las personas con el VIH no tienen acceso a la terapia antirretrovírica. Para fines de 1999, 1,7 millones de niños ya habían perdido a su madre o ambos padres por culpa de la

enfermedad. Proporcionarles alimentos, vivienda y educación pondrá a prueba los recursos y la firmeza del país durante muchos años por venir.

La experiencia de Uganda pone de relieve el hecho de que incluso una epidemia de VIH/SIDA galopante puede llegar a controlarse. El eje de toda respuesta eficaz es una estrategia de prevención basada en el compromiso explícito y firme de los líderes a todos los niveles, cimentada en la movilización de la comunidad y ampliada a todas las zonas del país.

A pesar de ser excepcionalmente vulnerables a la epidemia, hay millones de mujeres jóvenes africanas que son peligrosamente ignorantes acerca del VIH/SIDA. Por ejemplo, de acuerdo con el UNICEF, más del 70% de las muchachas adolescentes (de 15 a 19 años de edad) en Somalia y más del 40% en Guinea Bissau y Sierra Leona no han oído hablar nunca del SIDA. En países como Kenia y la República Unida de Tanzania, más del 40% de las adolescentes tienen graves conceptos erróneos acerca de cómo se transmite el virus. Una de las metas fijadas en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, en junio de 2001, fue asegurar que, para 2005, por lo menos el 90% de los varones y mujeres jóvenes tengan la información, educación y servicios necesarios para protegerse a sí mismos contra la infección por el VIH. Como ocurre en otras regiones del planeta, la mayor parte de los países de África subsahariana están considerablemente lejos de cumplir esa promesa.

La gran mayoría de los africanos que están viviendo con el VIH desconocen que han contraído el virus. En un estudio se ha puesto de manifiesto que el 50% de las mujeres adultas tanzanianas saben donde pueden someterse a la prueba del VIH, pero solamente han realizado esa prueba el 6% de ellas. En Zimbabwe, solamente el 11% de las mujeres adultas se han sometido a las pruebas de detección del virus. Además, muchas personas que se someten voluntariamente a esas pruebas prefieren no regresar para conocer el resultado. No obstante, persisten otras dificultades. En Abidjan, en Côte d'Ivoire, un estudio ha mostrado que el 80% de las mujeres embarazadas que se hicieron la prueba del VIH volvieron para recoger el

resultado, pero entre las que descubrieron que estaban viviendo con el virus, menos del 50% regresaron para recibir tratamiento medicamentoso preventivo de la transmisión maternoinfantil del virus.

Más de la mitad de las mujeres que saben que han contraído el virus, y que han sido encuestadas por el Consejo de Población de Kenia durante este mismo año, declaran no haber revelado a sus parejas su estado serológico respecto al VIH por temor a quedar expuestas a la violencia o abandono. En la región, no solo hay escasez de servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, sino que el estigma y discriminación siguen desalentando a las personas a desvelar su estado serológico respecto al VIH.

Durante el pasado año, se sucedieron una serie de progresos esperanzadores. En la región, 31 países ya han ultimado un plan estratégico nacional sobre el VIH/SIDA, y otros 12 están desarrollándolo. Se han emprendido diversas iniciativas regionales para contener la epidemia. Algunas de ellas, como las que agrupan a países de la región de los Grandes Lagos, de la cuenca del lago Chad y de África occidental, están concentrando sus esfuerzos en reducir la vulnerabilidad de los refugiados y de otras poblaciones móviles. El compromiso político para invertir el curso del SIDA parece ser más fuerte que nunca. Reuniones como el Foro del Desarrollo Africano 2000, celebrado en diciembre pasado, y la cumbre de la Organización de la Unidad Africana sobre el VIH/SIDA, la Tuberculosis y otras Enfermedades Infecciosas Conexas, de abril de 2001, están poniendo los cimientos de esta determinación. En esa última reunión, los Jefes de Estado decidieron asignar por lo menos el 15% de los presupuestos anuales de sus países a mejorar los sectores de salud. Menos de cinco países habían alcanzado ese nivel en 2000.

El SIDA ha pasado a ser la mayor amenaza para el desarrollo del continente y para su esfuerzo por conseguir un renacimiento africano. La mayor parte de los gobiernos en África subsahariana dependen de un reducido personal altamente especializado en áreas importantes de la administración pública y de los servicios sociales básicos. Los países gravemente afectados están perdiendo a muchos de esos valiosos

funcionarios por causa del SIDA. Los servicios esenciales se van reduciendo y al mismo tiempo las instituciones estatales sufren mayores tensiones, los recursos del Estado se agotan y las redes tradicionales se desintegran. En algunos países, los sistemas de atención de salud están perdiendo hasta una cuarta parte de su personal por causa de la epidemia. Las personas de todos niveles de ingresos son vulnerables a esas repercusiones, pero los que viven en la pobreza son los más afectados. Mientras tanto, la capacidad del Estado para mantener la ley y el orden está resultando perjudicada, ya que la epidemia provoca graves quebrantos a las instituciones como los tribunales y la policía. El riesgo de agitación social e incluso de inestabilidad política no debe subestimarse.

## ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE

---

---

En los países de Oriente Medio y África del Norte, se observa también una tendencia al alza en las tasas de infección por el VIH, si bien son aún muy bajas. Los sistemas de vigilancia existentes son insuficientes, pero se estima que en 2001 contrajeron el virus 80 000 personas, con lo que el total de personas que viven con el VIH/SIDA en la región es de 440 000. La necesidad de una prevención precoz y eficaz se está poniendo de manifiesto en toda la región.

Desafortunadamente, en la mayoría de los países de la región los factores que impulsan la epidemia siguen sin analizarse sistemáticamente con demasiada frecuencia. Como consecuencia de ello, las respuestas del VIH/SIDA raramente se basan en una comprensión clara de las tendencias de la infección o en el conocimiento de los grupos de alto riesgo particulares.

No obstante, basándonos en los conocimientos actuales, los factores que exponen a las personas al riesgo son variados, si bien el coito sexual sigue siendo la vía de transmisión principal. En un estudio realizado en Argelia se ha revelado una tasa de prevalencia del 1% entre las mujeres embarazadas. Aparentemente, en la actualidad se están produciendo brotes por todas partes, incluido en la Jamahiriya Árabe Libia, donde gran parte de todas las 570 nuevas infecciones notificadas en 2000 se produjeron entre consumidores de drogas intravenosas. Djibouti y el Sudán están afrontando unas crecientes epidemias favorecidas por la combinación de las desigualdades socioeconómicas, la movilidad de la población en gran escala y la inestabilidad política.

En otros grupos vulnerables la tasa de infección por el VIH está aumentando de forma significativa. Entre los reclusos en la República Islámica del Irán, las tasas de infección por el VIH han pasado del 1,37% en 1999 al 2,28% en 2000. A excepción del Sudán y la República del Yemen, todos los países en la región han

notificado casos de transmisión del VIH a través del consumo de drogas intravenosas. A menos que no se aborde inmediatamente por medio de la reducción del daño y de otros enfoques preventivos, la epidemia entre esas subpoblaciones de consumidores de drogas intravenosas podría crecer de forma acusada y propagarse a la población general.

En algunos países también se observan signos de crecimiento de una doble carga de enfermedad del VIH y tuberculosis. Las tasas de infección por el VIH entre los enfermos de tuberculosis están aumentando y, para mediados de 2001, eran del 8% en el Sudán, del 4,8% en Omán, del 4,2% en la República Islámica del Irán y del 2,1% en el Pakistán.

Al mismo tiempo, la voluntad política para poner en práctica una enérgica respuesta a la epidemia es visible en algunos países, algunos de los cuales están adoptando enfoques innovadores. Ejemplos de esos enfoques pueden ser la movilización de organizaciones no gubernamentales en torno a los programas de prevención en el Líbano y la labor de reducción del daño entre los consumidores de drogas intravenosas en la República Islámica del Irán.

## LOS PAÍSES DE INGRESOS ELEVADOS

---

---

Si no se evita con esfuerzos de prevención renovados y más eficaces, seguirá existiendo la amenaza de epidemias resurgentes para los países de ingresos elevados, donde en 2001 se infectaron por el VIH más de 75 000 personas.

En Australia, el Canadá y los Estados Unidos de América (EE.UU.), así como en países de Europa occidental, un importante aumento en las prácticas sexuales peligrosas está provocando mayores tasas de infecciones de transmisión sexual y, en algunos casos, niveles más elevados de incidencia del VIH entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones. Las perspectivas de que vuelvan a dispararse las epidemias de VIH/SIDA cobran mucha importancia como consecuencia del exceso de confianza del público y del estancamiento de los esfuerzos de prevención, que además a veces son inapropiados y no reflejan los cambios en la epidemia. Mientras tanto, en el Japón las infecciones por el VIH también van en aumento.

El aumento en las nuevas infecciones entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones es alarmante. En Vancouver (Canadá), la incidencia del VIH entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones se elevó de un promedio del 0,6% en 1995-1999 al 3,7% en 2000. En Londres (Reino Unido), las infecciones por el VIH notificadas entre los varones homosexuales también están aumentando. En Madrid (España), las infecciones por el VIH notificadas se multiplicaron casi por dos (del 1,16% al 2,16%) en 1996-2000, mientras que en San Francisco (EE.UU.), pasaron del 1,1% en 1997 al 1,7% en 2000 y según estudios recientes parecen seguir aumentando. En esa última ciudad, las tasas de infección entre los varones *gay* que se inyectan drogas se dispararon del 2% en 1997 al 4,6% en 2000.

El aumento en la incidencia de otras infecciones de transmisión sexual entre los

varones que tienen relaciones sexuales con varones (en Amsterdam, Sidney, Londres y el sur de California, por ejemplo) confirma que la adopción de riesgos más generalizada está eclipsando la ética de unas prácticas sexuales más seguras fomentada con tanta eficacia durante gran parte de los decenios de 1980 y 1990. Se detectan tendencias similares entre las poblaciones heterosexuales de los mismos países, en particular entre los jóvenes. Por ejemplo, en Inglaterra y Gales, los diagnósticos de blenorragia y sífilis entre varones y mujeres han alcanzado sus niveles máximos durante 13 años.

Una parte de la explicación de esta situación podría estar en los efectos visibles de la salvación de vidas de la terapia antirretrovírica, introducida en los países de altos ingresos en 1996. Las defunciones atribuidas al VIH en los Estados Unidos de América (EE.UU.), por ejemplo, se redujeron de forma notable en un 42% en 1996-1997, y a partir de entonces dejaron de disminuir. Este amplio acceso a la terapia antirretrovírica, sin embargo, ha estimulado conceptos erróneos de que ahora existe curación para el SIDA y de que las relaciones sexuales sin protección plantean un riesgo menos intimidador. Como consecuencia de ello, está aumentando el comportamiento de alto riesgo.

Los esfuerzos de prevención, así como las estrategias terapéuticas y asistenciales, tienen que luchar contra otros cambios significativos en la epidemia, como su lento pero aparentemente imparable desplazamiento hacia otras poblaciones vulnerables. Parece entrar en juego la superposición de la discriminación racial con los ingresos, la salud y otras desigualdades.

En los países de ingresos elevados se ha detectado que el VIH se está desplazando hacia las comunidades más pobres y más desfavorecidas, siendo las mujeres quienes están particularmente expuestas a infectarse. En los EE.UU., los adultos jóvenes pertenecientes a

minorías étnicas (incluidos los varones que tienen relaciones sexuales con varones) afrontan riesgos de infección considerablemente mayores que cinco años atrás. Por ejemplo, los afroamericanos forman tan solo el 12% de la población estadounidense, pero en 2000 constituyeron el 47% de los casos de SIDA notificados en ese país. Como en todas partes del mundo, las mujeres jóvenes desfavorecidas (en particular las afroamericanas e hispanoamericanas) de los EE.UU. presentan tasas de infección por el VIH más altas y a edades más tempranas que sus homólogos masculinos.

En los EE.UU., las relaciones sexuales entre varones siguen siendo el modo principal de transmisión (en 2000 se les atribuyó alrededor del 53% de las nuevas infecciones por el VIH), pero ese mismo año cerca de una tercera parte de los nuevos diagnósticos seropositivos se produjeron entre mujeres. En ese último grupo, todo parece indicar que la epidemia está impulsada por una superposición del consumo de drogas intravenosas y el coito heterosexual. Efectivamente, en los EE.UU. el consumo de drogas intravenosas ha pasado a ser una vía de transmisión del VIH importante, donde se estima que el 30% de los nuevos casos de SIDA notificados están relacionados con ese modo de transmisión. En el Canadá, en la actualidad las mujeres representan en 24% de las nuevas infecciones por el VIH, en comparación con el 8,5% en 1995.

En Europa occidental y central, la epidemia de VIH es el resultado de múltiples epidemias que difieren en cuanto a cronología, escala y población que afectan. Portugal afronta una epidemia potencialmente grave entre los consumidores de drogas intravenosas. De las 3733 nuevas infecciones notificadas en ese país en 2000, más de la mitad estuvieron causadas por el consumo de drogas intravenosas y algo menos de un tercio se contrajeron a través del coito heterosexual. Informes sobre nuevas infecciones por el VIH también indican que las relaciones sexuales entre varones son un modo importante de transmisión en algunos países, como Alemania, Grecia, y el Reino Unido. Desafortunadamente, en algunos de los países más afectados, entre los que se cree que están más afectados por la epidemia entre los consumidores de drogas intravenosas, los datos de la notificación del VIH son irregulares.

En el Japón, el número de infecciones por el VIH detectadas en los varones que tienen relaciones sexuales con varones ha aumentado de forma acusada en los últimos años, correspondiendo a esa práctica más del doble del total de las infecciones producidas en los varones que tienen relaciones heterosexuales. Se trata de una importante desviación de las tendencias anteriores: hasta hace dos años, el número de nuevas infecciones notificadas en ambos grupos era aproximadamente el mismo.

También se observan signos de que el comportamiento sexual de los jóvenes en el Japón podría estar cambiando significativamente y exponiendo a ese grupo a un mayor riesgo de infección por el VIH. Las mayores tasas de *Chlamydia* entre las mujeres y de blenorragia entre los varones, así como la duplicación del número de abortos provocados entre las adolescentes en los últimos cinco años, dejan entrever un aumento en las tasas del coito sexual sin protección. Por otra parte, los datos sobre comportamiento revelan una escasa utilización del preservativo, tanto en la población general como entre los profesionales del sexo.

## AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

---

En América Latina y el Caribe, donde en la actualidad se estima que 1,8 millones de adultos y niños viven con el VIH—incluidas las 190 000 personas que contrajeron el virus el año pasado—, se perciben claramente importantes diferencias en los niveles de la epidemia y en las tendencias de la transmisión del VIH. En la actualidad, en América Latina hay 1,4 millones de personas que viven con el VIH/SIDA, y en el Caribe esa cifra es de 420 000.

En América Central y el Caribe, el VIH se transmite principalmente heterosexualmente, siendo las relaciones sexuales peligrosas y el cambio de pareja frecuente entre los jóvenes unos de los factores más importantes que impulsan la epidemia. Existen otras dinámicas poderosas que favorecen la propagación del VIH, notablemente la combinación de las presiones socioeconómicas y la alta movilidad de la población (incluido el turismo).

El Caribe es la región más afectada en el planeta, con tasas de prevalencia del VIH en adultos tan solo superadas por las de África subsahariana. En algunos países del Caribe, el VIH/SIDA ha pasado a ser una causa principal de mortalidad. Los más afectados son Haití y las Bahamas, donde las tasas de prevalencia del VIH en adultos están por encima del 4%. Pero eso no significa que la epidemia se concentre únicamente en el Caribe.

Junto con Barbados y la República Dominicana, a finales de 1999 algunos países de América Central y el Caribe—como Belice, Guyana, Honduras, Panamá y Suriname—presentaban tasas de prevalencia del VIH entre adultos de por lo menos el 1%. Por el contrario, la prevalencia es más baja en Bolivia, el Ecuador y otros países andinos.

Cerca de tres cuartas partes de los casos de SIDA notificados en América Central son el resultado de las relaciones sexuales entre varones

y mujeres. En algunas islas del Caribe, el fenómeno de mujeres jóvenes que tienen relaciones sexuales con varones mayores es particularmente destacado, y queda reflejado en el hecho de que la tasa del VIH entre las muchachas de 15 a 19 años de edad es hasta cinco veces más elevada que la de los muchachos del mismo grupo de edad. Las investigaciones realizadas entre profesionales del sexo en la capital de Guyana, Georgetown, han puesto de manifiesto que el 46% de las encuestadas estaban viviendo con el VIH/SIDA, que más de un tercio no utilizaban nunca un preservativo con sus clientes, y que cerca de las tres cuartas partes no utilizaban un preservativo con sus parejas habituales. La probabilidad de que el virus se propague a la población general es, por tanto, alta.

En Costa Rica, México, Nicaragua y algunas partes de la región andina, las relaciones sexuales entre varones son el principal modo de transmisión del VIH. Recientes estudios llevados a cabo entre varones que tienen relaciones sexuales con varones en México han puesto de manifiesto que algo más del 14% son VIH-positivos. Por otro lado, las tasas de prevalencia entre profesionales del sexo heterosexuales y entre pacientes de infecciones transmitidas sexualmente en ese país parecen ser aún bajas. El consumo de drogas intravenosas es un principal modo de transmisión del VIH en la Argentina, Chile y el Uruguay, y también desempeña un papel importante en el Brasil.

Los patrones de transmisión también pueden ser muy distintos dentro de los países: una advertencia de que los programas nacionales universales son insuficientes. En las tierras altas de Colombia, por ejemplo, la mayor parte de las infecciones por el VIH se atribuyen a las relaciones sexuales entre varones sin protección, mientras que en la costa, el coito heterosexual es el principal modo de transmisión.

El compromiso de los países para atajar la

epidemia y reducir sus efectos ha aumentado de forma acusada. Algunos países han emprendido o están preparando programas gubernamentales para distribuir medicamentos antirretrovíricos a los pacientes de VIH/SIDA. Pero existen grandes disparidades en la calidad y alcance de los programas de terapia antirretrovírica de los diferentes países. El amplio acceso al tratamiento que tienen las personas que viven con el VIH/SIDA en países como la Argentina, el Brasil y el Uruguay no se ha igualado todavía en otros países de las Américas. Hasta hace poco, América Central experimentaba una gran brecha en el acceso al tratamiento. Sin embargo ahora, países como Costa Rica y Panamá están proporcionando este acceso. Actualmente los países caribeños están desarrollando una estrategia regional para acelerar y ampliar el acceso al tratamiento y atención para las personas que viven con el VIH/SIDA. Países, tales como Barbados y Trinidad y Tobago, se preparan a implementar nuevos programas nacionales.

En algunas grandes zonas metropolitanas del Brasil se ha observado un notable descenso en la prevalencia del VIH entre los comunidades de drogas intravenosas. Eso que indica que los programas de prevención del VIH/SIDA y para la reducción del daño emprendidos en esas ciudades han hecho posible la adopción de prácticas de inyección más seguras entre esas poblaciones.

Los esfuerzos de prevención del Brasil se están equilibrando con un amplio programa de tratamiento y atención que asegura la terapia antirretrovírica financiada por el Estado a las personas que viven con el VIH/SIDA. De acuerdo con el Ministerio de Salud del Brasil, el número de personas que están viviendo actualmente con el VIH/SIDA en ese país es de 600 000, cuando en 1999 eran 540 000. Se estima que unos 105 000 brasileños están recibiendo medicamentos antirretrovíricos a través del sistema de salud pública.

Diversas iniciativas regionales parecen indicar también que se está manifestando una nueva determinación política. Por ejemplo, la Asociación Pancaribeña contra el VIH/SIDA, lanzada en febrero de 2001, reúne los recursos de los gobiernos y la comunidad internacional con los de la sociedad civil para dar mayor impulso a las respuestas nacionales y regional. La Asociación está coordinada por la Secretaría

de la Comunidad del Caribe (CARICOM). Basándose en la Declaración de Nassau adoptada en julio de 2001 como puesta en práctica de las recomendaciones del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, los Jefes de Gobierno caribeños están también estudiando sistemas para apoyar los programas nacionales del VIH/SIDA de unos y otros y negociar conjuntamente precios razonables para los medicamentos antirretrovíricos.

Por otro lado, proteger sin descanso a las poblaciones vulnerables se ha convertido en el centro de interés de una iniciativa regional en América Central. La Argentina, Chile, el Paraguay y el Uruguay están colaborando en programas para la reducción del daño destinados a los consumidores de drogas intravenosas. Los programas nacionales del SIDA también se han unido a un plan de colaboración para compartir asistencia técnica en toda América Latina y el Caribe. Ese plan, denominado Grupo de Cooperación Técnica Horizontal, reúne a más de 20 países de la región.

## Mapas

Estimaciones mundiales a fines de 2001 : adultos y niños

Número estimado de adultos y niños viviendo con el VIH/SIDA a fines de 2001

Número estimado de casos nuevos de infección por el VIH en adultos y niños en 2001

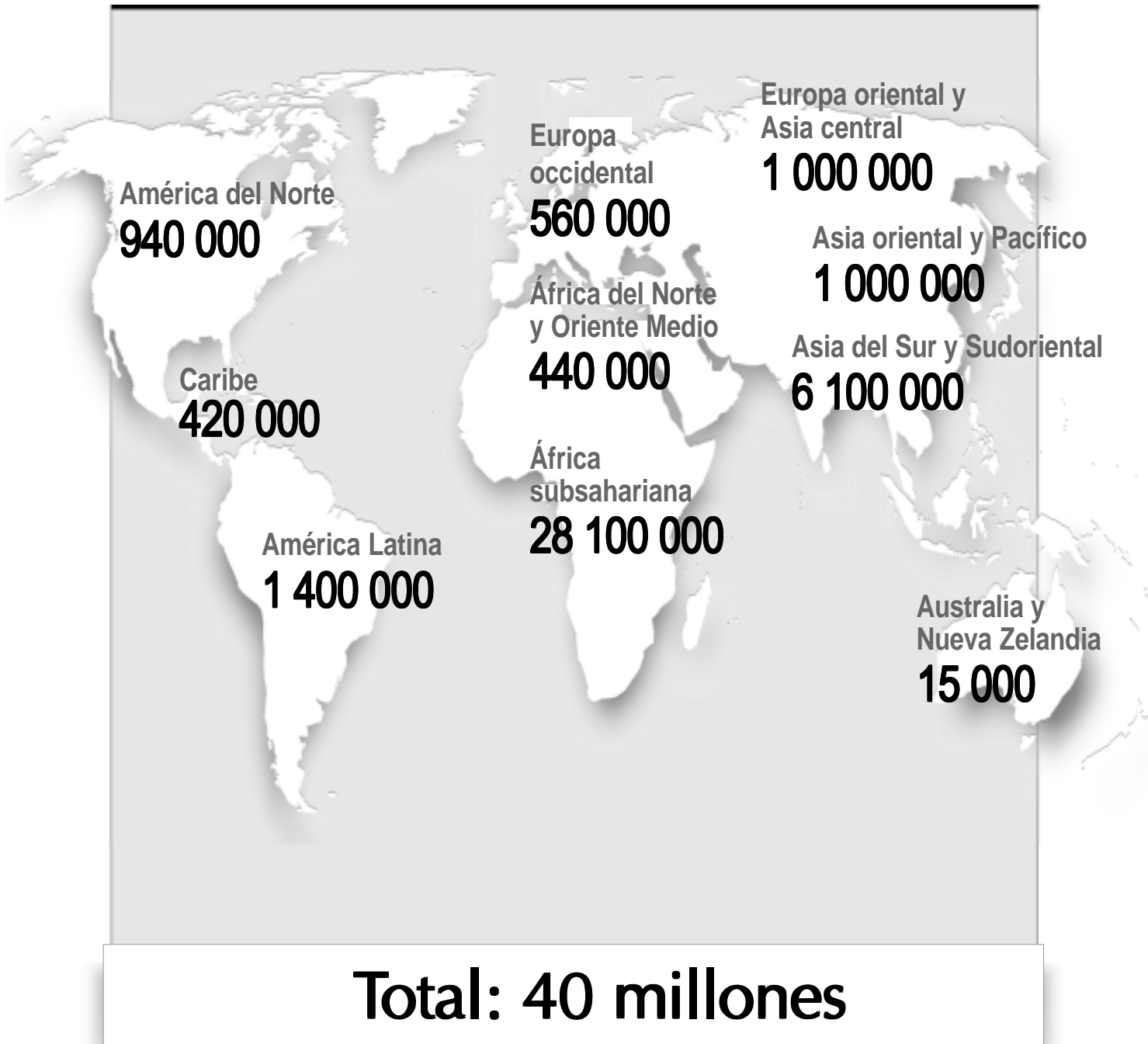
Número estimado de defunciones causadas por el VIH/SIDA en adultos y niños durante 2001

## Estimaciones mundiales a fines de 2001 : adultos y niños

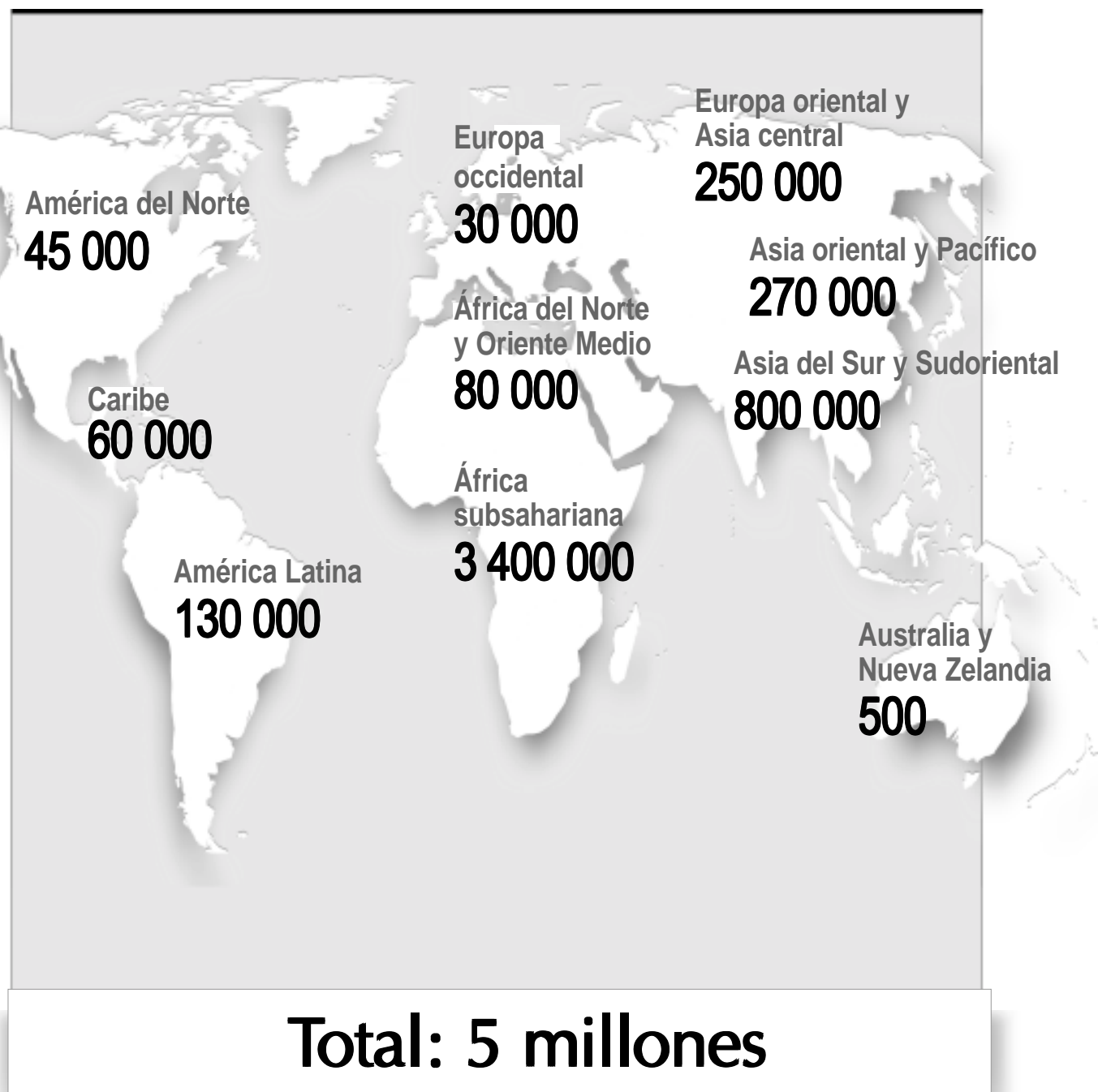


<b>Personas que viven con el VIH/SIDA .....</b>	<b>40 millones</b>
<b>Nuevas infecciones por el VIH en 2001 .....</b>	<b>5 millones</b>
<b>Defunciones por causa del VIH/SIDA en 2001 ...</b>	<b>3 millones</b>

# Número estimado de adultos y niños viviendo con el VIH/SIDA a fines de 2001



# Número estimado de casos nuevos de infección por el VIH en adultos y niños en 2001



# Número estimado de defunciones causadas por el VIH/SIDA en adultos y niños durante 2001





## Nota explicativa sobre las estimaciones del ONUSIDA/OMS

Las estimaciones del ONUSIDA/OMS presentadas en el presente documento están basadas en los datos disponibles más recientes sobre la propagación del VIH en los países de todo el mundo. Estas son provisionales. El ONUSIDA y la OMS, juntamente con expertos de los programas nacionales del SIDA y con instituciones de investigación, revisa y actualiza periódicamente las estimaciones a medida que están disponibles nuevos datos sobre la epidemia, valiéndose también de los progresos realizados en los métodos para obtener estimaciones.

Las estimaciones y los datos facilitados en los mapas y cuadros se dan en números redondeados. No obstante, para calcular las tasas y los totales regionales se utilizaron cifras sin redondear, de modo que pueden haber pequeñas discrepancias entre los totales mundiales y la suma de las cifras regionales.

En 2001, se desarrollaron nuevos programas informáticos para la elaboración de modelos del curso del VIH/SIDA en todo el mundo y para mejorar más la calidad de las estimaciones de la prevalencia del VIH/SIDA y de su impacto. Como resultado, las estimaciones del presente año incorporan en particular nuevos conocimientos y suposiciones sobre el tiempo de supervivencia para adultos y niños que viven con el VIH/SIDA. Así pues, algunas de las nuevas estimaciones no se pueden comparar directamente con las de años anteriores.

El ONUSIDA y la OMS continuarán trabajando con los países, las organizaciones asociadas y los expertos para mejorar la reunión de datos. Esos esfuerzos asegurarán la disponibilidad de las mejores estimaciones posibles para asistir a los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y otros interesados en evaluar el estado de la epidemia y vigilar la eficacia de sus considerables esfuerzos de prevención y atención.





Para obtener más información puede contactar a Anne Winter, ONUSIDA, Ginebra, (+41 22) 791 4577, teléfono móvil (+41) 79 213 4312; Dominique de Santis, ONUSIDA, Ginebra, (+41 22) 791 4509 o Andrew Shih, ONUSIDA, Nueva York, (+1 212) 584 5012; o bien consultar la página web del ONUSIDA en Internet: <http://www.unaids.org>