

Sin embargo, el mayor empuje a la epidemia en Indonesia lo produce el consumo de drogas intravenosas. En tres de las ciudades más importantes, más del 90% de los consumidores de drogas intravenosas utiliza material de inyección no estéril, y en una de ellas, hasta el 70% da cuenta de haber tenido relaciones sexuales no protegidas con profesionales del sexo. Los consumidores de drogas intravenosas son detenidos con regularidad y pasan temporadas en la cárcel, un entorno en el que los comportamientos de riesgo son habituales. Las posibilidades de una rápida transmisión del VIH a otras poblaciones y a la población en general son altas.

La región de Papua, Indonesia (Irian Jaya) comparte una isla con otro país, Papua Nueva Guinea. Tanto el lado indonesio como el de Papua Nueva Guinea tienen una elevada prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo. Para Indonesia parece ser la tasa más alta entre profesionales del sexo del país; en la ciudad de Sorong, la prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo llegaba al 17% en 2002.

*En las epidemias más antiguas, como las de Camboya y Tailandia, en la actualidad el VIH se propaga de manera significativa de las personas con comportamientos de alto riesgo hacia sus parejas sexuales.*

Al otro lado de la frontera, en Papua Nueva Guinea, sólo el 15% de los profesionales del sexo informan de un uso sistemático del preservativo, y la prevalencia del VIH entre ellos ha alcanzado el 17%. De hecho, Papua Nueva Guinea tiene la tasa de infección por el VIH notificada más elevada del Pacífico, con una prevalencia de casi el 1% entre las mujeres embarazadas que acuden a los dispensarios prenatales de Port Moresby. Papua Nueva Guinea tiene una política nacional sobre el VIH/SIDA desde 1989, pero estos últimos datos indican la urgente necesidad de reforzar las iniciativas de prevención.

El panorama del VIH/SIDA en **Asia meridional** sigue dominado por la epidemia en la India, donde para final de 2002, entre 3,82 y 4,58 millones de personas estaban infectadas. Al menos 300.000 personas contrajeron el VIH durante el pasado año, y ahora hay graves epidemias en curso en varios Estados, incluidos los de Maharashtra y Tamil Nadu (donde se ha encontrado una prevalencia del VIH de más del 50% en los profesionales del sexo en algunas ciudades), y en Manipur (con una prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas que va del 60% al 75%). Según la Organización Nacional de Control del SIDA de

la India (NACO), el VIH/SIDA no se limita a los grupos vulnerables ni a las zonas urbanas, sino que se propaga gradualmente a las zonas rurales y a sectores más amplios de la población. En estados como el de Andhra Pradesh, Karnataka, Maharashtra, Manipur y Nagaland, las tasas de prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas han sobrepasado el umbral del 1%, mientras que en Gijarat y Goa, la prevalencia del VIH entre las poblaciones con comportamientos de alto riesgo supera el 5% (aunque está por debajo del 1% entre las mujeres embarazadas). Para preocupación de todos, se sabe muy poco acerca de la propagación del VIH en el interior densamente poblado de Uttar Pradesh y otros estados septentrionales indios, donde la vigilancia actual del VIH ofrece un panorama incompleto de la epidemia. En otras partes, Maharashtra y Tamil Nadu ofrecen ejemplos localizados de lugares en los que los esfuerzos de prevención parecen producir ciertos progresos, pero aún no existen pruebas convincentes de que se

ponga freno a la epidemia en estados concretos, por no mencionar al país en conjunto.

En los vecinos Bangladesh y Nepal, la prevalencia nacional del VIH se ha mantenido por debajo del 1%, pero los comportamientos de riesgo en algunos sectores de la población están tan extendidos que la aparición de una epidemia más amplia podría ser sólo una cuestión de tiempo. En Katmandú, la capital de Nepal, las epidemias de VIH se concentran en los consumidores de drogas intravenosas y los profesionales del sexo, jóvenes en su mayor parte. Entre los primeros, en los últimos años se ha detectado una prevalencia del VIH de un 68%, mientras que entre los últimos, la prevalencia ronda el 17%.

Los jóvenes son el centro del problema del SIDA en Nepal. Aunque los estudios indican que sus conocimientos sobre el VIH/SIDA son pasables, siguen siendo proclives a exponerse al VIH. La actividad sexual se inicia precozmente (casi uno de cada cinco adolescentes nepalíes ha tenido su primera relación sexual alrededor de los 15 años) y el uso del preservativo es muy bajo. Estudios en pequeña escala efectuados recientemente indican que las prácticas sexuales entre varones

son relativamente comunes, especialmente en Katmandú. Las relaciones sexuales sin protección son la norma, tanto entre parejas masculinas como entre esos varones y sus parejas femeninas.

Bangladesh plantea un gran problema similar, a pesar del hecho de que el VIH, por el momento, tiene una presencia tímida (incluso entre las poblaciones vulnerables). Casi la mitad de la población tiene menos de 15 años de edad, y los comportamientos de riesgo -incluidas unas elevadas tasas de consumo peligroso de drogas intravenosas, un floreciente comercio sexual y unas prácticas de transfusión de sangre peligrosas- están generalizados. Y las personas que participan en estas actividades a menudo las superponen: muchos profesionales del sexo también se inyectan drogas, los consumidores de drogas intravenosas a menudo frecuentan a los profesionales del sexo, y algunos estudios indican que los consumidores de drogas suelen vender su sangre. El uso del preservativo es casi inexistente. En el centro de Bangladesh, más del 90% de los profesionales del sexo no utilizan preservativos; en otras partes del país, prácticamente todos los profesionales del sexo encuestados indicaron haber tenido, en ocasiones, relaciones sexuales sin preservativos. Mientras tanto, se calcula que más del 90% de los consumidores de drogas intravenosas está expuesto a material de inyección contaminado. Además, los conocimientos sobre el SIDA son escasos: solamente cerca del 65% de los jóvenes, y menos del 20% de las mujeres casadas y el 30% de los varones casados ni siquiera han oído hablar del SIDA. El resultado de todo esto es un potencial muy

alto para la rápida transmisión del VIH. En la ronda de vigilancia más reciente, se observó que hasta el 4% de los consumidores de drogas intravenosas del centro de Bangladesh era seropositivo, mientras que en las rondas de vigilancia de años anteriores llegaba a alrededor del 1%.

Tanto Bangladesh como Nepal tienen una oportunidad única para impedir que sus epidemias empiecen a extenderse sin control. Aunque el último país ha puesto en marcha una estrategia nacional integrada sobre el SIDA, que también recurre a las iniciativas de una red nacional de organizaciones no gubernamentales, aún falta adoptar medidas básicas, como un cribado sistemático más amplio de la sangre en los hospitales.

Los pocos estudios de vigilancia del VIH disponibles para el Pakistán indican que la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas y profesionales del sexo era baja (entre el 0% y el 11,5%), con una prevalencia mediana del 0%. Sin embargo, desde finales de los años 90, un número creciente de los aproximadamente tres millones de consumidores de heroína de ese país ha empezado a inyectarse. Un estudio reciente efectuado entre consumidores de drogas de Quetta indicó que el 55% había utilizado material de inyección no estéril y aproximadamente la misma proporción había tenido relaciones sexuales con algún profesional del sexo. Sólo el 4% había usado alguna vez el preservativo, y solamente el 16% de los consumidores de drogas había oído hablar del SIDA.

## AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

---

*La prevalencia nacional del VIH ha alcanzado, o superado, el 1% en 12 países, todos ellos en la cuenca del Caribe.*

Actualmente son más de dos millones las personas que viven con el VIH en América Latina y el Caribe, incluidas las aproximadamente 200.000 que contrajeron el VIH el año pasado. Al menos 100.000 personas murieron de SIDA en el mismo periodo, el más alto número de víctimas mortales a escala regional después de África subsahariana y Asia.

El VIH/SIDA está muy arraigado en esta región, donde la prevalencia nacional del VIH es de al menos el 1% en 12 países, todos pertenecientes a la cuenca del Caribe. Las estimaciones nacionales más recientes han puesto de manifiesto que la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas alcanza o supera el 2% en seis de dichos países: Bahamas, Belice, la República Dominicana, Guyana, Haití y Trinidad y Tabago. Por el contrario, la mayoría de los demás países de la región presentan epidemias altamente concentradas, especialmente en América del Sur, donde el Brasil (sin duda alguna el país más poblado de toda la región) tiene a la gran mayoría de personas que viven con el VIH América Latina y el Caribe.

En la región se están observando modelos epidemiológicos característicos. En la mayoría de los países, todos los principales modos de transmisión

sexual a otras parejas sexuales), mientras que en América Central, la mayoría de las infecciones por el VIH parecen producirse por transmisión sexual (tanto heterosexual como entre varones). En el Caribe, predomina la transmisión heterosexual (y, en muchos casos, asociada al comercio sexual), aunque en Haití, la grave epidemia, que no remite, está ahora muy presente en el conjunto de la población. Una excepción digna de mención la encontramos en Puerto Rico, donde el consumo de drogas intravenosas parece ser el principal transmisor de la epidemia.

Dos de las epidemias más graves de la región son las de la isla La Española (Haití y la República Dominicana). En Haití, con el indicador de salud y otros indicadores de desarrollo más bajos de toda la región, los males se ven dramáticamente agravados por la epidemia de VIH, que, según las estimaciones, se cobra 30.000 vidas por año y ha dejado ya huérfanos a unos 200.000 niños. Los niveles de prevalencia nacional del VIH en Haití se han mantenido en el 5-6% desde finales de los años 80. No están claros los factores que contribuyen a esta evidente estabilización de la prevalencia nacional, si bien hay que señalar que la vigilancia centinela ha demostrado que los niveles de preva-

*Las relaciones sexuales entre varones es una característica importante, si bien no reconocida en su justo grado, de la epidemia en América Latina.*

coexisten en medio de importantes niveles de comportamientos de riesgo; por ejemplo: un inicio de la actividad sexual precoz, las relaciones sexuales sin protección con parejas múltiples, y el uso de material de inyección no estéril. En la mayor parte de los países sudamericanos, el VIH está transmitiéndose básicamente por medio del consumo de drogas intravenosas y las relaciones sexuales entre varones (con la subsiguiente transmisión hetero-

lencia del VIH varían de modo espectacular (desde el elevado porcentaje del 13% en el noroeste hasta el 2-3% en el sur, a lo largo de la frontera con la República Dominicana). Con un 60% de la población menor de 24 años, es muy probable que en Haití se produzca un renovado aumento de la epidemia, principalmente por transmisión heterosexual. La utilización del preservativo es muy baja entre los jóvenes, pese al hecho evidente de que el

Figura 9



Fuentes: (1) Datos de Lima: HIV Infection and AIDS in Americas: lessons and challenges for the future. Provisional Report MAP/ EpiNet, 2003 (2) San Salvador, Ciudad de Guatemala, San Pedro Sula, Datos de Managua y Ciudad de Panamá: Multicenter study of HIV/STD prevalences and socio-behavioral patterns, PASCA/USAID (3) Datos de Buenos Aires: Avila, M., M. Vignoles, S. Maulen, et al., HIV Seroincidence in a Population of Men Having Sex with Men from Buenos Aires, Argentina (4) Datos de Sao Paulo: Grandi, J. L., Oliveria, Orival, et al., Busca Ativa de DST em Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA (5) Datos de Bogotá: MS/INS/LCLCS/NMRC 2000 study (6) Datos de Guayaquil: Guevara J., Suarez P., Albuja C. y col. Seroprevalencia de infección por VIH y Grupos de Riesgo en Ecuador. Revista médica del Vozandes. Vol 14, No.1:7-10, 2002

conocimiento sobre el VIH/SIDA es relativamente alto (si bien más entre los varones que entre las mujeres).

Más al este, en la República Dominicana, los esfuerzos de prevención realizados en los últimos años parecen haber estabilizado la prevalencia del VIH entre la población de 15-24 años en Santo Domingo, la capital del país. Tras haber alcanzado, en la capital, el 3% en 1995, la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas de ese grupo de edad ha disminuido a menos del 1%. Entre los factores de esta reducción parecen figurar el mayor uso del preservativo y la disminución del número de parejas sexuales. No obstante, la situación parece ser diferente en otras ciudades, donde entre las profesionales del sexo se ha registrado una elevada prevalencia del VIH (12%), lo cual indica que es necesario aumentar y sostener los esfuerzos de prevención. Por otra parte, poco es lo que se sabe de las pautas del VIH entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones, aspecto de potencial importancia en la epidemia de este país.

En América central, la prevalencia nacional del VIH ronda el 1% en Guatemala, Honduras y Panamá.

Los nuevos datos procedentes de un estudio internacional sobre la prevalencia del VIH indican que esta prevalencia en los profesionales del sexo varía de modo significativo: de menos del 1% en Nicaragua, el 2% en Panamá, el 4% en El Salvador y el 5% en Guatemala, a más del 10% en Honduras. La prevalencia del VIH entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones ha resultado igualmente alta en dichos países, desde el 9% en Nicaragua al 18% en El Salvador (véase figura 9). Estas conclusiones ponen de relieve la necesidad de aportar más recursos y esfuerzos para hacer frente a la epidemia entre los profesionales del sexo y los varones que tienen relaciones sexuales con varones.

En Colombia y el Perú, la propagación del VIH se concentra principalmente entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones. En Bogotá se ha informado recientemente de que en ese grupo de población la prevalencia del VIH es del 18%, mientras que otra encuesta realizada en la misma ciudad mostró un uso sistemático del preservativo muy bajo en dicho grupo. Se hace hincapié en el considerable potencial para la transmisión del VIH que los varones que tienen relaciones sexuales con varones representan para sus parejas femeninas, y

para sus hijos. Los estudios procedentes del Perú confirman esta preocupación. En la ciudad de Lima se ha registrado una prevalencia del 22% entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones (el porcentaje era del 18% en 1998); en esa ciudad, uno de cada 10 varones encuestados afirmó haber mantenido relaciones sexuales con otros varones (y, de éstos, nueve de cada 10 afirmaron tener también relaciones sexuales con mujeres). La utilización sistemática del preservativo parece ser una rara excepción, sobre todo en las relaciones heterosexuales.

*Muchos países han reforzado recientemente las respuestas al SIDA, pero existe la preocupación de que la inestabilidad económica y social que se registra en parte de la región pueda debilitar dichos programas.*

Aunque en el Brasil la epidemia se ha propagado de los principales centros urbanos a municipios más pequeños de todo el país, la prevalencia mediana del VIH entre mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales se ha mantenido por debajo del 1%, con una escasa variación durante los últimos cinco años. Estamos en parte ante un testimonio de los programas de prevención puestos en marcha desde los años 90, y también de los esfuerzos para ampliar la cobertura de los programas de reducción del daño y otros programas de prevención entre grupos vulnerables (y, además, un programa activo y eficaz para tratar a las personas que viven con el VIH). Sin embargo, el Brasil no puede dormirse sobre los laureles. En Rio Grande do Sul se han registrado tasas de prevalencia del 3-6% entre mujeres que sólo en raras ocasiones acceden al sistema de salud pública. Esos datos hacen temer que en algunas comunidades privadas de derechos civiles pueda averse un serio brote de la epidemia, aunque no se haya detectado. El Ministerio de Salud del país acaba de lanzar una iniciativa para captar, someter a la prueba y (en caso necesario) tratar a las mujeres embarazadas que no acuden regularmente a los centros de atención prenatal.

Será imposible vencer la epidemia hasta que los países no se avengan a las razones ocultas aunque extendidas del consumo de drogas intravenosas y las relaciones sexuales entre varones. Estigmatizar y negar estos comportamientos sólo puede avivar la silenciosa propagación de la epidemia que ya se ha iniciado en esta región. En la actualidad, falta información suficiente acerca de grupos vulnerables que

pueda proporcionar mejores datos para la elaboración de programas del VIH/SIDA. Unos mejores datos epidemiológicos y sobre comportamientos, junto con una movilización social y política reforzada en el ámbito del SIDA, pueden incentivar las respuestas necesarias para hacer frente a las realidades de la epidemia.

En esta región, la respuesta se intensificó a lo largo del pasado año, especialmente en los países más afectados. La proporción de pacientes que

necesitan y reciben tratamiento antirretrovírico en la región varía muchísimo, y si en algunos países la cobertura es de menos del 25%, en otros supera el 75%. En términos generales, se ha estimado que el tratamiento antirretrovírico se administra a casi la mitad de los pacientes que lo necesitan. Sin embargo, varias iniciativas subregionales están aumentando las posibilidades de un mayor acceso en algunos países, incluidos Bahamas, Barbados y Honduras.

Diversos países han aumentado sus presupuestos nacionales para el VIH/SIDA, mientras que en los países de América central y el Caribe, y en comparación con las cifras de hace tres años, los recursos externos para el SIDA se han multiplicado prácticamente por cuatro. También están consolidándose las asociaciones, incluidas aquellas congregadas bajo la cobertura del Grupo de Colaboración Técnica Horizontal (en América Latina) y la Asociación Pancaribeña.

No obstante, el estigma y la discriminación siguen siendo dos importantes obstáculos. Un reciente análisis del gasto nacional destinado al SIDA (realizado por el proyecto SIDALAC, con el apoyo del ONUSIDA), ha puesto de manifiesto, por ejemplo, que la inversión en actividades de prevención y atención dirigidas a las poblaciones más vulnerables (como los varones que tienen relaciones sexuales con varones y los profesionales del sexo) no está todavía a la altura de la importancia que estos grupos tienen en la epidemia. La discriminación parece ser la causa principal de esta tendencia.

# ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE

*La prevalencia del VIH en esta región sigue siendo muy baja, excepción hecha del sur del Sudán y de los recientes brotes entre consumidores de drogas intravenosas en algunos países.*

La idea de que esta región ha eludido la epidemia mundial de VIH no se ve confirmada por las últimas estimaciones, que indican que el año pasado 55.000 personas contrajeron la infección por el VIH, lo cual eleva a 600.000 el número total de personas que viven con el VIH/SIDA en Oriente Medio y África del Norte. En 2003, el SIDA se cobró la vida de 45.000 personas más, y es alta la probabilidad de que en esta región se produzca un aumento considerable del número de infecciones por el VIH.

Actualmente, el país más seriamente afectado es, con mucho, el Sudán, sobre todo en el sur, donde ya ha comenzado una epidemia básicamente heterosexual. Los datos disponibles indican que la prevalencia nacional del VIH en la población adulta es de más del 2%, si bien los conflictos dificultan tanto la vigilancia de la epidemia como la preparación de una respuesta potencialmente eficaz. La última serie de datos de vigilancia indicaron que la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas era, en comparación con Jartum, de seis a ocho veces mayor en el sur del Sudán.

En la mayoría de los restantes países, la propagación del VIH parece hallarse en estado incipiente, aunque los escasos datos de vigilancia disponibles en algunos países podrían significar que no se han producido brotes serios en determinadas poblaciones (incluidos los varones que tienen relaciones sexuales con varones y los consumidores de drogas intravenosas).

Asimismo, entre algunos países parece registrarse un importante desplazamiento de personas infectadas por el VIH. Se cree, por ejemplo, que más de la mitad de las personas que, según datos oficiales,

están infectadas por el VIH en Túnez, han cruzado la frontera con Libia en busca de tratamiento antirretrovírico o para someterse a un tratamiento de desintoxicación. (Túnez viene proporcionando tratamiento antirretrovírico gratuito general desde principios de este siglo.)

La epidemia amenaza con extenderse por diversas vías en la región, incluidas las transfusiones y las donaciones de sangre. Las precauciones universales y los análisis de sangre han reducido enormemente los riesgos de transmisión en los servicios de atención sanitaria de la mayor parte de estos países, pero la transmisión del VIH por la sangre o por productos derivados de la sangre sigue siendo un peligro potencialmente importante en algunos de ellos.

Otra preocupación es el aumento de infecciones por el VIH entre los consumidores de drogas intravenosas, en especial en Bahrein, Libia e Irán; y se ha informado de que se producen infecciones vinculadas a esta vía de transmisión también en Argelia, Egipto, Kuwait, Marruecos, Omán y Túnez. La mayoría de las infecciones por el VIH que se producen en el Irán parecen relacionadas con el consumo de drogas intravenosas; asimismo, se sabe que dentro del sistema penitenciario de ese país los niveles de infección por el VIH son muy altos. La prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas en 10 prisiones iraníes ha alcanzado el elevado nivel del 63%. Se ha calculado que en el Irán podría haber 200.000 consumidores de drogas intravenosas, en su mayoría varones. En el mismo país, un estudio anterior puso de manifiesto que aproximadamente la mitad de los consumidores de dichas drogas eran casados, y una tercera parte de

ellos había afirmado mantener relaciones sexuales extramatrimoniales, lo cual apunta a una vía secundaria de transmisión heterosexual. Hasta la fecha, la epidemia de VIH entre la población adulta en Libia se ha debido al consumo de drogas intravenosas: el 90% de todas las infecciones por el VIH conocidas se producen entre los consumidores de dichas drogas. En un centro libio para el tratamiento de drogodependencias se descubrió que, en los últimos tres años, el 49% de todos los nuevos pacientes era VIH-positivo.

Son varios los otros grupos vulnerables de la región que se exponen al riesgo de infección por el VIH, especialmente los profesionales del sexo y los varones que tienen relaciones sexuales con varones. Por

sión sexual entre varones da cuenta de más del 7% de casos acumulativos de infección por el VIH.

La vigilancia y los datos comportamentales actualizados han sido escasos, aunque en gran parte de la región ya se están tomando medidas para remediar esta situación. En esta región se necesita cuanto antes una prevención eficaz, dirigida a los dos grupos vulnerables, y también a los grupos que podrían entrar en la siguiente fase de propagación del VIH, como los trabajadores migratorios, los refugiados y las personas desplazadas, los trabajadores del transporte por carretera, los turistas, y los jóvenes en general. No obstante, actualmente la región carece incluso de las actividades básicas, como la promoción del uso del preservativo. Hay,

*Los sistemas de vigilancia están mejorando en algunos países, y aumentan los ejemplos de iniciativas de prevención positivas. Sin embargo, la negación y el estigma crean un contexto ideal para la propagación del VIH.*

ejemplo, un reciente informe procedente del Yemen señala que el 7% de los profesionales del sexo son seropositivos. Es necesario realizar estudios más profundos en toda la región a fin de examinar las realidades del comercio sexual, sobre todo el que se produce en la calle, y su potencial contribución a la propagación del VIH, en primer lugar entre los profesionales del sexo y sus clientes, y, posteriormente, a las esposas y los hijos de los clientes.

Se sabe muy poco de la transmisión del VIH entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones en esta región, y esa falta de información se debe en gran medida al estigma asociado a las relaciones sexuales entre varones. Egipto es uno de los pocos países que ha efectuado un seguimiento de la transmisión del VIH entre grupos de varones que tienen relaciones sexuales con varones, entre quienes la prevalencia del VIH parece haber rondado el 1% a finales del siglo xx y comienzos del xxi. En 2001, el porcentaje de casos de SIDA atribuido a los varones que tienen relaciones sexuales con varones se estableció en el 21%. Un examen epidemiológico del VIH realizado en Marruecos arrojó también como resultado que, en los 10 años anteriores, la transmi-

sin embargo, excepciones alentadoras a la que parece ser la actitud general de negación oficial en esta región. Argelia, el Líbano, Irán y Marruecos, por ejemplo, están desarrollando programas de prevención más sólidos, mientras algunos países (especialmente Irán y Libia) parecen más dispuestos a reconocer la existencia de la epidemia asociada con el consumo de drogas intravenosas y a abordarla.

La historia de la epidemia de SIDA presenta numerosas pruebas de que el VIH suele introducirse entre estos grupos antes de propagarse a capas más extensas de la población. Parte del desafío al que hacen frente los países de esta región consiste en erradicar el estigma y la culpa que con tanta frecuencia se asocian a los grupos vulnerables, y también en profundizar el conocimiento y la comprensión de la epidemia en el conjunto de la opinión pública. Las barreras culturales y sociales que impiden dirigir la atención hacia los grupos en alto riesgo pueden llegar a ser tan grandes, que los costos políticos de la prevención se perciben más como un obstáculo que como beneficios potenciales para la salud pública.

# PAÍSES DE INGRESOS ELEVADOS

*La mortalidad por SIDA continúa disminuyendo, gracias a la disponibilidad generalizada de tratamiento antirretrovírico.*

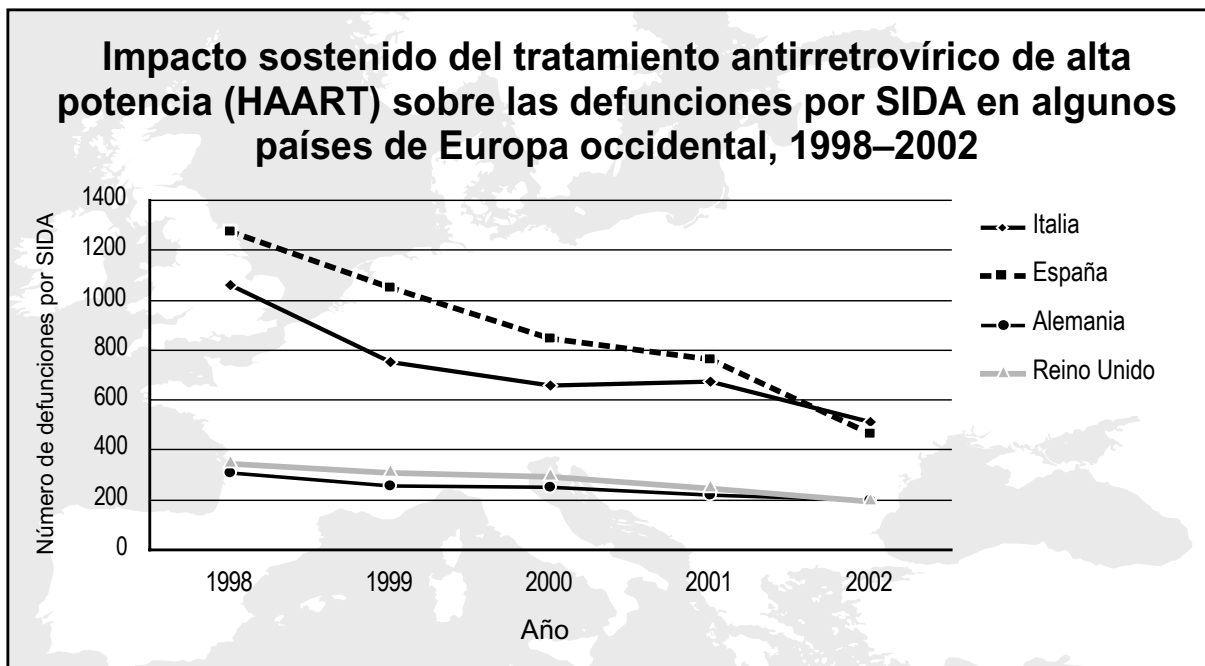
El número total de personas que viven con el VIH sigue aumentando en los países de ingresos elevados, en gran parte a causa del acceso generalizado al tratamiento antirretrovírico. Se calcula que en esos países el número de personas que viven con el VIH es de 1,6 millones, una cifra que incluye a las 80.000 infectadas el año pasado. El SIDA se cobró unas 18.000 vidas el año pasado. Como ilustra la figura 10, el número de muertes anuales por SIDA ha continuado disminuyendo en los países de ingresos elevados, incluidos los de Europa occidental, debido a la disponibilidad generalizada de tratamiento antirretrovírico.

Cada vez es mayor la evidencia de que las actividades de prevención en diversos países de ingresos

elevados no se ajustan a los cambios que se producen en la propagación del VIH. Estas deficiencias son más patentes allí donde el VIH se presenta también en sectores marginados de la población, incluidos los inmigrantes y los refugiados.

En los Estados Unidos de América, alrededor de la mitad de las casi 40.000 nuevas infecciones anuales se registran entre afroamericanos (12% de la población del país), y las mujeres afroamericanas dan cuenta de una creciente proporción de nuevas infecciones. (En términos generales, se calcula que una tercera parte de las nuevas infecciones se produce por contacto heterosexual.) Muchas de esas mujeres no tienen comportamientos de alto riesgo, pero contraen el VIH al mantener relaciones

Figura 10



Fuente: Vigilancia del VIH/SIDA en Europa (2002). Informe de fin de año. Datos recopilados por el Centro Europeo de Vigilancia Epidemiológica del SIDA.

sexuales no protegidas con sus parejas masculinas, que, en gran parte de los casos, también tienen relaciones sexuales con varones o consumen drogas intravenosas. Tras analizar los datos procedentes de 11 estados, un reciente estudio de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos reveló que el 34% de los varones afroamericanos seropositivos afirmaron tener relaciones sexuales tanto con mujeres como con varones. No obstante, sólo una pequeña proporción de las mujeres afroamericanas seropositivas afirmaron saber que sus parejas también tenían relaciones sexuales con varones. El secretismo que rodea a este doble comportamiento de riesgo parece básicamente arraigado en el estigma que sigue asociándose a la homosexualidad. Sus costos son considerables: hoy el SIDA es la principal causa de defunción de mujeres afroamericanas de 25 a 34 años de edad. Según los CDC, un 90% de los jóvenes varones afroamericanos VIH-positivos que viven en las ciudades, y que tienen relaciones sexuales con varones, no saben que son seropositivos. En general, se estima que por lo menos una cuarta parte de las entre 850.000 y 950.000 personas que viven con el VIH/SIDA en los Estados Unidos no sabe que es VIH-positiva.

Las relaciones sexuales entre varones siguen siendo un importante aspecto de la epidemia en la mayoría de los países de ingresos elevados. En Alemania, Grecia y los Países Bajos, es el modo más común de transmisión del VIH, mientras que en los Estados Unidos (en 2002) y en Australia (en 2001), fue la

Francia, Irlanda, los Países Bajos y el Reino Unido han comunicado brotes de sífilis en varones que tienen relaciones sexuales con varones; por ejemplo, en los Países Bajos en 2002 aumentó en un 182% el número de nuevos casos de sífilis en varones que tienen relaciones sexuales con varones. En Inglaterra y Gales, los diagnósticos de blenorragia en clínicas especializadas en infecciones de transmisión sexual aumentaron en un 102% en 1995-2000, y los aumentos más pronunciados se observan entre los adolescentes de más edad (16-19 años); Australia, por su parte, presenta sus tasas de incidencia de blenorragia más altas entre adultos de 15-39 años desde 1997. Los casos de blenorragia declarados han aumentado también en los Países Bajos, Suecia y Suiza, lo cual parecería indicar que las actividades actuales de prevención tienen escasa repercusión entre la generación más joven.

En Japón se está produciendo un aumento constante de las infecciones por el VIH. El número de nuevos casos de VIH declarados anualmente se ha duplicado desde los años 90, llegando a más de 600 en 2001 y 2002. Ese aumento se ha visto acompañado, en el mismo periodo, de un incremento de otras infecciones de transmisión sexual: desde 1995, la tasa de Chlamydia entre las mujeres ha aumentado en más del 50%. Asimismo, existen pruebas de una actividad sexual más generalizada entre los jóvenes japoneses (lo cual se refleja en el porcentaje de jóvenes que han tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 19 años).

*Siguiendo una tendencia de los últimos años, existen más pruebas de que aumentan las tasas de otras infecciones de transmisión sexual, lo cual puede presagiar nuevos aumentos de la incidencia del VIH.*

causa del 42% y el 86% respectivamente de los nuevos diagnósticos de VIH. Sin embargo, la reaparición de otras infecciones de transmisión sexual en Australia, Japón, Europa occidental y los Estados Unidos apuntan a un regreso a los comportamientos sexuales de alto riesgo, especialmente entre los jóvenes, incluidos los varones que tienen relaciones sexuales con varones. Los programas de prevención que consiguieron muy buenos resultados en la contención de la transmisión del VIH en los años 90, sobre todo entre los varones que mantienen relaciones sexuales con varones, parecen haber quedado en suspenso en muchos países de ingresos elevados.

En los países de Europa occidental que notifican casos de VIH, es posible que el modo más común de transmisión del VIH sea el coito heterosexual. Sin embargo, una gran parte de las nuevas infecciones por el VIH notificadas en esos países en 2002 se ha atribuido al importante número de personas que han contraído la infección en otros lugares, por ejemplo en algún país con una elevada prevalencia del VIH. La mayoría de dichos casos se han registrado en el Reino Unido (donde el número de diagnósticos de VIH notificados en 2002 fue el doble que en 1998), y en Alemania (donde el año pasado los nuevos diagnósticos de casos de VIH aumentaron

por primera vez desde 1997). En el Reino Unido, el 70% de los casos de VIH por transmisión heterosexual se produjo entre personas que habían contraído el VIH mientras vivían en países con una epidemia generalizada. Al parecer, las infecciones por el VIH contraídas en otros lugares del mundo han sido la causa de una parte considerable de los nuevos diagnósticos en los Países Bajos, Noruega y Suecia. Es fundamental que los programas de prevención, tratamiento y atención se adapten a fin de hacerlos llegar a todas las personas afectadas por el VIH/SIDA, en especial a aquellas cuyos idioma, cultura o condición de inmigrantes pueda limitar su acceso a los servicios.

El papel del consumo de drogas intravenosas en la epidemia de VIH es variable en los países de ingresos elevados. En los Estados Unidos de América y el Canadá, aproximadamente el 25% de

las nuevas infecciones por el VIH se ha atribuido al consumo de drogas intravenosas, mientras que en Australia dicho consumo da cuenta de menos del 10% de los nuevos diagnósticos de VIH. En Europa, poco más del 10% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2002 se debieron al consumo de drogas intravenosas, aunque en Portugal esa vía de transmisión causó casi la mitad del número total de infecciones por el VIH el mismo año. (Sin embargo, ese país está registrando un importante aumento de infecciones de transmisión sexual, tanto heterosexuales como entre varones.) Estas pautas ponen de relieve la necesidad de unos programas de prevención (y tratamiento) que lleguen a los consumidores de drogas intravenosas, incluidos los que se encuentran en prisiones y los que pertenecen a minorías marginadas. En el Canadá, por ejemplo, los aborígenes están excesivamente representados entre los consumidores de drogas intravenosas.

# ELIMINAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

El estigma y la discriminación bloquean los esfuerzos para controlar la epidemia mundial y crean un clima ideal para su expansión. Esos dos factores unidos constituyen uno de los mayores obstáculos para prevenir nuevas infecciones, prestar la atención, apoyo y tratamiento adecuados, y mitigar el impacto de la epidemia.

El estigma y la discriminación socavan la prevención al hacer que las personas tengan miedo de descubrir si están infectadas o no lo están, y las desalientan de adoptar medidas de prevención: por ejemplo, insistir en la utilización de un preservativo en una relación sexual, cosa que podría interpretarse como un reconocimiento de que están infectadas.

El estigma y la discriminación también crean una falsa sensación de seguridad que contrarresta los esfuerzos de prevención. A menudo el estigma y la discriminación se basan en prejuicios y pautas de exclusión social existentes. Al asociar el VIH/SIDA con los grupos de individuos percibidos como “excluidos”, las personas conciben la ilusión de que en su caso no están expuestas al riesgo de infectarse. Como consecuencia de ello, es posible que no puedan dejar de perpetuar comportamientos de riesgo (como las relaciones sexuales peligrosas) porque crean que actuando de otro modo podrían levantar sospechas sobre su estado relacionado con el VIH.

El miedo a la discriminación impide que las personas soliciten tratamiento para el SIDA. Es posible también que se las disuada de utilizar los

servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, un elemento esencial en los programas de prevención, tratamiento y atención. Así pues, las personas que viven con el VIH pueden quedarse aisladas y sin la atención y el apoyo que podrían reducir el impacto de la epidemia.

Incluso cuando acuden a los servicios en busca de atención y apoyo, es posible que las personas infectadas por el VIH experimenten las crueles repercusiones del estigma y la discriminación. Tal como señalan estudios recientes, aquellos que solicitan atención o asesoramiento pueden verse rechazados por los mismos servicios que deberían ayudarlos.

Por ejemplo, en una encuesta llevada a cabo en 2002 entre aproximadamente mil médicos, enfermeras y comadronas en cuatro estados nigerianos, se obtuvieron respuestas inquietantes. Uno de cada 10 médicos y enfermeras admitieron haber rechazado atender a un paciente de VIH/SIDA, o habían denegado el ingreso en un hospital a pacientes de VIH/SIDA. Cerca del 40% opinaba que la apariencia de una persona delataba su estado positivo respecto al VIH, y el 20% consideraba que las personas que viven con el VIH/SIDA habían tenido un comportamiento inmoral y merecían su suerte. Al parecer, la falta de conocimientos sobre el virus (a menudo acompañada de actitudes denigrantes hacia las personas que viven con el VIH/SIDA) era uno de los factores que avivaba la discriminación. Otro factor era el temor manifestado por los médicos y enfermeras a exponerse a la posible infección como resultado de

## En la calle

Mi hijo adoptivo Michael, de ocho años, nació seropositivo y se le diagnosticó el SIDA a los ocho meses de edad. Lo acogí en nuestro hogar familiar, en un pequeño pueblo del sudeste de Inglaterra. Al principio, las relaciones con la escuela local eran muy buenas, y Michael creció allí. Solamente el director y el maestro de la clase de Michael tenían conocimiento de su enfermedad. Entonces alguien rompió la confidencialidad y le explicó a un padre que Michael tenía el SIDA. Ese padre, obviamente, se lo contó a los demás. Esto sembró tal pánico y hostilidad que nos vimos obligados a irnos de la zona. El riesgo es para Michael y para nosotros, su familia. La oclocracia es peligrosa. La ignorancia acerca del VIH hace que las personas estén atemorizadas. Y los que están atemorizados no actúan racionalmente. No sería nada extraño que nos volvieran a echar de casa otra vez.

*“Debbie” hablando ante el Fondo Nacional del SIDA, Reino Unido, 2002*

## ¿Qué aviva el estigma y la discriminación?

El estigma desvaloriza y desacredita a las personas, provocando vergüenza e inseguridad. En el contexto del SIDA, puede incitar a buscar victimizar, culpar y castigar a determinadas personas (o grupos) para hacer desmerecer el hecho de que todo el mundo está expuesto al riesgo. El estigma se aprovecha de los prejuicios y las pautas de exclusión existentes y margina aún más a las personas que por su condición es posible que ya sean más vulnerables al VIH/SIDA. Nace de la asociación del VIH/SIDA con el sexo, la enfermedad y la muerte, y con comportamientos que pueden ser ilegales, tabú o estar prohibidos, como las relaciones sexuales pre y extramatrimoniales, el trabajo sexual, las relaciones sexuales entre varones y el consumo de drogas intravenosas.

El estigma es perjudicial, por sí mismo (porque puede conducir a sentimientos de vergüenza, culpabilidad y aislamiento de las personas que viven con el VIH) y porque incita a las personas a actuar de tal manera –acciones que adoptan la forma de discriminación relacionada con el VIH– que dañan directamente a otros y les niegan servicios o derechos. Este trato injusto puede ser equivalente a una violación de los derechos humanos.

la falta de equipo protector. Según parece, también contribuía a esta situación la frustración causada por el hecho de no disponer de medicamentos para tratar a los pacientes de VIH/SIDA, a quienes por consiguiente se consideraba como “predestinados” a morir. Estudios realizados en otras regiones ponen de manifiesto que esas actitudes y acciones son la norma común. En Filipinas, una encuesta reciente efectuada entre personas que vivían con el VIH/SIDA puso al descubierto que cerca del 50% había sufrido discriminación por parte de trabajadores de salud, mientras que en Tailandia, el 11% de las personas encuestadas reveló que le habían denegado el acceso a medicamentos por causa de su estado seropositivo y el 9% había experimentado demoras en el tratamiento. De acuerdo con una reciente investigación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en la India alrededor del 70% de las personas que viven con el VIH/SIDA dice que ha sufrido

discriminación, por lo general dentro de la familia y en los establecimientos de salud. Esas experiencias han evidenciado la necesidad de realizar esfuerzos para fomentar una mayor participación de las personas que viven con el VIH/SIDA en la India, donde algunas ONG y redes de personas VIH-positivas están trabajando para reducir la discriminación en los hospitales locales.

Muchas personas que viven con el VIH/SIDA no tienen la elección de decidir cómo, cuándo y a quién revelar su seropositividad respecto al VIH. En una encuesta reciente, el 29% de las personas que vivían con el VIH/SIDA en la India, el 38% en Indonesia y más del 40% en Tailandia declararon que su seropositividad había sido revelada a otras personas sin su consentimiento. En muchos casos, los resultados de la prueba se dieron a conocer a personas distintas de la esposa o familiares; uno de cada nueve encuestados en el estudio de Tailandia

## Aprender a fuerza de sinsabores

El alcance del estigma y la discriminación no deberían subestimarse. En Kerala (India), dos niños huérfanos fueron expulsados de la escuela en 2003, y luego se les denegó el ingreso en otras escuelas. ¿Por qué motivo? Porque eran VIH-positivos. Como respuesta, los dos niños y su abuelo, siguiendo la tradición de Gandhi, iniciaron una huelga de hambre frente al despacho del Primer Ministro esgrimiendo su derecho a la enseñanza. El Primer Ministro se enterneció y ordenó que los admitiera una escuela estatal. Sin embargo, después de una reunión de la asociación de padres y maestros, los alumnos de esa escuela respondieron con un boicot en protesta contra la decisión. Doblándose ante la presión, el Gobierno ordenó entonces que los niños fueran escolarizados en casa, prohibiéndoles de hecho la interacción social con otros niños.

El Presidente, el Ministro de Salud, las autoridades locales del SIDA y los activistas del SIDA de la India trabajaron con la comunidad y le hicieron un llamamiento para que disipara los temores y las ideas erróneas que imperan en ese poblado país. No obstante, para final de 2003, casi seis meses después del fracaso, los dos niños seguían viendo obligados a recibir las lecciones escolares y rendir los exámenes en casa. A pesar de diversos llamamientos efectuados por altos funcionarios, la comunidad se ha mantenido firme y ha aislado a los dos huérfanos.

manifestó que había sido revelado su estado a funcionarios del Gobierno. Estos tipos de violaciones del derecho a la intimidad socavan los programas del VIH/SIDA al disuadir a las personas de conocer su estado serológico y, en última instancia, amenazar la salud pública propiciando que las personas transmitan sin saberlo a otras personas el VIH.

Teniendo en cuenta los estrechos vínculos que existen entre el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA y las violaciones de los derechos humanos, es necesario poner en marcha múltiples intervenciones. Hay que adoptar medidas para prevenir el estigma y oponerse a la discriminación cuando se produzcan, al igual que vigilar y reparar las violaciones de los derechos humanos. Está fuera de cualquier duda que todo el mundo –desde los líderes políticos y sociales hasta los miembros de la comunidad y los profesionales del espectáculo– tiene un papel para desempeñar en la lucha contra el estigma y la discriminación.

Cada día son más numerosas las iniciativas que están haciendo frente con éxito a la negación, la ignorancia y el miedo que dan alas al ciclo del estigma, la discriminación y los abusos de los derechos humanos. Algunas de las iniciativas más poderosas para doblegar el estigma y la discrimina-

cionarse muchas muestras, como los programas para la capacitación de dirigentes en Zambia o las actividades de información y sensibilización en los periódicos y programas de televisión organizadas por el “Movimiento Positivo” de Belarús. El enfoque centrado en la comunidad adoptado en Zambia, por ejemplo, impulsó a los jefes del distrito de Lundazi a dar ejemplo y someterse a la prueba del VIH, movilizándolo con éxito a los miembros de la comunidad a seguir a sus jefes. Y fueron aún más lejos, decretando medidas contra el desheredamiento de las viudas y otras prácticas discriminatorias para las mujeres y las niñas que las hacían más vulnerables a la infección.

El servicio de consulta telefónica directa sobre el VIH/SIDA de Egipto está contribuyendo a romper el secretismo y la ignorancia en torno de la sexualidad y el VIH/SIDA. Ese proyecto facilita información precisa sobre el VIH/SIDA y proporciona asesoramiento anónimo. Su personal atiende a cerca de 5.000 llamadas por año, las dos terceras partes de personas de 18 a 35 años de edad, y el 20% de mujeres. Las llamadas provienen de todo el país, e incluso de otras naciones de habla árabe. Este servicio también contribuye a difundir el mensaje pronto. Kami, una muñeca Muppet VIH-positiva,

## ¿A quién le importa?

Para romper el ciclo del estigma, la discriminación y los abusos de los derechos humanos es vital facilitar un mayor acceso a la atención, prevención y tratamiento eficaces.

En los lugares donde no está disponible el tratamiento, es posible que las personas se sientan poco motivadas para descubrir su estado serológico respecto al VIH: con mayor razón si el resultado probable de saber que son VIH-positivos es el rechazo y la discriminación. El mayor acceso al tratamiento es uno de los incentivos más poderosos para que las personas deseen conocer su estado respecto al VIH. Y la perspectiva de una vida más larga y productiva para las personas infunde estímulo a las comunidades para que hagan una nueva valoración del modo en que se relacionan con las personas que viven con el VIH/SIDA, creando una sensación de esperanza y reduciendo las ansiedades que pueden desencadenar el estigma.

La OMS y el ONUSIDA están abanderando una audaz iniciativa para suministrar tratamiento antirretrovírico a tres millones de personas en las zonas más necesitadas para final del 2005. Además, un número creciente de países está estableciendo programas nacionales integrales de prevención y atención. Esas iniciativas pueden ayudar a eliminar el manto de sospecha y secretismo que envuelve a la epidemia.

ción relacionados con el VIH/SIDA se basan en la participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA. En todo el mundo, esas personas han creado organizaciones, realizado campañas e incluso convocado movimientos de masas que movilizan la acción contra la epidemia y ejercen presión sobre los líderes de sus países para que aborden la epidemia con resolución. Podrían

aparece en un programa de la televisión sudafricana, Talkalani Sesame, en que aborda con sus amigos cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA. El objetivo de este programa es exponer al público, mayoritariamente niños y niñas de 3 a 6 años, al estigma y la discriminación relacionados con el SIDA y plantear distintas formas de oponerse a ellos o superarlos.

## Cumplir las promesas

Como parte de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA, redactada en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en junio de 2001, los Estados Miembros acordaron:

*... para 2003, promulgar, fortalecer o hacer cumplir, según proceda, leyes, reglamentos y otras medidas a fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con el VIH/SIDA y los miembros de grupos vulnerables, y asegurarles el pleno disfrute de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales; en particular, darles acceso a, entre otras cosas, educación, derecho de sucesión, empleo, atención de la salud, servicios sociales y de salud, prevención, apoyo, tratamiento, información y protección jurídica, respetando al mismo tiempo su intimidad y la confidencialidad; y elaborar estrategias para combatir el estigma y la exclusión social asociados a la epidemia. (párrafo 58)*

Si bien algunas empresas siguen prefiriendo desplazar la carga del VIH/SIDA a otra parte –exigiendo la prueba del VIH antes de contratar a alguien, reduciendo o eliminando las prestaciones médicas a los empleados seropositivos o incluso echándolos-, un creciente número de ellas están empezando a instaurar programas de prevención y atención en el lugar de trabajo. Algunas, como Volkswagen del Brasil, ofrecen a sus trabajadores terapia antirretrovírica y otros tratamientos relacionados con el SIDA. El programa AIDS Care de dicha empresa, que hace varios años que está en funcionamiento, incluye educación sobre prevención, distribución gratuita de preservativos, y asesoramiento y apoyo, así como terapia antirretrovírica y pruebas clínicas para vigilar el tratamiento. También se han adoptado medidas antidiscriminatorias, como garantizar el derecho a la confidencialidad para los empleados que viven con el VIH/SIDA y prohibir las pruebas obligato-

rias y el despido de los trabajadores con el VIH. Al cabo de pocos años de instaurarse este programa, la empresa comunicó un marcado descenso en el número de hospitalizaciones y una considerable reducción en los costos de tratamiento y atención. Los programas en el lugar de trabajo como el que se menciona aquí pueden hacer frente con éxito al estigma y la discriminación relacionados con el VIH.

Mientras tanto, la Ley de Control y Prevención del VIH/SIDA de Filipinas sigue siendo una muestra de cómo una legislación con disposiciones firmes para proteger a las personas que viven con el VIH/SIDA puede ser un instrumento útil para luchar contra la discriminación relacionada con el VIH. Entornos legislativos y normativos de apoyo de esta índole pueden ayudar a potenciar las comunidades para hacer frente con más eficacia al estigma, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos.

## Oponer la ley al estigma y la discriminación

La legislación puede ser un arma poderosa contra el estigma y la discriminación. Por ejemplo, desde final de los años 80, Acción Ciudadana Contra el SIDA, de Venezuela, lucha contra las violaciones de los derechos humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA. Esa organización proporciona asesoramiento jurídico gratuito, interviene en casos y se ocupa de apelaciones jurídicas sobre casos de discriminación en el empleo, en la práctica médica y en los servicios sociales. Ha ayudado asimismo a ampliar el alcance de un programa de tratamiento y atención establecido dentro del sistema de seguridad social del país, y contribuyó a obtener fármacos antiretrovíricos y otros tratamientos, asistencia confidencial y pensiones para cuatro demandantes militares en un caso contra el Ministerio de Defensa que marcó un hito. Ese caso sentó un precedente para los derechos al trabajo, la intimidad, la no discriminación, la dignidad, la “atención psicológica y económica” y la asistencia sanitaria para todo el personal militar. En julio de 1999, el Tribunal Supremo ordenó al Ministerio de Salud que facilitase gratuitamente terapia antirretrovírica, tratamiento para infecciones oportunistas y pruebas diagnósticas a todos los ciudadanos venezolanos que vivían con el VIH/SIDA.

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA solamente podrán reducirse si se abordan simultáneamente en diversos frentes:

- dentro de las comunidades, donde las iniciativas basadas en los medios de comunicación pueden dirigirse a la opinión pública para mejorar el entorno de las personas que viven con el VIH/SIDA;
- en espacios como los lugares de trabajo, los hospitales y dispensarios, los lugares de culto y centros docentes, donde unas políticas y unos programas educativos equitativos pueden contrarrestar el estigma, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos; y
- en los tribunales, donde las personas pueden ampararse en los derechos y deberes jurídicos para fomentar y proteger los derechos humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA.

## MAPAS

---

Estimaciones mundiales para adultos y niños, final de 2003

Número estimado de adultos y niños que vivían con el VIH/SIDA a final de 2003

Número estimado de nuevos casos de infección por el VIH en adultos y niños en 2003

Número estimado de defunciones causadas por el VIH/SIDA en adultos y niños durante 2003

# ESTIMACIONES MUNDIALES PARA ADULTOS Y NIÑOS, FINAL DE 2003

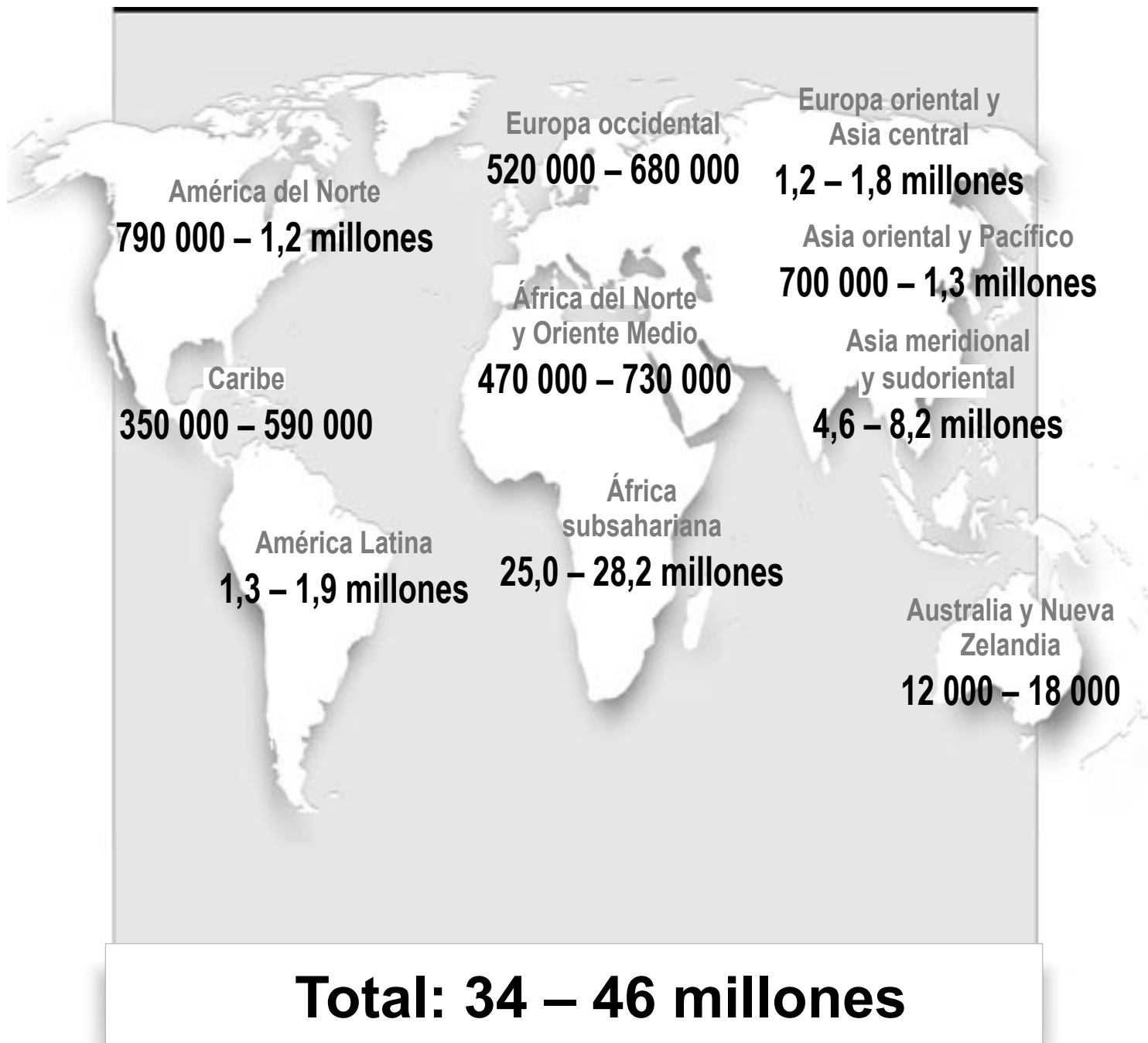


<b>Personas que vivían con el VIH/SIDA .....</b>	<b>40 millones (34 – 46 millones)</b>
<b>Nuevas infecciones por el VIH en 2003 .....</b>	<b>5 millones (4,2 – 5,8 millones)</b>
<b>Defunciones causadas por el VIH/SIDA en 2003 ...</b>	<b>3 millones (2,5 – 3,5 millones)</b>

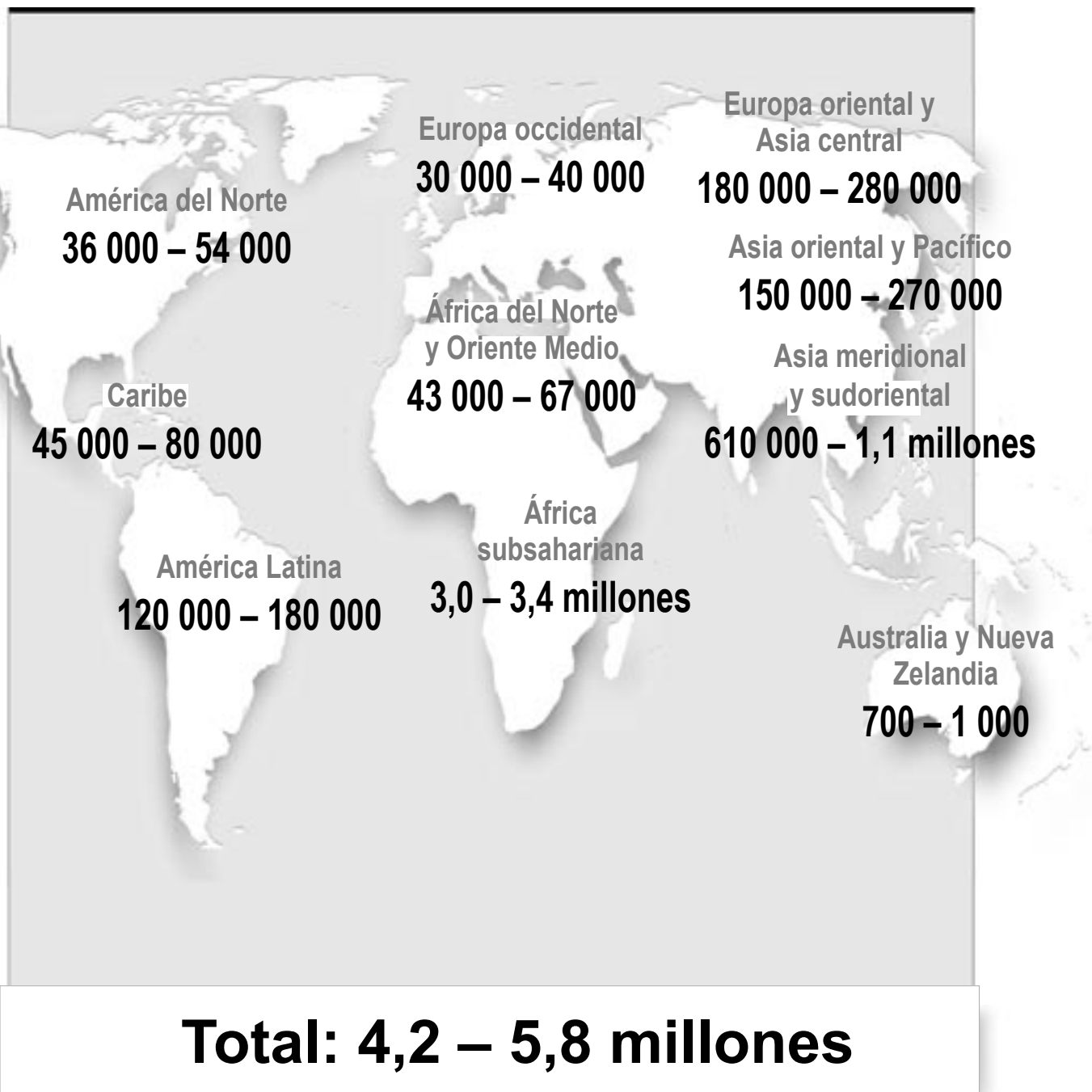
Los márgenes de variación de las estimaciones presentadas en este cuadro definen los límites dentro de los que se encuentran las cifras reales, y se basan en la mejor información disponible. Esos márgenes son más precisos que los de años anteriores, y se está trabajando para aumentar más aún la precisión de las estimaciones que se darán a conocer a mediados de 2004.



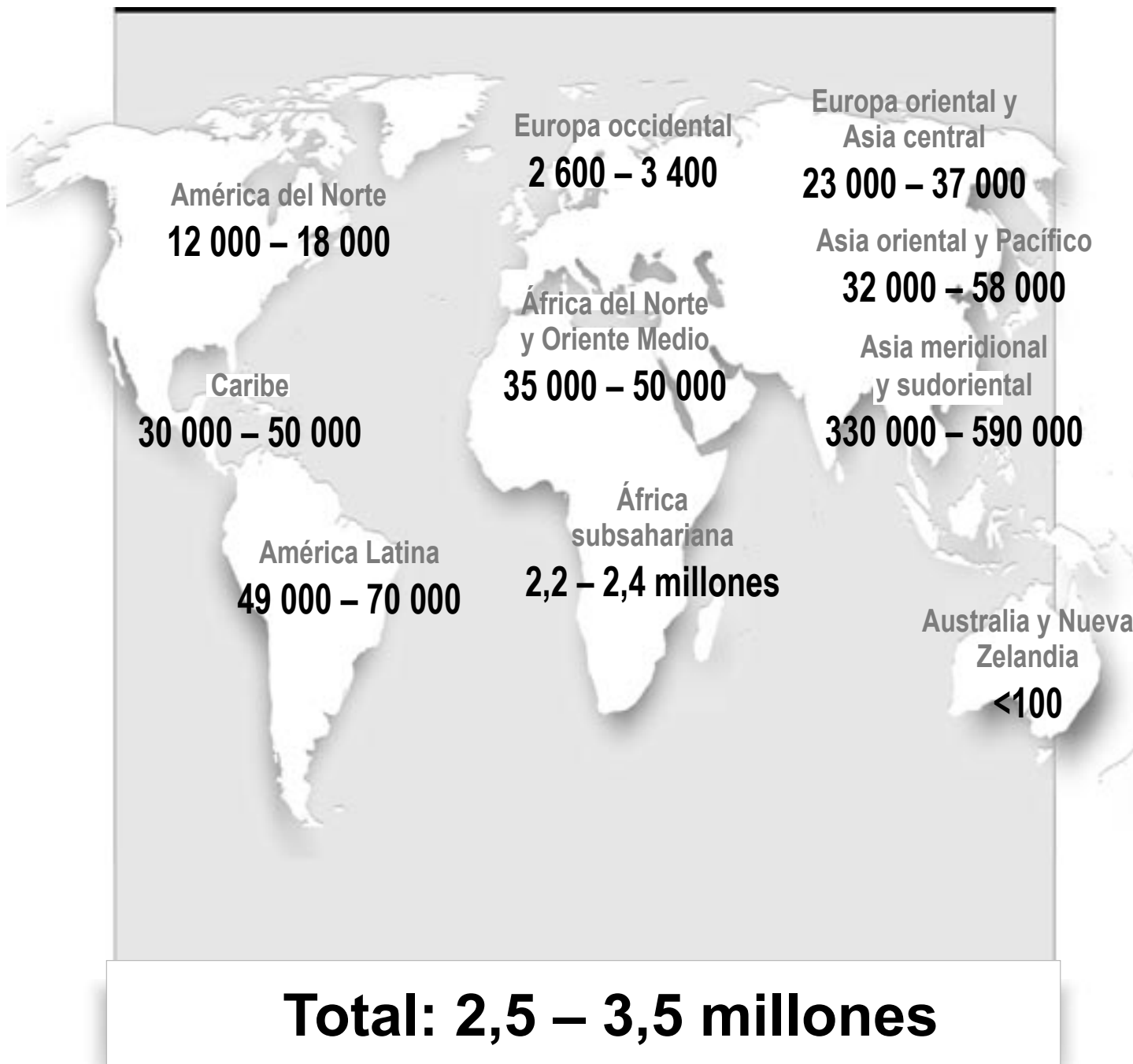
# NÚMERO ESTIMADO DE ADULTOS Y NIÑOS QUE VIVÍAN CON EL VIH/SIDA A FINAL DE 2003



# NÚMERO ESTIMADO DE NUEVOS CASOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN ADULTOS Y NIÑOS EN 2003



# NÚMERO ESTIMADO DE DEFUNCIONES CAUSADAS POR EL VIH/SIDA EN ADULTOS Y NIÑOS DURANTE 2003



# NOTAS

---

# NOTAS

---



## **Nota explicativa sobre las estimaciones del ONUSIDA/OMS**

Las estimaciones del ONUSIDA/OMS presentadas en el presente documento, que son provisionales, están basadas en los datos más recientes disponibles sobre la propagación del VIH en los países de todo el mundo. 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 obtenerlas. Debido a esos progresos y a los que se alcancen en el futuro, las nuevas estimaciones no se pueden comparar directamente con las de años anteriores ni con las que puedan publicarse subsiguientemente.

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.

El ONUSIDA y la OMS continuarán trabajando con los países, las organizaciones asociadas y los expertos para mejorar la recopilación de datos. Esos esfuerzos harán posible que las mejores estimaciones posibles estén a disposición para asistir a los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y otros organismos en la medida del estado de la epidemia y la vigilancia de la eficacia de sus destacados esfuerzos de prevención y atención.

La *Situación de la epidemia de SIDA* informa anualmente de la evolución de la epidemia. La edición correspondiente a 2003, acompañada de mapas y resúmenes regionales, proporciona las estimaciones más recientes del alcance de la epidemia y de la mortalidad que causa, examina las nuevas tendencias en su evolución y presenta una sección especial sobre el estigma y la discriminación.

**Estos son algunos de los síntomas más dolorosos del VIH/SIDA.**

**No me  
dejan que  
hable contigo.  
Me repugnas  
Confiaba en ti ¿Cómo pudiste  
Has deshonrado a hacerme  
la familia. esto?  
Te lo merecías**

Ayúdanos a combatir  
el miedo, la vergüenza,  
la ignorancia y la injusticia  
en todo el mundo.

**Vive y deja vivir.**