

De frente a la pandemia del VIH/SIDA

*por Peter Lamptey, Merywen Wigley, Dara Carr
e Yvette Collymore*

El VIH/SIDA ha revertido los logros que, con mucho esfuerzo, se han alcanzado en materia de salud y desarrollo.

La falta de recursos obstaculiza la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA.

La peor parte de la epidemia del VIH/SIDA aún no ha ocurrido.

Population Reference Bureau (PRB)

El Population Reference Bureau fue fundado en 1929, y es el líder en proporcionar información oportuna y objetiva sobre las tendencias de población nacionales e internacionales y sus consecuencias. Mediante una gran variedad de actividades (como publicaciones, servicios de información, conferencias, talleres y apoyo técnico), el PRB mantiene informadas a las autoridades normativas, educadores, medios de comunicación y ciudadanos de todo el mundo interesados en velar por el bien público. Nuestra labor es financiada mediante contratos gubernamentales, subvenciones provenientes de fundaciones e individuos, contribuciones de empresas y particulares y la venta de publicaciones. El PRB está regido por un Consejo de administración cuyos miembros representan diversos intereses profesionales y de la comunidad.

Directores

Michael P. Bentzen, *presidente del consejo*

Socio, Hughes and Bentzen, PLLC, Washington, D.C.

Patricia Gober, *vicepresidenta del consejo*

Profesora de geografía, Arizona State University, Tempe, Arizona

Peter J. Donaldson, *presidente*

Population Reference Bureau, Washington, D.C.

Montague Yudelman, *secretario del consejo*

Socio mayor, Fondo Mundial para la Naturaleza, Washington, D.C.

Richard F. Hokenson, *tesorero del consejo*

Director de investigación demográfica, Credit Suisse First Boston, Nueva York

Miembros del Consejo de administración

Jodie T. Allen, *editora asistente de gerencia, U.S. News & World Report, Washington, D.C.*

Patty Perkins Andringa, *asesora y facilitadora, Bethesda, Maryland*

Pape Syr Diagne, *director, Centre for African Family Studies, Nairobi, Kenia*

Bert T. Edwards, *director ejecutivo, Office of Historical Trust Accounting, Office of the Secretary,*

Departamento del Interior de los Estados Unidos, Washington, D.C.

James H. Johnson Jr., *William Rand Kenan Jr. director y profesor benemérito, Urban Investment*

Strategies Center, University of North Carolina, Chapel Hill, Carolina del Norte

Terry D. Peigh, *vicepresidente ejecutivo y director de operaciones comerciales, Foote, Cone and Belding,*

Chicago, Illinois

Francis L. Price, *presidente y CEO, Q3 Industries and Interact Performance Systems, Columbus, Ohio*

Douglas Richardson, *director ejecutivo, Association of American Geographers, Washington, D.C.*

Gary B. Schermerhorn, *director gerente de tecnología, Goldman, Sachs & Company, Nueva York*

Barbara Boyle Torrey, *consultora y escritora independiente, Washington, D.C.*

Amy Ong Tsui, *profesora y directora, Bill and Melinda Gates Institute for Population and Reproductive*

Health, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland

Mildred Marcy, *directora emérita*

Editora: Mary Mederios Kent

Producción/diseño: Heather Lilley

El *Population Bulletin* es publicado trimestralmente y es distribuido a los miembros del Population Reference Bureau. Los *Population Bulletin* también están disponibles a US\$7 por copia (descuentos por pedidos al por mayor). Para integrarse al PRB o para solicitar materiales del PRB, póngase en contacto con PRB, 1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009-5728, EE.UU.; Teléfono: 202-483-1100 ó 800-877-9881; Fax: 202-328-3937; E-mail: popref@prb.org; Sitio Web: www.prb.org.

Si efectúa una cita de esta publicación, se sugiere utilizar la siguiente: Peter Lamptey, Merywen Wigley, Dara Carr e Yvette Collymore, "De frente a la pandemia del VIH/SIDA", *Population Bulletin* 57, N° 3 (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2002). Para solicitar la autorización de reproducir partes del *Population Bulletin*, escriba al PRB con atención a: Permissions.

De frente a la pandemia del VIH/SIDA

Introducción	3
Realidades acerca del VIH/SIDA	4
Riesgo y vulnerabilidad	5
<i>Cuadro 1. Cómo estimar las cifras del VIH.</i>	6
Estigma y discriminación	9
Epidemia mundial del VIH/SIDA	9
<i>Gráfico 1. Personas que viven con el VIH/SIDA por región del mundo, 1981-2001</i>	10
<i>Tabla 1. Indicadores de la epidemia del VIH/SIDA por región del mundo, 2001.</i>	11
<i>Gráfico 2. Prevalencia del VIH por país, 2001</i>	12
<i>Gráfico 3. Prevalencia del VIH en el África subsahariana, 1986-2001</i>	13
Efectos demográficos y en la salud	17
<i>Tabla 2. Efecto del VIH/SIDA en la mortalidad infantil en países seleccionados, 2002.</i>	18
<i>Gráfico 4. Efecto del VIH/SIDA en la expectativa de vida para el 2010 en países seleccionados.</i>	19
<i>Gráfico 5. Población proyectada de Uganda con y sin SIDA, 1985-2050</i> . . .	20
<i>Gráfico 6. Población proyectada de Sudáfrica con y sin SIDA, 1990-2050</i> . . .	20
<i>Gráfico 7. Estructura proyectada de la población de Botswana para el 2020, con y sin SIDA</i>	21
Impacto social y económico	20
<i>Gráfico 8. Impacto del VIH/SIDA en una empresa.</i>	22
<i>Gráfico 9. Pérdida proyectada de fuerza laboral agrícola a causa del VIH/SIDA, países africanos seleccionados, 1985-2020</i>	23
Prevención y atención	25
<i>Gráfico 10. Continuo de atención y prevención del VIH/SIDA.</i>	25
<i>Tabla 3. Riesgo de infección del VIH según modo de exposición y aporte a las infecciones mundiales</i>	26
Satisfacción de las necesidades	30
<i>Gráfico 11. La asesoría y las pruebas voluntarias constituyen un punto de partida para la prevención y el cuidado del VIH</i>	31

Sigue en la página 2

Desafíos	32
<i>Cuadro 2. Conferencia internacional sobre el SIDA, Barcelona:</i>	
Enfoque en el tratamiento	33
Conclusión	37
Referencias	39
Material de consulta sugerido	43

Acerca de los autores

Peter Lamptey preside el Instituto para el VIH/SIDA de Family Health International (FHI). En este instituto, está a cargo del Proyecto de Implementación de la Prevención y Atención del SIDA (IMPACT, por sus siglas en inglés), financiado por USAID, con programas en el África subsahariana, Asia, Europa oriental, América Latina y el Caribe. El doctor Lamptey es especialista en salud pública con experiencia en el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual y en la propagación de enfermedades virales e infecciosas en los países menos desarrollados. Ha publicado una serie de artículos sobre la prevención del VIH en comunidades de escasos recursos y ha editado guías de referencia y manuales técnicos.

Meryuen Wigley es oficial técnica asociada del Instituto para el VIH/SIDA de FHI, donde presta su apoyo en materias de investigación, aspectos técnicos y redacción. Anteriormente se desempeñaba como investigadora asociada de la Iniciativa para el Control de la Esquistosomiasis de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, donde obtuvo el grado de Magister en Ciencias en el área de población y salud internacional.

Dara Carr es directora técnica para comunicaciones en salud del Population Reference Bureau (PRB). Ha escrito diversas publicaciones sobre salud infantil y reproductiva. Cuenta con más de 10 años de experiencia en la administración de proyectos de investigación en materia de comunicación en África y Asia.

Yvette Collimore es jefa de redacción del PRB. Cuenta con más de 15 años de experiencia como editora y periodista en prensa escrita, televisión y otros medios electrónicos. Ha trabajado en países más y menos desarrollados y ha publicado una amplia gama de documentos sobre temas relacionados con el VIH/SIDA y la salud infantil y reproductiva.

Los autores desean agradecerles a James Curran y a Roy Widdus sus valiosos comentarios y sugerencias. Además, agradecen los comentarios de Robert Ritzenthaler, quien revisó un borrador preliminar del manuscrito, y las sugerencias y consejos editoriales de Mary Kent del PRB. Los autores también agradecen el apoyo financiero de la Fundación Bill y Melinda Gates.

Los lectores no deben asumir que todas las personas que aparecen en las fotografías de la publicación están infectadas con el VIH.

De frente a la pandemia del VIH/SIDA

por Peter Lamptey, Merywen Wigley, Dara Carr e Yvette Collymore

Estamos entrando en la tercera década de la que puede ser considerada la epidemia más devastadora de la historia humana: el VIH/SIDA. Esta enfermedad continúa destrozando familias, comunidades y países de todo el mundo. Además de los 20 millones de personas que ya han muerto a causa del SIDA, es posible que la mayoría de los 40 millones de personas que en estos momentos viven con el VIH mueran en forma prematura dentro de 10 años o más. Cada día, 14.000 personas (12.000 adultos y 2.000 niños) resultan infectadas con el VIH. Al menos un 95% de estas nuevas infecciones ocurre en países menos desarrollados; más del 50% afecta a mujeres y adultos jóvenes. A menos que la comunidad internacional lance una respuesta coordinada y masiva contra la epidemia, para el 2010 habrá 45 millones de nuevas infecciones de VIH¹.

En los países menos desarrollados, la epidemia está frenando, y en algunos casos, revirtiendo, los avances en materia de salud que tanto costó lograr durante los últimos 50 años, al mismo tiempo que el SIDA siega la vida de millones de adultos jóvenes que se encuentran en sus años más productivos. Por otra parte, la pandemia también está afectando los índices de desarrollo humano, como la mortalidad infantil, la alfabetización y la producción de alimentos. La enfermedad está acabando con el progreso personal, familiar, comunitario y na-

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Una huérfana del SIDA al cuidado de su abuelo. Se estima que el SIDA ha dejado en la orfandad a unos 13 millones de niños.

cional. En las naciones más afectadas, el crecimiento económico y la estabilidad política también se han visto amenazados².

La región más golpeada del mundo es el África subsahariana, donde las enfermedades relacionadas con el SIDA constituyen la principal causa de muerte. Sudáfrica tiene el número absoluto más alto de infecciones del mundo: 5 millones. Botswana, con el 39% de los adultos infectados con el VIH, tiene la tasa más alta de prevalencia entre adultos. Si esta tasa se mantiene, la probabilidad de muerte a causa del SIDA para cualquier niño de Botswana que tenía 15 años en 2001 sobrepasa el 80%³. Si bien la magnitud y

La pandemia mundial del VIH/SIDA no presenta signos de disminución.

el alcance de la epidemia han alcanzado su pico en África, hay otras regiones del mundo que también se enfrentan a epidemias del VIH/SIDA muy graves. La tasa de prevalencia del VIH que se observa en la región del Caribe, por ejemplo, es la segunda más alta del mundo. En Haití, el 6% de los adultos es portador del virus. Pero donde la prevalencia del VIH/SIDA está aumentando más rápidamente es en Europa del Este y las repúblicas de la ex Unión Soviética, ya que el colapso de los sistemas de salud, las crisis económicas y los agudos cambios sociales han favorecido la transmisión del VIH, especialmente por el uso de jeringas entre los jóvenes para inyectarse drogas intravenosas.

La prevalencia del VIH también está aumentando rápidamente en muchos lugares del sur y del este de Asia. China y la India tienen, a nivel nacional, tasas de prevalencia relativamente bajas, pero las cifras absolutas de personas infectadas son abrumadoras: al menos 850.000 en China y casi 4 millones en la India. Ambos países deberán enfrentarse a millones de nuevas infecciones, a menos que lancen programas de prevención efectivos y a gran escala. La epidemia también ha aparecido en otros países asiáticos, incluidos Myanmar (Birmania), Nepal y Camboya.

Los países industrializados se enfrentan a serios desafíos como resultado del VIH/SIDA. Las tasas de infección no han disminuido de manera significativa en Europa occidental ni en Norteamérica, donde la epidemia está pasando de la población masculina homosexual a las minorías étnicas, los pobres y otros grupos marginados.

La epidemia mundial del VIH/SIDA no muestra señales de disminuir, pese a los esfuerzos concertados para controlarla. En el 2001, más personas contrajeron el VIH y murieron producto del SIDA que en cualquier año anterior: 5 millones resultaron infectadas por el virus y 3 millones murieron del SIDA. El doctor Peter Piot, director ejecutivo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), advierte que la epidemia aún está en sus primeras etapas⁴.

Realidades acerca del VIH/SIDA

El SIDA es un síndrome de deficiencia autoinmune causado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que se transmite a través de la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna. La forma de transmisión más común es el contacto sexual sin protección con una persona VIH positiva. Otras formas de contagio incluyen las transfusiones de sangre o productos sanguíneos infectados con el VIH, los transplantes de órganos o tejido, el uso de agujas o jeringas contaminadas (o de otros elementos contaminados que perforan la piel) y la transmisión madre a hijo durante el embarazo, el parto o el amamantamiento.

El VIH es extremadamente frágil y no puede sobrevivir mucho tiempo fuera de los fluidos o del tejido del cuerpo y no puede penetrar la piel intacta. Esto significa que el VIH no se transmite por el contacto físico casual, como un beso, un apretón de manos, un estornudo, la tos, compartir el baño, utilizar los mismos utensilios para comer, ni por consumir comidas o líquidos manipulados por una persona con el VIH. El virus no se propaga a través de la picadura de mosquitos ni otros insectos y puede ser eliminado con cloro, detergentes fuertes o agua caliente⁵.

Existen dos tipos de VIH: VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 corresponde a la mayoría de las infecciones a nivel mundial y tiene al menos 10 subtipos genéticos. El VIH-2, presente sobre todo en el África occidental, tiene al parecer más dificultad para contagiarse y tarda más en enfermar a su portador que el tipo 1.

El VIH ocasiona la muerte debido a que va debilitando el sistema inmunológico del cuerpo hasta que éste ya no es capaz de luchar contra la infección. Dado que el sistema inmunológico está debilitado por el VIH, las infecciones oportunistas como la neumonía, la meningitis, distintos tipos de cáncer y la tuberculosis (TB) atacan fácilmente el cuerpo. La TB es la infección oportu-

nista más común en los pacientes con SIDA y es la causa de casi un tercio de las muertes relacionadas con el SIDA en el África subsahariana.

Por lo general, el VIH/SIDA progresa durante una década hasta alcanzar sus etapas finales, pero existe un largo período, posterior a la infección, durante el cual la persona prácticamente no presenta síntomas ni señal alguna de la enfermedad. Durante esta etapa la persona puede sentirse sana, pero puede transmitir la enfermedad a otros. Los primeros síntomas del SIDA incluyen fatiga crónica, diarrea, fiebre, pérdida de peso, tos persistente, sarpullido cutáneo, herpes y otras infecciones orales, inflamación de los nódulos linfáticos y pérdida de la memoria u otras alteraciones de la mente.

El SIDA es casi siempre fatal, pese a que algunas personas han vivido con la enfermedad hasta por 20 años. Se cree que progresa con menor rapidez en los países industrializados, en gran parte debido a que sus residentes tienen mayor acceso a los medicamentos antirretrovirales (ARV) y a la atención de salud de alta calidad. Las terapias actuales con medicamentos, como la terapia antirretroviral altamente activa (TAAA), hacen que la replicación del virus en el cuerpo sea más lenta. Cuando las tasas de replicación son más lentas, disminuye la carga sobre el sistema inmunológico, reduciendo así las enfermedades relacionadas con el VIH y permitiendo a los pacientes vivir más tiempo, con una mejor calidad de vida. Sin embargo, el SIDA no tiene cura. Pese a la efectividad de la TAAA, si se interrumpe el tratamiento la enfermedad reaparece.

Riesgo y vulnerabilidad

En la década de 1980, cuando el VIH/SIDA fue identificado por primera vez, las autoridades de salud pública pensaron que podrían detener su propagación informando a la po-

blación sobre la forma de transmisión del virus y la manera de evitar el contagio, y protegiendo los suministros de sangre. Este enfoque para la prevención tuvo éxito en comunidades políticamente organizadas con acceso a información y recursos: el caso de los hombres homosexuales blancos en Norteamérica, Australia y Europa occidental, por ejemplo, constituye una historia de éxito. Sin embargo, las poblaciones de los países menos desarrollados y socialmente fragmentados tuvieron poco acceso a información precisa o a programas de prevención efectivos, razón por la cual el virus continuó propagándose⁶.

A fines de la década de 1980, cuando la epidemia aumentó y empezó a atacar no sólo a los grupos con conductas de alto riesgo sino también a la población general, especialmente a los marginados y a los pobres, los profesionales de la salud pública se dieron cuenta de que necesitaban entender mejor las causas de la infección individual, así como los factores determinantes generales de la pandemia. Sabían que la transmisión del VIH estaba vinculada a conductas de riesgo específicas, pero también comprendían que dichas conductas estaban influenciadas por factores sociales que determinaban la vulnerabilidad de las personas a la infección. Muchos aspectos políticos, económicos, sociales y culturales (como la pobreza y la falta de poder) determinan la vulnerabilidad al VIH/SIDA, especialmente entre las mujeres, los niños y los adultos jóvenes. Comprender la pandemia en relación a dichos factores determinantes ayudó a replantearse el VIH/SIDA como un problema universal de derechos humanos.

Las mujeres

Si bien en los inicios de la epidemia los hombres fueron el grupo más afectado, en la actualidad las tasas de nuevas infecciones en mujeres superan a las de los hombres, especialmente en países donde las mujeres viven en pobreza y tienen una condición social relativamente baja. En el

Actualmente, las tasas de nuevas infecciones en las mujeres superan a las de los hombres.

año 2001, en el África subsahariana hubo de 12 a 13 mujeres infectadas por cada 10 hombres infectados⁷. La brecha entre los géneros es especialmente marcada en las jóvenes africanas menores de 25 años (ver el Cuadro 1). En algunos países africanos, las tasas de infección correspondientes a mujeres jóvenes son cinco veces mayores que las tasas de infección correspondientes a hombres jóvenes. La mayoría de las infecciones en estas mujeres son el resultado de relaciones sexuales sin protección y reflejan un desequilibrio de poder que limita la capacidad de las mujeres para negociar o controlar las interacciones sexuales, especialmente con hombres mayores.

Diversas condiciones biológicas, culturales y socioeconómicas contribuyen a la mayor vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH/SIDA. Durante una relación sexual vaginal sin protección, el riesgo de infección para la mujer es hasta cuatro veces mayor que el riesgo para el hombre. El hecho de que la vagina de la mujer presente una área mayor de tejido susceptible a infectarse (en comparación con la uretra masculina) y el microtraumatismo que se produce durante el coito hacen que las mujeres sean más vulnerables al VIH desde el punto de vista fisiológico⁸. Además, el semen infectado con VIH generalmente posee una concentración viral mayor que la de las secreciones vaginales.

Cuadro 1

Cómo estimar las cifras del VIH

Para estimar el número de personas que viven con el VIH y la cantidad de casos nuevos que se producen cada año, los expertos del SIDA deben confiar en datos limitados sobre la prevalencia del VIH entre las relativamente pocas personas que se realizan pruebas de detección del virus, y en un creciente acervo de conocimientos acerca de la transmisión del virus¹.

Las tasas de prevalencia del VIH se suelen reportar como el porcentaje de personas entre 15 y 49 años de edad que han sido infectadas con el virus, por lo que no reflejan el porcentaje completo de la población infectada. Estas tasas se aplican luego a la población total para determinar el número de personas que viven con el VIH/SIDA. El Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) da cuenta de un amplio margen para las estimaciones de las personas infectadas con el VIH. Por ejemplo, la cantidad estimada de adultos y niños que vivían con el VIH/SIDA hacia finales del 2001 en la India varía de 2,6 millones a 5,4 millones².

Las tasas de incidencia (que miden la cantidad de infecciones nuevas durante un año u otro período) permiten registrar la rapidez con que la epidemia del SIDA se propaga en un área en particular. Sin embargo, obtener estas tasas resulta difícil y costoso, razón por la que a menudo no están disponibles. El número proyectado de casos de SIDA y de muertes por causas relacionadas con esta enfermedad se basa en las estimaciones de prevalencia e incidencia, y en suposiciones acerca de la rapidez con que las personas infectadas con el VIH desarrollarán el

SIDA y acerca del riesgo de muerte debido a otras causas de esas mismas personas.

En muchos países, la mayoría de los datos sobre la prevalencia del VIH proviene de los centros de salud y hospitales que han sido designados como puntos de vigilancia centinela del VIH. En estos lugares, se somete a grupos específicos de pacientes o clientes a pruebas para detectar el VIH, a menudo en forma anónima. Las mujeres embarazadas que acuden a una clínica prenatal constituyen uno de los grupos de vigilancia más importantes, especialmente en el África subsahariana, debido a que la transmisión heterosexual es la principal forma de contagio entre los africanos. Se considera que los datos provenientes de las clínicas prenatales son un indicador válido del curso que está tomando la epidemia en la región. Los centros de salud que tratan infecciones de transmisión sexual (ITS) y problemas de adicción a drogas también son puntos importantes de vigilancia, especialmente en regiones donde la transmisión del VIH se ha concentrado en usuarios de drogas por vía intravenosa, trabajadoras sexuales u hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En estas áreas, entre las que el gráfico Estados Unidos, la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas no sería un buen indicador de la prevalencia en la población, aunque sí podría estar indicando el grado en que la epidemia ha pasado de los grupos de alto riesgo a la población general. En algunos países, se somete tanto a los reclutas militares como a los donantes de sangre a pruebas periódicas de detección del VIH (por lo general

Un último factor, de carácter biológico, que hace que las mujeres sean más vulnerables al VIH está relacionado con la sinergia entre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Las investigaciones demuestran que la presencia de una ITS que no ha sido tratada en cualquiera de los dos miembros de una pareja puede multiplicar el riesgo de transmisión del VIH hasta en 10 veces. Esto es particularmente importante en el caso de las mujeres, ya que la mayoría de los casos de ITS en mujeres no recibe tratamiento. Los síntomas en las mujeres suelen ser latentes o difíciles de detectar y muchas de las que han sido diagnosticadas con una ITS no tienen acceso a atención médica⁹.

Los factores socioeconómicos, incluida la falta de acceso de las mujeres a la educación o a un ingreso personal, perpetúan su condición social más baja y las hace aún más vulnerables a la infección del VIH. Muchas temen ser abandonadas por sus esposos o parejas que las mantienen si intentan controlar la manera y el momento en que mantendrán relaciones sexuales, o pedirles a sus parejas que utilicen un condón. Por otra parte, la pobreza generalizada empuja a algunas mujeres a la industria del sexo, donde el tráfico sexual y la rotación de trabajadoras sexuales fomenta la continua exposición de estas mujeres (y sus clientes) al VIH. Además, son los hombres quienes controlan la princi-

en forma anónima), para registrar el avance de la epidemia.

Las encuestas también proporcionan datos epidemiológicos y de comportamiento para estimar la prevalencia del VIH y la posibilidad de que éste alcance una mayor propagación. La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, ONUSIDA, el Banco Mundial y otras organizaciones financian una serie de programas de encuestas que proporcionan información acerca de la prevalencia y del conocimiento sobre el VIH y el SIDA, el comportamiento sexual y el acceso a los servicios de salud³.

Generalmente, los datos de vigilancia y otros obtenidos de encuestas proporcionan una amplia gama de valores. Por ejemplo, en la India, la prevalencia del VIH entre hombres tratados por ITS en clínicas de vigilancia urbanas varió del 0,8% al 64,4% en 1999. La prevalencia del VIH entre mujeres indias examinadas en clínicas prenatales fuera de las principales áreas urbanas varió del 1,0% al 3,9% en 2000.

Para traducir los resultados de las pruebas de los puntos de vigilancia en las tasas de prevalencia de la población en cuestión, los expertos del SIDA deben realizar una serie de suposiciones sobre la correlación entre el perfil de las personas que se sometieron a pruebas de detección y las características de la población general. Los expertos aplican modelos estadísticos para calcular las tasas de prevalencia en adultos y estimar el número de niños infectados.

Según el epidemiólogo James Chin, hacer estimaciones del VIH/SIDA es más un arte que

una ciencia. Generalmente, cuando se procesan nuevos datos o se crean nuevos modelos estadísticos, las estimaciones son ajustadas hacia arriba o hacia abajo. Tras apenas dos décadas de experiencia con la enfermedad, los científicos y expertos en salud pública todavía están aprendiendo lecciones básicas acerca del VIH y el SIDA. Debido a que se trata de una epidemia global que ha devastado la población de algunos países y que amenaza hoy en día a muchos otros, los expertos internacionales consideran que no pueden darse el lujo de esperar hasta contar con datos más completos o precisos (o mejores modelos estadísticos) para estimar la prevalencia del VIH.

Referencias

1. Thomas Goliber, "Background to the HIV/AIDS epidemic in sub-Saharan Africa", consultado en línea en www.prb.org/Background_HIV_in_SSA el 26 de julio de 2002; y James Chin, "Understanding HIV/AIDS numbers", consultado en línea en www.cdpc.com el 31 de julio de 2002.
2. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, "Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA: junio de 2000, anexo I", consultado en línea en www.unaids.org/epidemic_update/report/ el 8 de julio de 2002.
3. HIV/AIDS Survey Indicators Database, consultada en línea en www.measuredhs.com/hivdata/start.cfm el 22 de julio de 2002.

*En el 2001,
2,7 millones de
niños y niñas
vivían con el
VIH/SIDA.*

pal herramienta para disminuir el riesgo de la transmisión sexual del VIH: el condón masculino.

Diversas tradiciones culturales como el matrimonio concertado, la preferencia de los hombres mayores por mujeres jóvenes y la circuncisión genital femenina contribuyen a la falta de poder de las mujeres¹⁰. En todo el mundo, los valores predominantes acerca de la masculinidad estimulan a los hombres a emprender conductas sexuales arriesgadas (varias parejas sexuales, consumo de alcohol antes del contacto sexual y violencia sexual) que ponen a las mujeres en una situación más vulnerable frente al VIH y otras ITS. Las adolescentes corren un riesgo aún mayor de intimidación sexual, debido a su vulnerabilidad social y a que algunos hombres creen que las jóvenes son vírgenes y están libres de la infección. Un mito cultural sudafricano afirma que el coito sexual con una virgen puede curar a un hombre de la infección del VIH, creencia que se ha traducido en violaciones de niñas y en que los hombres busquen tener sexo con niñas muy jóvenes¹¹.

Los niños y las niñas

Las crecientes tasas de infección de VIH entre las mujeres, especialmente en el África subsahariana, exponen a los niños a un mayor riesgo de contraer el VIH incluso antes de nacer. En 15 países del África subsahariana, al menos el 5% de las mujeres embarazadas que acudían a clínicas prenatales entre 1999 y 2000 eran VIH positivas; las tasas de infección de madre a hijo alcanzaban hasta un 40%. ONUSIDA estima que, hacia fines del 2001, 2,7 millones de niños padecían el SIDA. Muchos niños reciben un doble impacto: no sólo padecen la enfermedad, sino que también han perdido a uno o ambos padres debido al SIDA.

El número de huérfanos a causa del SIDA aumenta a una velocidad sin precedentes. Hacia fines del 2001, 13 millones de niños habían perdido al menos a uno de sus padres por causa del SIDA. Para 2010, se calcula que

esta cifra será de 25 millones¹². Antes de la epidemia del VIH/SIDA, el 2% de todos los niños de los países menos desarrollados eran huérfanos. En algunos de los países más afectados del África subsahariana, los huérfanos alcanzaban el 15% o más en el 2001. Un estudio realizado en el norte de Tanzania durante 1999 indicó que el 21% de las familias del distrito de Bukoba estaba al cuidado de al menos un huérfano a causa del SIDA¹³. ONUSIDA calcula que, para el 2010, el 6% de los niños del África subsahariana habrá perdido a uno o a ambos padres a causa de esta enfermedad.

Los niños que viven en hogares afectados por el SIDA generalmente carecen de comida, atención médica, dinero para su educación, protección contra el rechazo y el abuso, apoyo económico y cuidado emocional, incluso mientras sus padres aún están con vida. La responsabilidad de cuidar a los padres enfermos y a los hermanos menores generalmente recae en los hijos, sobre todo en las niñas. Estas tareas suelen traducirse en el abandono del colegio. Además, el estigma y la discriminación marginan aún más a estos niños y los empujan a condiciones de vida que aumentan su riesgo de contraer el VIH.

Los adultos jóvenes

Los adultos jóvenes son el centro de la epidemia: son especialmente susceptibles a la infección del VIH y llevan la carga de cuidar a sus familiares con VIH/SIDA. Se estima que, hacia fines del 2001, 11,8 millones de personas entre los 15 y los 24 años vivían con el VIH/SIDA. Más de la mitad de todos los nuevos casos de infección ocurrió en personas menores de 25 años. Los jóvenes son más vulnerables al VIH porque es más probable que participen en conductas de alto riesgo (como por ejemplo relaciones sexuales con distintas parejas y sin protección, además del uso de drogas y alcohol) y porque carecen de información acerca de los riesgos de la infección y de la forma en que pueden protegerse contra ella. Los jóvenes marginados,

entre ellos los niños o jóvenes abandonados, refugiados e inmigrantes, pueden estar particularmente en riesgo debido al estigma social, a su exposición a las relaciones sexuales sin protección y al uso de drogas.

La prevención del VIH entre los adolescentes también es fundamental para disminuir la velocidad de propagación de la epidemia, ya que los jóvenes entre 10 y 19 años representan un enorme segmento de la población: más de un quinto de la población total de los países menos desarrollados y un séptimo de la población de los países más desarrollados.

Por lo general, el primer encuentro sexual ocurre durante la adolescencia. En la mayoría de los países del África subsahariana, por ejemplo, el 40% o más de las mujeres de entre 20 y 24 años tiene relaciones sexuales antes de los 20 años¹⁵. Una publicación reciente de UNICEF, ONUSIDA y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que la mayoría de los jóvenes aún no cuenta con información suficiente acerca del sexo y de las infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, los jóvenes sí pueden cambiar su conducta para disminuir el riesgo al que se enfrentan. En el mismo informe, Peter Piot indica que “en cada uno de los países donde la transmisión del VIH ha disminuido, ha sido precisamente entre los jóvenes donde esta disminución ha sido más espectacular”¹⁶.

Estigma y discriminación

Desde sus comienzos, cuando el VIH/SIDA parecía estar reducido a grupos considerados como socialmente desviados, la epidemia ha permanecido oculta por un velo de ignorancia, miedo y rechazo. Esto se ha traducido en la estigmatización y discriminación de las personas con el VIH/SIDA. Muchas personas infectadas han perdido sus trabajos y se les ha negado atención médica, alojamiento, acceso a seguros y oportuni-

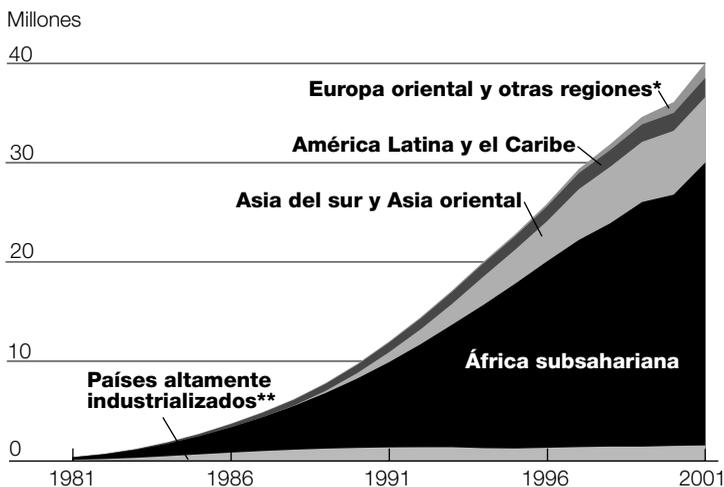
dades de viaje, debido a su condición de portadores del VIH. A los niños VIH positivos se les ha negado el acceso a atención pediátrica y a las escuelas. En muchos lugares, estas personas han sido expulsadas de sus familias y de sus comunidades. Irónicamente, el estigma y la discriminación han favorecido la mayor propagación de la enfermedad¹⁷.

La estigmatización es un gran obstáculo en la lucha contra el VIH/SIDA, ya que influye en que las personas se nieguen a someterse a pruebas de detección y a que revelen su estado del VIH. Sumado a la discriminación, obligan a quienes se encuentran en mayor riesgo de contraer y propagar el VIH (incluidas las trabajadoras sexuales, los usuarios de drogas inyectables –UDI– y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres) a ocultar su estilo de vida, lo que hace aún más difícil llegar a ellos con programas de prevención. Es así como el estigma crea más oportunidades para que el VIH se propague a la población general. Esta situación empieza a ocurrir en Ucrania, donde la epidemia, anteriormente concentrada en los UDI, se está propagando a la población general, en parte debido a que las personas evitan dar a conocer su estado VIH positivo por miedo a la estigmatización¹⁸. Todo esto coloca a las personas con VIH/SIDA en una condición de mayor vulnerabilidad frente a otras enfermedades y a la muerte, ya que es menos probable que busquen atención médica y apoyo psicológico adecuados, y más probable que se les nieguen los servicios cuando los soliciten¹⁹.

Epidemia mundial del VIH/SIDA

El virus que causa el SIDA fue identificado por primera vez en Estados Unidos a principios de la década de 1980, pero los investigadores descubrieron pronto evidencia de la enfermedad en Europa, África y, con el

Personas que viven con VIH/SIDA por región del mundo, 1981-2001



*Europa del este, Asia central, Medio Oriente y Norte de África.

**Norteamérica, Europa (salvo Europa del este), Japón, Australia y Nueva Zelanda.

Fuente: ONUSIDA, "Twenty years of HIV/AIDS: fact sheet" (2002) y datos no publicados.

tiempo, en todo el mundo. Actualmente, ONUSIDA calcula que en 1980 había menos de 200.000 personas con VIH/SIDA; cifra que aumentó a 3 millones hacia mediados de la década, y a casi 8 millones hacia fines de los años 1980 (ver el Gráfico 1). Sin embargo, fue la década de 1990 la que trajo consigo un crecimiento casi increíble de la epidemia a nivel mundial, el cual continúa hasta hoy sin experimentar disminución. Se calculaba que hacia fines del 2001, 40 millones de personas vivían con el VIH/SIDA. El África subsahariana, con menos del 11% de la población mundial, concentra a más del 70% del total de personas con VIH. Pero no hay región que pueda escapar: los adultos y niños con VIH/SIDA suman más de 28 millones en el África subsahariana, 7 millones en Asia, 2 millones en América Latina y el Caribe y 3 millones en otras regiones (ver la Tabla 1). ONUSIDA considera que, durante el 2001, 5 millones de personas resultaron infectadas por el VIH, lo que reemplaza con creces a los 3 millones de personas que se estima murieron por causa de la enfermedad durante ese mismo año.

La prevalencia del VIH en la población adulta varía entre un mínimo del 15% en nueve países subsaharianos a menos del 1% en gran parte de Europa (ver el Gráfico 2, página 12). Sin embargo, las tasas de prevalencia pueden ser un indicador engañoso de la envergadura del problema, debido a las enormes diferencias que existen entre la población de cada país. A modo de ejemplo: durante el 2001, sólo el 0,8% de la población de la India resultó infectada por el VIH, pero dado que su población llega a casi 1.000 millones, esta tasa corresponde a casi 4 millones de personas. Pese a que el porcentaje es pequeño, este enorme foco de personas infectadas podría producir un rápido aumento en los casos del VIH/SIDA en la India. Algunos expertos aseveran que cualquier país con una tasa de prevalencia del VIH superior al 1% corre un serio riesgo de que la epidemia sufra un rápido y brusco crecimiento en su población²⁰.

La epidemiología clásica sostiene que las epidemias siguen un curso natural que termina limitando su propagación. Siguiendo este marco, se dice que una epidemia ha alcanzado su punto máximo cuando la mayoría de las personas que corrían riesgo de contraer la enfermedad ya han sido infectadas. Llegado este punto, la epidemia disminuye, ya que el número de personas que pueden ser infectadas comienza a decrecer. En lo que respecta a la epidemia del VIH/SIDA, no se observa en las estimaciones más recientes publicadas por ONUSIDA y la Oficina del Censo de los EE.UU. evidencia alguna de que la epidemia esté acercándose a su límite natural, ni siquiera en aquellos países más afectados²¹.

África subsahariana

Durante las primeras etapas de la epidemia del VIH, las tasas de prevalencia más altas se concentraron en las principales rutas de transporte que atraviesan el África subsahariana: a través de Tanzania y Uganda, alrededor del lago Victoria, en lo que hoy

Tabla 1

Indicadores de la epidemia del VIH/SIDA por región del mundo, 2001

Año en que comenzó la epidemia/Región	Personas que viven con el VIH/SIDA	Nuevos casos del VIH, 2001	Tasa de prevalencia en adultos (%)	Mujeres adultas VIH positivas (%)	Principal forma de transmisión
Total	40.000.000	5.000.000	1,2	50	Heterosexual
Fines de la década de 1970/principios de la década de 1980					
África subsahariana	28.500.000	3.500.000	9,0	58	Heterosexual
América Latina	1.500.000	140.000	0,5	31	HSH, UDI, heterosexual
Norteamérica	950.000	45.000	0,6	20	HSH, UDI, heterosexual
Europa occidental	550.000	30.000	0,3	26	HSH, UDI
El Caribe	420.000	60.000	2,2	53	Heterosexual, HSH
Australia y Nueva Zelandia	15.000	500	0,1	7	HSH
Fines de la década de 1980					
Sur/Sudeste asiático	5.600.000	700.000	0,6	37	Heterosexual, UDI
Este de Asia y Pacífico	1.000.000	270.000	0,1	24	UDI, heterosexual, HSH
Norte de África/Medio Oriente	500.000	80.000	0,2	54	Heterosexual, UDI
Principios de la década de 1990					
Europa del este/Asia central	1.000.000	250.000	0,5	26	UDI

Notas:

La tasa de prevalencia en adultos corresponde al porcentaje estimado de personas entre 15 y 49 años infectadas con el VIH.

Principal forma de transmisión en orden de importancia por región.

HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; UDI: Usuarios de drogas intravenosas.

Fuente: ONUSIDA, "Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, julio de 2002" (www.unaids.org/barcelona/, consultado el 8 de julio de 2002).

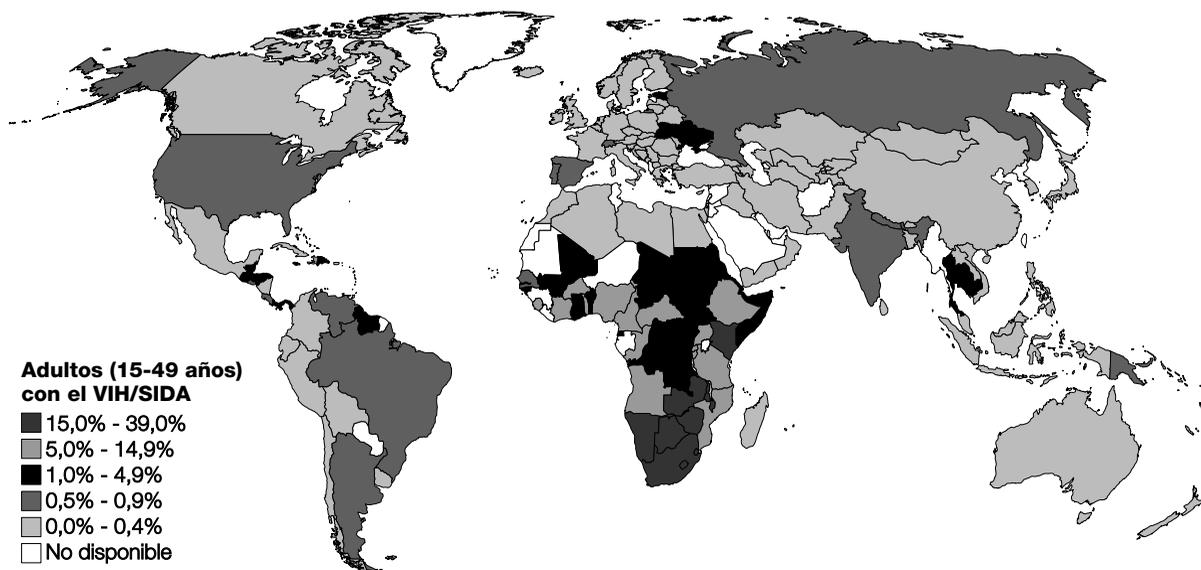
corresponde a la República Democrática del Congo, y en Costa de Marfil, en la costa occidental del África. Soldados infectados, camioneros, trabajadores emigrantes, acaudalados hombres y mujeres de negocios y trabajadores del comercio sexual propagaron la enfermedad a sus familias y comunidades. En 1986, entre un 5% y un 10% de los adultos de Uganda y Burundi estaban infectados con el VIH, así como del 1% al 5% de los adultos de otros 10 países (ver el Gráfico 3, página 13). A medida que la epidemia crecía, las tasas de prevalencia del VIH aumentaron, y el virus se propagó a través de toda la región.

En el 2001, al menos el 5% de los adultos de prácticamente todos los países subsaharianos se había infectado con el VIH. Las tasas de prevalencia han alcanzado niveles alarmantes en el sur del África: en el 2001, más del 20% de adultos en Botswana, Sudáfrica, Zambia, Zimbabwe y otros tres países vecinos era VIH positivos. ONUSIDA no ha encontrado evidencia de que las tasas se hayan nivelado en los países con alta prevalencia, con

la posible excepción de Zambia. De acuerdo con ONUSIDA, la prevalencia entre las mujeres embarazadas en las zonas urbanas de Botswana pasó del 39% al 45% entre 1997 y el 2001, cifra que es aún mayor entre las mujeres jóvenes, lo que indicaría que la prevalencia general en adultos podría aumentar en el futuro.

Las tasas de prevalencia del VIH también han aumentado en la mayoría de los países del este africano, aunque Uganda se destaca por su éxito en la lucha por detener la epidemia. En la década de 1980, las autoridades de salud pública identificaron una epidemia del VIH en Uganda; el conocimiento público de la enfermedad se extendió a medida que los habitantes del país vieron un número cada vez mayor de amigos y familiares morir del SIDA. El gobierno, junto a organizaciones religiosas y no gubernamentales (ONG), lanzaron programas para eliminar el estigma que recae en las personas con SIDA y educar al público sobre la forma de evitar la infección. La mayoría de los programas fomentó la abstinencia en los

Prevalencia del VIH por país, 2001



Fuente: ONUSIDA, "A global view of HIV infection" (www.unaids.org, visitado el 8 de julio de 2002).

adolescentes, la monogamia en los adultos y el sexo seguro para todas las personas sexualmente activas. El enfoque directo que Uganda utilizó para la prevención del VIH ganó un amplio respeto entre la comunidad internacional, especialmente cuando las tasas de prevalencia del país parecieron disminuir²². En Kampala, la capital de Uganda, entre las mujeres embarazadas a las que se les realizaron pruebas para detectar el VIH, la prevalencia disminuyó de un máximo de casi el 30% en 1992 al 11% en el 2000. Se estima que el 5% de los adultos de Uganda son VIH positivos, lo que implica un descenso notable en comparación con la cifra del 10% o más que se estimaba a comienzos de la década de 1990.

En la mayoría de los países del África occidental, la epidemia se propagó más lentamente, salvo en Costa de Marfil. Según cifras de ONUSIDA, más de un tercio de las trabajadoras sexuales de las áreas urbanas de este país que se sometió a pruebas en 1999, tenía el VIH.

Algunos investigadores consideran que el África occidental está a punto de enfrentarse a una oleada de casos del VIH/SIDA. Por ejemplo, tras al menos cinco años de tasas de prevalencia relativamente bajas y estables, datos recientes de vigilancia han detectado fuertes aumentos en el Camerún y ciertos lugares de Nigeria. Durante el año 2000, el 10% de las mujeres embarazadas del Camerún a las que se les realizaron pruebas de detección estaban infectadas. En el 2001, los centros de vigilancia reportaron una tasa de prevalencia del VIH de casi un 5% en Nigeria. Sin embargo, las tasas de prevalencia se han mantenido bajas en el Senegal, país que parece haber detenido la epidemia a través de sus programas de salud pública. ONUSIDA ha destacado la respuesta del Senegal al VIH/SIDA como un ejemplo a seguir por otros países.

En el África, la epidemia se nutre de la ignorancia con respecto a la enfermedad, la falta de acceso a la prevención, el tratamiento y los servicios de atención inadecuados, el estigma y

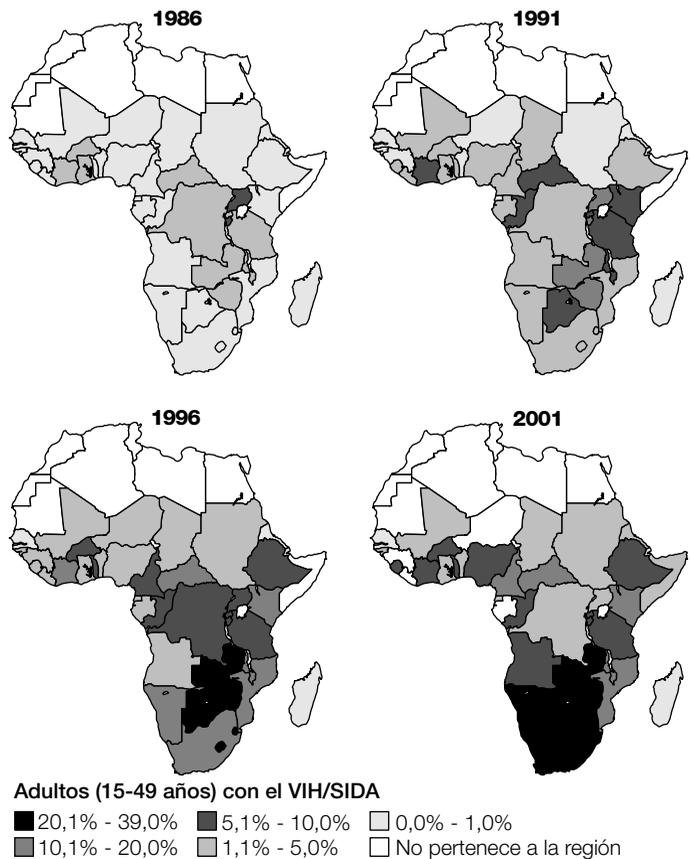
la discriminación. Las jovencitas africanas poseen un nivel de educación peligrosamente bajo sobre el SIDA y las formas de protegerse contra la enfermedad. UNICEF informa que más del 70% de las adolescentes de Somalia y más del 40% en Guinea-Bissau y Sierra Leona no han oído hablar jamás del SIDA. En Kenia y Tanzania, más del 40% de las jóvenes tienen conceptos seriamente errados acerca de la enfermedad y del modo en que ésta se transmite²³. Una encuesta realizada por el Population Council de Kenia en el 2001 reveló que más de la mitad de las mujeres que sabían que eran VIH positivas indicó que no se lo habían dado a conocer a sus parejas por miedo a la violencia o al abandono²⁴. Dado que las relaciones sexuales heterosexuales constituyen la principal forma de transmisión en el África y que las mujeres jóvenes presentan las mayores tasas de nuevos contagios, estas brechas en el conocimiento y el entendimiento, sumadas al miedo y a la discriminación, alientan la expansión de la epidemia.

Una serie de factores puede ayudar a explicar por qué el VIH ha golpeado al África con tanta fuerza. Entre éstos se encuentran la alta incidencia de ITS, las grandes cantidades de refugiados, la migración estacional en busca de trabajo por parte de los hombres, la activa industria del sexo y las prácticas culturales que permiten tener varias parejas sexuales. Por ejemplo, miles de hombres viven lejos de sus familias durante meses para trabajar en las minas de oro y diamantes del sur de África. Muchos de ellos tienen relaciones con trabajadoras sexuales, lo que favorece la propagación del VIH. Se estima que un tercio de los mineros de algunas minas sudfricanas es VIH positivo²⁵. Cuando estos mineros regresan a sus familias, introducen el VIH en sus comunidades de origen.

Si bien Uganda, Senegal y Zambia muestran signos de haber contenido la epidemia, en la mayoría de otros países subsaharianos hay señales de que la prevalencia del VIH probablemente aumentará.

Gráfico 3

Prevalencia del VIH en el África subsahariana, 1986-2001



Fuente: ONUSIDA, "A global view of HIV infection" (www.unaids.org, visitado el 8 de julio de 2002).

Asia del sur y sudeste

Aunque el VIH/SIDA llegó en forma tardía a Asia, su enorme industria del sexo y el tráfico de drogas inyectables favorecieron su rápida propagación. ONUSIDA estima que en 1990 vivían menos de 600.000 personas con el VIH/SIDA en el sur y el sudeste de Asia; en cambio, hacia el 2001, esta cifra alcanzaba los 6 millones. Más de la mitad de estas personas vive en la India. Se estima que, durante el 2001, se produjeron cerca de 800.000 nuevas infecciones del VIH en la región.

En un principio, Tailandia y Camboya eran el centro de la epidemia en el sudeste asiático, pero ambos países han logrado desacelerar las tasas de infección. La próspera industria del

sexo en Tailandia facilitó la diseminación del VIH, pero las nuevas infecciones han disminuido en forma significativa, en gran parte debido al programa del gobierno tailandés que estipula el uso obligatorio del condón en los burdeles. En el centro y el norte de Tailandia, a principios de la década de 1990, hasta un 30% de las trabajadoras sexuales eran VIH positivas; para 1999, este porcentaje había disminuido a un 13%. Las tasas de infección entre los militares tailandeses también ha disminuido, lo cual implica que se ha frenado y revertido lo que hasta entonces había sido una tendencia ascendente. El éxito de Tailandia en el control de la propagación del VIH se atribuye a la buena disposición del gobierno para destinar cantidades significativas de recursos a la salud pública, a la movilización de diversos sectores, a un fuerte programa de prevención y a una excelente infraestructura de salud. El gobierno de Camboya también ha actuado en forma temprana para frenar la epidemia del VIH, promoviendo el uso del condón, reduciendo el miedo y el estigma asociados al SIDA y poniendo en práctica programas para reducir la vulnerabilidad a la infección.

Sin embargo, desde fines de la década de 1990 los expertos del VIH/SIDA han detectado alarmantes aumentos de la prevalencia del VIH en otros países del sur y del sudeste asiático. India alberga a más personas con el VIH/SIDA que cualquier otro país, con excepción de Sudáfrica. La prevalencia es alta entre residentes urbanos, UDI, camioneros y trabajadoras sexuales. En algunas ciudades de la India se ha producido un preocupante aumento del VIH/SIDA entre las mujeres embarazadas, lo que sugeriría que el VIH se está desplazando hacia la población general. Un informe reciente de ONUSIDA indica que el VIH afecta a poblaciones “increíblemente diversas” de la India, lo que podría significar que esta enfermedad está a punto de iniciar una rápida propagación²⁶.

La prevalencia del VIH también ha aumentado entre los trabajadoras se-

xuales de Indonesia, Vietnam y otros países. Si bien en Indonesia la prevalencia es relativamente baja, ésta ha aumentado entre las trabajadoras sexuales y UDI, lo que sumado a la creciente actividad sexual entre adolescentes y adultos jóvenes, apunta a una potencial oleada de infecciones del VIH. En el 2001, en un centro para el tratamiento de la adicción a las drogas en Yakarta, el 40% de los pacientes padecía el VIH, en comparación con el 15% observado el año anterior²⁷.

Asia del este y el Pacífico

Si bien se venían detectando casos aislados del SIDA en la región del este de Asia y el Pacífico desde la década de 1980, la propagación masiva en esta región no comenzó hasta la década de 1990. En el 2001, la prevalencia del VIH era inferior al 0,1% en el Japón y Corea del Sur. En el Japón, la mayor prevalencia se registraba entre extranjeros y hombres japoneses que adquirieron el virus fuera del país. Sin embargo, datos más recientes indican que la mayoría de las nuevas infecciones ocurrió en el interior del Japón, lo que podría estar indicando una aceleración en la tasa de infección. En 1990, sólo 4.000 personas vivían con el VIH/SIDA en el este asiático y el Pacífico, pero en el 2001, esta cifra había alcanzado al menos 1 millón; la mayoría de los nuevos casos tuvo lugar en China.

China

Un informe reciente de ONUSIDA sobre el VIH/SIDA en China advierte “del desarrollo de una epidemia de VIH/SIDA de una magnitud tan enorme que resulta difícil de imaginar” y hace un llamado para la acción urgente enfocada a disminuir la propagación del virus²⁸. El número de personas que vivía con el VIH/SIDA en China durante el año 2000 se estimaba en 600.000, pero a fines del 2001, esta cifra había aumentado a entre 850.000 y 1 millón. Se calcula que un 70% de las infecciones recientes están relacionadas con el uso de drogas por vía intravenosa. Las pro-

vincias más afectadas limitan con el Triángulo Dorado de la producción de drogas en Asia, en la confluencia de Myanmar, Laos y Tailandia. Esta región representa una ruta importante para el tráfico de drogas que llega hasta China continental en dirección norte y a Asia central y Europa hacia el oeste. ONUSIDA ha reportado epidemias de VIH entre usuarios de drogas intravenosas en siete provincias, inclusive Guangdong, un centro del comercio internacional. El informe advierte que otras nueve provincias están al borde de una epidemia, basándose en evidencias de que el 20% o más de los UDI compar- ten agujas.

Otra epidemia surgió entre habitantes de pueblos rurales en varias provincias del centro de China, quienes resultaron infectados tras vender plasma a centros de recolección no regulados y, a menudo, ilegales. Estos centros juntaban la sangre de varios donantes, extraían el plasma y luego volvían a inyectar la sangre a los donantes. Así, cualquier sangre infectada con VIH en la reserva infectaba a todos los donantes. Los investigadores del SIDA temen que cientos de miles de campesinos hayan contraído el VIH a causa de la sangre contaminada y de las prácticas de recolección inseguras.

La infección del VIH entre la población general está aumentando a través de la transmisión sexual. Según ONUSIDA, la ignorancia, la discriminación, la pobreza y la inequidad de género contribuyen a potenciar una epidemia a gran escala en China.

Europa y Asia central

La prevalencia del VIH está aumentando con mayor rapidez en Europa del este y Asia central que en cualquier otro lugar del mundo. La epidemia llegó a estas regiones a principios de la década de 1990 y se concentró en los UDI. Si bien la cantidad de personas que vivían con el VIH/SIDA en Europa del este y Asia central en 1990 era de apenas 5.000,

esta cifra creció hasta alcanzar un número estimado de 1 millón de personas para el 2001.

Dentro de la región, el mayor número de casos del VIH/SIDA se observa en Rusia, mientras que Ucrania tiene el más alto porcentaje de personas con la enfermedad. Se estima que, para fines del 2001, unos 700.000 rusos vivían con el VIH/SIDA. Los expertos temen que la mayor actividad sexual y el uso de drogas por vía intravenosa entre adolescentes y adultos jóvenes, el desempleo masivo y la inseguridad económica se unan para favorecer el surgimiento de un gran número de infecciones del VIH en la región. Al mismo tiempo, los deteriorados servicios públicos de salud no cuentan con el equipo adecuado para afrontar la epidemia. En Ucrania, se estima que un 1% de las mujeres jóvenes y el 2% de los hombres jóvenes resultaron infectados con VIH durante 2001.

En Europa central, la prevalencia se ha mantenido en niveles relativamente bajos, tal vez a causa de las grandes campañas de prevención que han sido puestas en práctica. El gobierno polaco logró contener la epidemia entre los usuarios de drogas y evitó que ésta se propagara a la población general. Sin embargo, existe aún la amenaza de un efecto de derrame procedente de Europa del este, donde las infecciones con el VIH continúan proliferando.

En los países del sur y occidente de Europa, la prevalencia en adultos está por debajo del 0,5%, salvo en Portugal, España y Suiza. Aunque la transmisión del VIH se ha concentrado en la población de hombres homosexuales y UDI, poco a poco se está propagando a la población general. Recientemente, las ITS entre los hombres homosexuales han aumentado en algunas ciudades europeas, lo cual indica un regreso al sexo no seguro que se practicaba antes de la epidemia del SIDA. Las nuevas infecciones del VIH entre hombres homosexuales o bisexuales en Madrid aumentaron de un poco más del 1% a más del 2% entre 1996 y 2000²⁹.

En Europa central, los decididos esfuerzos de prevención han detenido la epidemia.

América Latina y el Caribe

Se calcula que, hacia fines del 2001, en América Latina y el Caribe vivían casi 1,9 millones de adultos y niños con el VIH/SIDA. Durante el 2001, ocurrieron unas 200.000 infecciones nuevas en la región.

En la mayor parte de América Latina, el VIH/SIDA ha golpeado con más fuerza a las poblaciones marginales: hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras del comercio sexual y consumidores de drogas, aunque la transmisión heterosexual es cada vez más significativa, según ONUSIDA. En Argentina y Uruguay, las infecciones del VIH se concentran entre los UDI. En Perú y México, las tasas de transmisión son mayores en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En Brasil, el país más poblado de la región, las infecciones del VIH son mayores entre hombres que tienen sexo con hombres y entre UDI. Las tasas de infección han disminuido desde fines de la década de 1990, probablemente como respuesta a los programas de prevención orientados a la población con alto riesgo de exposición.

En el Caribe, el contacto heterosexual ha sido la principal vía de transmisión del VIH, apoyado por normas culturales que toleran el sexo sin protección y el frecuente cambio de parejas entre los jóvenes. Las tasas de prevalencia en la región del Caribe son las segundas más altas del mundo, superadas sólo por las del África subsahariana. La gravedad de la epidemia en la región del Caribe suele subestimarse debido a que esta región tiene cifras de población relativamente bajas. Sin embargo, en algunos lugares de la misma, el VIH/SIDA es una de las principales causas de muerte. Casi un 2,3% de los adultos de la región está infectado: Haití tiene la mayor prevalencia, con casi el 6%, seguido por Bermuda, donde cerca del 4% de los adultos está infectado. La migración y los viajes frecuentes entre las islas del Caribe y Estados Unidos contribuyen asimismo a la propagación del VIH.

África del norte y Medio Oriente

Las tasas de infección del VIH son relativamente bajas en el norte de África y en el Medio Oriente: se estima que 500.000 personas de la región, o menos de un 0,5% de la población adulta, vivía con el VIH/SIDA en el 2001. Los sistemas públicos de salud locales no han realizado un seguimiento cuidadoso de los patrones de transmisión del VIH/SIDA, pero los sistemas de vigilancia están siendo fortalecidos. La evidencia actual indica que el VIH se propaga principalmente a través de las relaciones sexuales y, en segundo lugar, por el uso de drogas por vía intravenosa. ONUSIDA ha reportado epidemias importantes en Sudán y Yibuti, además de un preocupante aumento de la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas en el sur de Argelia. Los gobiernos y ONG de algunos países se están movilizando para crear programas de prevención, lo cual ofrece la esperanza de contener la epidemia en la región.

América del norte

Se estima que, durante el 2001, unos 940.000 adultos y niños de Estados Unidos y Canadá vivían con el VIH/SIDA; alrededor de unos 45.000 resultaron infectados durante ese mismo año. El sexo entre hombres es la principal ruta de transmisión en ambos países, aunque el uso de drogas por vía intravenosa y las relaciones sexuales también constituyen factores importantes. Si bien la prevalencia ha aumentado entre las mujeres, los hombres constituyen la mayoría de norteamericanos adultos que vive con el VIH/SIDA y un estimado 70% de las nuevas infecciones. Las minorías raciales y las poblaciones en condiciones económicas precarias corren un riesgo desproporcionado de resultar infectadas. A modo de ejemplo: durante el 2000, el 54% de las nuevas infecciones del VIH ocurrió entre afroamericanos, pese a que éstos forman el 13% de la población estadounidense. Por otra parte, según los Centros para la Prevención y el Control de las En-

fermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos, casi un 80% de las mujeres estadounidenses infectadas con VIH son afroamericanas o hispanas. Ambos grupos corresponden a menos del 30% de todas las mujeres estadounidenses.

Los investigadores han reportado una elevada y creciente prevalencia del VIH entre los hombres homosexuales en varias áreas de Estados Unidos y Canadá. Un estudio reciente del CDC realizado en seis ciudades estadounidenses, detectó que casi un 30% de los hombres homosexuales de color entre 23 y 29 años tenía el VIH/SIDA, así como el 14% de los hombres homosexuales hispanos y el 7% de los hombres homosexuales blancos³⁰. Luego de seis años de disminución constante, la tasa de infección del VIH entre la población de hombres homosexuales de la Columbia Británica aumentó un 9% entre el 2000 y el 2001, según estadísticas entregadas por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de la Columbia Británica³¹. La mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual entre los hombres homosexuales de San Francisco, Los Ángeles y otras grandes ciudades indica que los más jóvenes están pasando por alto las reglas del sexo seguro que lograron detener la epidemia del VIH/SIDA en la población homosexual masculina de Estados Unidos a principios de la década de 1990. Sin una disminución de la conducta de alto riesgo, es muy probable que el VIH se propague aún más. Un aumento similar de las ITS se ha detectado en Francia, Australia y otros países más desarrollados.

Efectos demográficos y en la salud

El VIH/SIDA se ha convertido en una carga devastadora para la población y la salud durante los últimos 20 años. En el África subsahariana y en

un creciente número de países y comunidades de todo el mundo, la epidemia ha revertido los logros alcanzados con grandes esfuerzos en materia de expectativa de vida y supervivencia infantil. El VIH ha causado un abrupto resurgimiento de infecciones y padecimientos anteriormente poco comunes, y ha contribuido a una impresionante epidemia de tuberculosis en todo el mundo. En los países más afectados, el VIH ha sobrecargado los sistemas públicos de salud, ya que exige a los proveedores de salud, a la infraestructura y a los presupuestos funcionar más allá de su capacidad.

Como el VIH/SIDA tiende a afectar a la población joven sexualmente activa, las muertes por SIDA también han distorsionado los perfiles de género y edad de la población en las comunidades y los países más afectados. Las proporciones desequilibradas afectan el crecimiento poblacional y el bienestar económico y social de estos sectores.

En muchos lugares del mundo, el resurgimiento de la tuberculosis ha obligado a algunos países a enfrentar simultáneamente epidemias de VIH y de tuberculosis (TB). Debido al VIH, en el África subsahariana los casos de TB están aumentando a una razón estimada del 10% anual, con casi 2 millones de nuevos casos reportados sólo durante 1999. Los investigadores proyectan que esta cifra llegará a 3,3 millones para el 2005.

La TB es una de las principales causas de muerte entre los jóvenes con VIH/SIDA y se estima que es responsable de un 15% de las muertes producidas por el SIDA. En los países menos desarrollados, casi la mitad de las personas VIH positivas sufrirán de TB³².

El VIH/SIDA y la TB interactúan en forma destructiva, pues cada una empeora los efectos de la otra. La TB acelera el avance de la infección de VIH, y éste a su vez hace más rápido el avance de la TB. Cuando la infección del VIH no está presente, la mayoría de los infectados con TB se mantienen sanos a pesar de ser "portadores". Sin embargo, el VIH/SIDA es como un detonante de la forma ac-

Tabla 2

Efecto del VIH/SIDA en la mortalidad infantil en países seleccionados, 2002

País	Muertes por cada 1.000 niños menores de 5 años		Porcentaje de mortalidad infantil producto del VIH/SIDA
	Con SIDA	Sin SIDA	
África subsahariana			
Angola	287	282	2
Botswana	107	31	71
Costa de Marfil	153	132	14
Kenia	95	66	31
Nigeria	136	125	8
Sudáfrica	97	61	37
Uganda	145	128	12
Zambia	171	133	22
Zimbabwe	101	47	53
América Latina/Caribe			
Haití	117	107	9
Honduras	41	35	16
Asia			
Camboya	103	96	7
Myanmar	101	96	5
Tailandia	30	29	4

Fuente: K. Stanecki, *The AIDS pandemic in the 21st century* (www.usaid.gov/pop_health/aids/Publications/docs/aidsdemoimpact.pdf, visitado el 8 de julio de 2002).

tiva (y por ende infecciosa) de la TB. Mientras que entre los portadores de TB VIH negativos sólo del 5% al 10% desarrollará la enfermedad, los portadores VIH positivos tienen al menos 30 veces más posibilidades de sufrir una TB activa que aquellos sin el VIH³³, de acuerdo a varios estudios. Si no recibe tratamiento, una persona con TB pulmonar activa puede infectar, en promedio, a entre 10 y 15 personas cada año, según ONUSIDA.

La infección del VIH también hace que resulte más difícil diagnosticar la TB. ONUSIDA estima que de la mitad a un tercio de quienes tienen el VIH desarrollará formas de TB detectables sólo por medio de pruebas especiales de laboratorio, que pueden no estar disponibles en países con pocos recursos. La TB tiene cura en individuos infectados con el VIH, pero el tratamiento suele requerir el seguimiento de un estricto régimen de antibióticos durante casi seis meses, lo que suele ser difícil para quienes viven en países menos desarrollados³⁴.

Menor expectativa de vida

El VIH/SIDA es la cuarta causa de muerte a nivel mundial. Se estima que, desde sus comienzos, la epidemia ha terminado con la vida de más de 20 millones de personas. ONU-SIDA estima que para el año 2020 otros 68 millones morirán por causas relacionadas con el VIH, a menos que, de forma inmediata, se pongan en práctica esfuerzos de prevención y tratamiento a gran escala. Se calcula que durante el 2001 murieron 3 millones de adultos y niños producto del VIH/SIDA, de los cuales 2,3 millones eran habitantes del África subsahariana. Por el contrario, las muertes relacionadas con el SIDA en algunos países han disminuido en forma significativa gracias a la utilización de nuevos medicamentos. En Brasil, las políticas gubernamentales para entregar tratamiento universal del VIH/SIDA disminuyeron las muertes causadas por esta enfermedad en un 50% entre 1996 y 1999³⁵. Sin embargo, en algunos países los medicamentos no están a disposición de la mayoría, y la cantidad anual de víctimas sigue aumentando.

En los países más afectados, las tasas de mortalidad son significativamente más altas de lo que serían sin el VIH/SIDA. Por ejemplo, en el este y el sur de África, las tasas brutas de mortalidad (muertes por cada 1.000 personas) son de un 50% al 500% más altas de lo que serían sin el VIH/SIDA. Este aumento también ha ocurrido en algunos países asiáticos y latinoamericanos.

Además, la epidemia ha detenido o revertido el progreso alcanzado en la supervivencia infantil y la esperanza de vida, ambos indicadores claves del desarrollo social y económico. En los países menos desarrollados, las tasas de mortalidad en niños menores de 5 años son significativamente más altas de lo que serían sin el VIH/SIDA. Según un informe de la Oficina del Censo de los EE.UU., casi tres cuartos de las muertes de menores de 5 años en Botswana están relacionadas con el SIDA, así como casi el 50% de las muertes de niños en Zimbabwe (ver la Tabla 2). Durante el 2002, la tasa de

mortalidad infantil de Sudáfrica era de 97 muertes por cada 1.000 niños; sin la mortalidad producida por el SIDA, esta tasa habría sido de 61 muertes por cada 1.000. La cantidad de víctimas del SIDA entre los niños es sustancialmente menor fuera del sur y del este del África, incluso en países con tasas de prevalencia relativamente altas. Por ejemplo, a causa del SIDA, Haití tuvo casi 10 muertes adicionales de niños por cada 1.000 niños durante el 2002. Sin esta enfermedad, habrían ocurrido 107 muertes por cada 1.000.

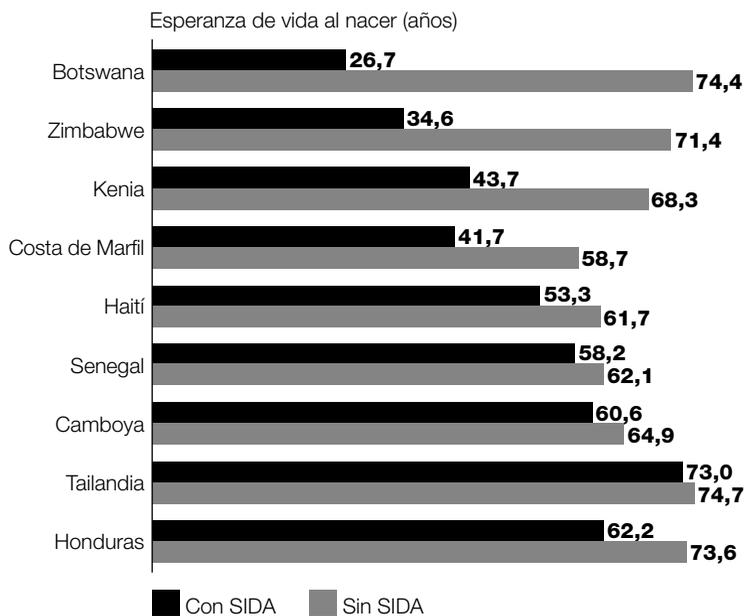
Incluso en los países más afectados, las mejoras en los niveles de vida y en la salud pública permitieron que la esperanza de vida aumentara hasta mediados y fines de la década de 1980, pero ésta disminuyó luego precipitadamente como resultado de las muertes por el SIDA. La esperanza de vida promedio ha disminuido a 40 años o menos en ocho países: Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Rwanda, Zambia y Zimbabwe. La esperanza de vida al nacer era de casi 60 años antes de que la epidemia del SIDA llegara a Botswana, uno de los países más ricos del continente africano. En el 2002, la esperanza de vida promedio de este país bajó a 33,9 años y sigue disminuyendo; para el 2010, se calcula que será de 26,7 años (ver el Gráfico 4). La Oficina del Censo de los EE.UU. estima que para el 2010 la esperanza de vida en otros países del sur de África disminuirá a 30 años, un nivel que era más común hace 100 años, cuando no se contaba con antibióticos y vacunas para combatir las enfermedades.

Algunos países fuera del África subsahariana también experimentan una situación similar. En Camboya, Myanmar y Tailandia, la esperanza de vida para el 2010 será de casi dos a cuatro años menor de lo que sería sin el SIDA.

Para el 2010, se estima que en Haití la esperanza de vida será de 53,3 años, ocho menos de lo que sería sin el SIDA, y en Honduras –de acuerdo a la Oficina del Censo de los EE.UU.– 11 años menor por la misma situación.

Gráfico 4

Efecto del VIH/SIDA en la expectativa de vida para el 2010, en países seleccionados



Fuente: K. Stanecki, *The AIDS pandemic in the 21st century* (www.usaid.gov/pop_health/aids/Publications/docs/aidsdemoimpact.pdf, visitado el 12 de julio de 2002).

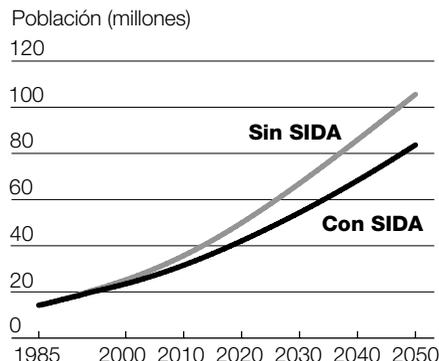
Menor crecimiento de la población

A pesar de los millones de muertes a causa del SIDA en todo el mundo, la población sigue creciendo en muchos países fuertemente afectados, aunque menos de lo que ocurriría en ausencia del SIDA. Por ejemplo, en Uganda, la Oficina del Censo de los EE.UU. proyecta que la población alcanzará casi 84 millones para el 2050; si el país no hubiese experimentado la epidemia del VIH/SIDA, su población estaría cercana a los 106 millones (ver el Gráfico 5, página 20). En Sudáfrica, donde la epidemia ha mostrado pocas señales de disminución, se estima que la población será de 31 millones para el 2050, casi un 50% de lo que sería sin la mortalidad producida por la enfermedad (ver el Gráfico 6, página 20).

La Oficina del Censo de los EE.UU. también calcula que Camboya, Myanmar, Tailandia y varios otros países no africanos experimen-

Gráfico 5

Población proyectada de Uganda con y sin SIDA, 1985-2050



Fuente: Estimaciones y proyecciones demográficas de la Oficina del Censo de los EE.UU. (2002).

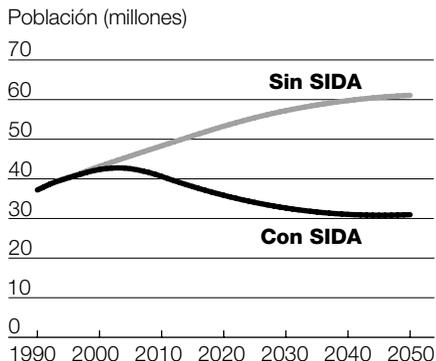
tarán menores tasas de crecimiento poblacional debido al SIDA. En las Bahamas y Guyana, por ejemplo, se estima que las tasas de crecimiento anual disminuirán del 1,0% al 0,5% entre el 2002 y el 2010.

El SIDA causará una disminución de la población en algunos otros países africanos, además de Sudáfrica. La Oficina del Censo de los EE.UU. estima que Botswana ya tuvo un crecimiento negativo durante el 2002, debido a la alta prevalencia del VIH, sumada a las tasas relativamente bajas de fecundidad. Se calcula que para el 2010, Lesoto, Mozambique, Sudáfrica y Swazilandia perderán población; asimismo, se espera que el crecimiento poblacional de Malawi, Namibia y Zimbabwe se detenga.

Las muertes producidas por el SIDA están alterando la estructura etaria de los países más afectados. Algunos análisis indican que donde existen tasas de prevalencia del VIH cercanas al 15% en adultos, el SIDA acabará a la larga con la vida de un tercio de los jóvenes que actualmente tienen 15 años³⁶. En el África subsahariana, los índices de prevalencia del VIH alcanzan su máximo en edades cercanas a los 25 años en las mujeres, y a los 35 ó 40 en los hombres. Debido a que las personas sobreviven un promedio de 10 años tras la infección, las muertes

Gráfico 6

Población proyectada de Sudáfrica con y sin SIDA, 1990-2050



Fuente: Estimaciones y proyecciones demográficas de la Oficina del Censo de los EE.UU. (2002).

relacionadas con el SIDA tienden a ser altas en mujeres de unos 30 años y en hombres de 40 a 50 años.

En Botswana se observan muchos de los cambios que se proyectan para las poblaciones más afectadas por el VIH/SIDA. El gráfico de la estructura por sexo y edad de la población para el 2020 se asemeja más a una chimenea que a una pirámide, forma más común en poblaciones con un crecimiento acelerado (ver el Gráfico 7). Para el 2010, nacerán menos niños como resultado de la muerte y la menor fecundidad en las mujeres VIH positivas. Muchos morirán durante sus primeros años de vida por la infección del VIH. La población adulta disminuirá y las principales bajas se producirán sobre todo en mujeres jóvenes de 20 a 30 años.

Impacto social y económico

El SIDA es mucho más que una crisis sanitaria. Sus efectos abarcan prácticamente todas las dimensiones de la vida social y económica, especialmente en los países más afectados. A pesar de que la magnitud de la epidemia varía de país en país, el SIDA ataca principalmente a los adultos de

25 a 45 años; es decir, a personas infectadas durante su adolescencia y los primeros años de juventud. Las muertes por el SIDA arrebatan a los empleados de sus trabajos, a los proveedores y encargados de sus familias y a los profesores de las la comunidades³⁷.

Carga para la salud pública

El sector salud recibe el impacto del SIDA a través de costos directos como los gastos de tratamiento, suministros y personal, e indirectos como un menor número de proveedores de salud capacitados y una mayor exigencia a sistemas que se encuentran sobrecargados a causa de la epidemia.

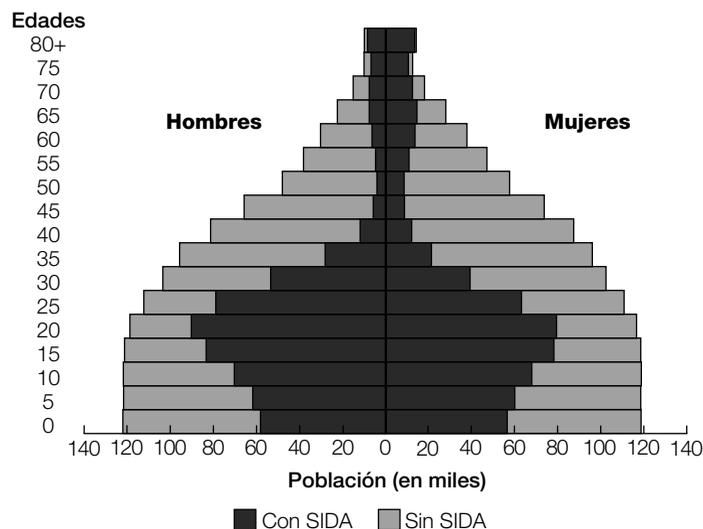
El VIH/SIDA continúa sobrecargando los sistemas de salud en muchos países. Generalmente, las personas que viven con el VIH/SIDA tienen una serie de necesidades que van desde atención primaria de salud y tratamiento básico contra infecciones, hasta la hospitalización y asesoría psicológica. En aquellos lugares que cuentan con medicamentos antirretrovirales, los sistemas de salud deben controlar a los pacientes y manejar los complejos regímenes de tratamiento que éstos necesitan.

La creciente demanda de atención resulta especialmente problemática en regiones que ya se enfrentan a problemas para satisfacer las necesidades de salud más básicas de su población. En muchos países, la atención que requiere el VIH/SIDA supera con creces el ingreso promedio anual de una familia. Los presupuestos nacionales de salud tampoco pueden soportar esta creciente carga. El Banco Mundial estima que el costo del tratamiento de un paciente con el SIDA durante sólo un año corresponde a 2,7 veces el producto nacional bruto per cápita de cualquier país típico. Para el 2005, se espera que el VIH/SIDA corresponda a más del 60% del gasto de salud pública en Zimbabue³⁸.

El VIH/SIDA se está apropiando de los recursos del sector salud necesarios para hacer frente a otros problemas.

Gráfico 7

Estructura proyectada de la población de Botswana para el 2020

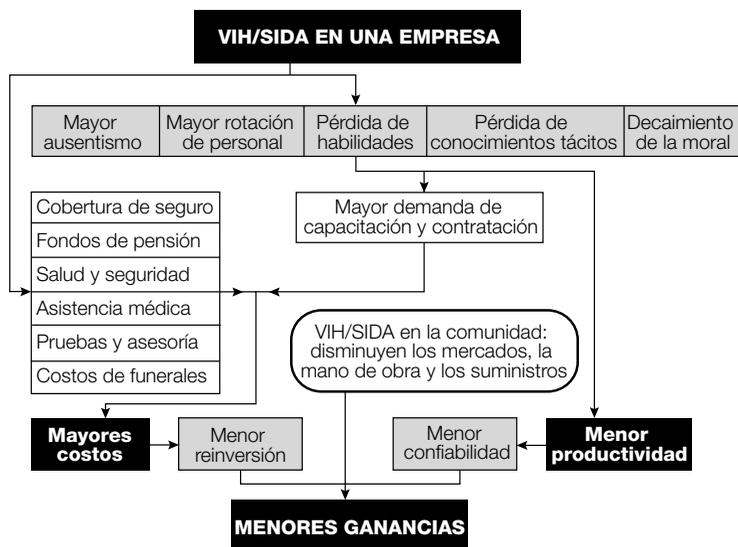


Fuente: Estimaciones y proyecciones demográficas de la Oficina del Censo de los EE.UU. (2002).

En muchos hospitales del África subsahariana, por ejemplo, el número de enfermos con el SIDA supera al de otros pacientes: los primeros ocupan al menos la mitad de las camas de los hospitales urbanos de Costa de Marfil, Zambia y Zimbabue. En Kenia, el hacinamiento se ha traducido en una mayor mortalidad entre los pacientes que no padecen el VIH³⁹.

La pérdida de personal de atención por causa del VIH/SIDA es otro golpe al sector de la salud en los países más afectados. Esta pérdida resulta particularmente grave dada la creciente necesidad de sus habilidades profesionales a medida que más personas contraen el VIH/SIDA. Estudios realizados en Lusaka, Zambia, durante 1991 y 1992 indicaron que el 39% de las parteras y el 44% de las enfermeras dieron resultados positivos en las pruebas del VIH. En un hospital de Zambia, el SIDA es responsable de que hayan aumentado 13 veces las muertes entre sus trabajadores, de 1980 a 1990. El personal de salud también se enfrenta a un riesgo superior al promedio de exponerse a las infecciones oportunistas, especialmente a la TB.

Impacto del VIH/SIDA en una empresa



Fuente: Adaptado de ONUSIDA, Consejo comercial mundial sobre VIH/SIDA y Foro de líderes comerciales del Príncipe de Gales, *The business response to HIV/AIDS: impact and lessons learned* (2002).

Además, el VIH/SIDA desmoraliza a los empleados a medida que su carga de trabajo y estrés aumentan y a medida que presencian la alta mortalidad que el VIH/SIDA causa en niños, adultos jóvenes y colegas.

Negocios, trabajo e ingresos

Dado que el VIH/SIDA afecta a las personas cuando empiezan su vida laboral, los negocios sufren graves efectos como resultado de la epidemia. Esto es particularmente cierto en algunos países del África subsahariana, donde hasta un tercio de la población en edad laboral está afectada por el VIH. En los países con alta prevalencia, el VIH/SIDA consume las ganancias comerciales debido a tres factores principales: mayores costos operativos, menor productividad y mercados deprimidos (ver el Gráfico 8).

En un principio se pensaba que el VIH/SIDA era un fenómeno básicamente urbano, pero ahora está claro que amenaza también la vida y el sustento de las comunidades rurales del

mundo menos desarrollado. En muchos países, la agricultura es el modo de vida para un amplio segmento de la sociedad y contribuye significativamente a la economía nacional: corresponde a más de un tercio del producto nacional bruto de varios países africanos. Al desestabilizar la producción agrícola, el VIH/SIDA puede socavar la capacidad exportadora de esos países y, por ende, su capacidad para obtener divisas⁴⁰.

En el África, particularmente en el sur y el este, las muertes relacionadas con el SIDA en los trabajadores del campo ponen en riesgo la producción agrícola y la seguridad alimentaria. En 25 países con altos índices de prevalencia del VIH, la Organización de la Agricultura y la Alimentación (FAO) estima que, desde 1985, han muerto 7 millones de labradores producto del SIDA. La FAO proyecta que otros 16 millones de trabajadores de estos países morirán por la enfermedad entre los años 2000 y 2020⁴¹. Las pérdidas en la fuerza de trabajo agrícola entre 1985 y el 2020 en los países más afectados alcanzará desde un 13% en Tanzania hasta un 26% en Namibia (ver el Gráfico 9).

En el este del África, la falta de mano de obra que el SIDA ha causado se ha traducido en un rendimiento menor de los cultivos y de la cantidad de tierra cultivada, así como en el paso de cultivos comerciales a cultivos de subsistencia⁴². En Zimbabwe, el sindicato de trabajadores agrícola descubrió que la pérdida a causa del SIDA de una persona que actuaba como sostén de su familia hacía caer la producción en hasta un 61% en las áreas de producción agrícola a pequeña escala⁴³.

Las familias que hacen frente al VIH/SIDA pueden dejar de comprar semillas y empezar a vender activos como ganado, maquinaria y tierras para apoyar a los familiares enfermos y pagar los gastos del funeral. El tiempo que los familiares dedican a estos menesteres –más el duelo consiguiente– disminuye la productividad y amenaza su capacidad para producir y comprar alimentos. Además, se pierden conocimientos y habilidades im-

portantes a medida que las muertes en la población agrícola aumentan.

La presión sobre el sistema educativo

La educación es un componente fundamental del capital humano puesto que influye en las habilidades, el conocimiento y la salud de las personas. Estos factores son, a la vez, determinantes del estándar de vida y de las perspectivas económicas de un país. La educación también es una herramienta potencial para el control del VIH/SIDA⁴⁴.

Sin embargo, la epidemia del SIDA se ha convertido en una pesada carga para los sistemas educativos de muchos países con pocos ingresos. Los fondos gubernamentales pasan de los sectores públicos, incluida la educación, a cubrir las necesidades inmediatas de los pacientes con el VIH/SIDA. Al mismo tiempo, es de esperar que los ingresos generales de los gobiernos disminuyan dado que la enfermedad afecta en forma desproporcionada a la población en edad laboral. La enfermedad y la muerte de educadores experimentados y administradores de la enseñanza también han puesto en peligro la calidad y la oferta de la educación. Las escuelas se enfrentan a mayores gastos asociados con el cambio de personal y el ausentismo laboral. La difusión de la enfermedad y la muerte en las comunidades afectadas disminuye los fondos y el apoyo para la educación, así como la capacidad de los miembros de la comunidad para participar en las actividades escolares.

Los educadores de los países con alta prevalencia del VIH/SIDA están muriendo en cantidades alarmantes. En el África subsahariana, los profesores de 860.000 niños murieron como resultado del SIDA durante 1999. La República Centroafricana experimentó pérdidas tan altas entre sus profesores que más de 100 instituciones educativas fueron cerradas hacia fines de la década de 1990. En Zambia, durante 1998 murieron a diario del SIDA más de cuatro profesores,

Gráfico 9

Pérdida proyectada de fuerza laboral agrícola a causa del VIH/SIDA, países africanos seleccionados, 1985-2020



Fuente: Organización para la agricultura y la alimentación (FAO), "AIDS –a threat to rural Africa: fact sheet" (www.fao.org/Focus/E/aids/aids6-e.htm, visitada el 12 de julio de 2002).

es decir, 1.300 profesores en ese año⁴⁵.

La epidemia del SIDA también está cambiando la demanda de educación, ya que por la enfermedad, una mayor cantidad de niños muere, deja la escuela para cuidar a sus familiares o se convierte en huérfano ya que no cuenta con los medios ni las oportunidades para asistir al colegio. En la provincia del KwaZulu-Natal, Sudáfrica, donde la prevalencia del VIH entre los adultos supera el 30%, los investigadores detectaron que la matrícula en el primer grado disminuyó un 24% durante el 2000⁴⁶.

Familias y comunidades

El estigma asociado al VIH/SIDA, el gradual deterioro físico, la necesidad de atención y la muerte de las personas tienen importantes consecuencias para las familias y las comunidades. En los países más afectados, la epidemia menoscaba el bienestar socioeconómico de las familias y pone en peligro la cohesión social de las comunidades. Tal como el VIH/SIDA priva al cuerpo humano de sus defen-

El VIH/SIDA no tiene cura.

sas naturales, la enfermedad acaba con los bienes que las familias y las comunidades necesitan para poner en práctica aquellos esfuerzos que permitan prevenir, atender y tratar a quienes viven con el VIH⁴⁷.

Para las familias, las consecuencias del VIH/SIDA son diferentes a las causadas por otras enfermedades. Las personas más proclives a ser infectadas se encuentran en sus mejores años productivos y de generación de ingresos y, por lo general, mantienen a su esposo o esposa e hijos. Las familias sienten los efectos de la epidemia tan pronto como uno de sus miembros cae víctima de una enfermedad relacionada con el SIDA. Los ingresos disminuyen junto con la capacidad de la familia para trabajar, mientras que los costos de mantenimiento aumentan, especialmente por gastos médicos. Un estudio realizado en Costa de Marfil descubrió que las familias con un paciente con el VIH/SIDA tienen el doble de gastos médicos que otras familias⁴⁸. Los costos en transporte y tiempo también se suman a la carga económica debido a que, generalmente, las instalaciones de salud se encuentran lejos del hogar familiar.

Las familias más pobres y menos educadas son las que se encuentran en peores condiciones para enfrentarse al VIH/SIDA. En Rwanda, una encuesta entre personas VIH positivas indicó que menos del 30% de las familias podía cubrir los costos de los servicios de salud sólo con sus propios recursos. Algunas familias pagaban la atención de salud solicitando préstamos o vendiendo sus haberes. La pobreza obliga a algunas familias a enviar a sus hijos a trabajar o a entregarlos a contratistas que ofrecen trabajos en lugares distantes, donde los niños pueden ser obligados a realizar trabajos ilegales o ser sometidos a la explotación sexual⁴⁹. Los pobres también tienen acceso limitado a la información de atención de salud sobre la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA y problemas relacionados con los mismos.

Gobierno y servicios públicos

En los países más perjudicados por el VIH, la epidemia afecta a los servicios públicos principalmente en tres formas: el país pierde funcionarios difíciles de reemplazar, los ingresos disminuyen, mientras los costos y la demanda por servicios sociales aumenta. Juntos, estos factores ejercen una importante presión sobre los gobiernos de los países menos desarrollados.

En los países con bajos niveles de alfabetismo y educación, las muertes de funcionarios capacitados resultan especialmente difíciles de asimilar. Muchos de estos países dependen de un pequeño número de burócratas para desarrollar y administrar sus servicios.

Los menores ingresos y los costos crecientes agravan la pérdida de funcionarios. En las regiones más afectadas, el SIDA está disminuyendo la productividad y los ingresos. En la mitad de los países del África subsahariana, el crecimiento anual per cápita está disminuyendo a razón del 0,5% hasta el 1,2% como resultado de la epidemia del SIDA⁵⁰. Se proyecta que los gastos anuales para la atención del SIDA en Zambia aumentarán de US\$3,4 millones en 1989, a US\$18,3 millones durante 2004⁵¹.

Al mismo tiempo que los costos aumentan y los ingresos disminuyen, la demanda de servicios públicos es cada vez mayor. El SIDA generalmente afecta en forma desproporcionada a las familias más pobres, lo cual contribuye a aumentar la pobreza y las necesidades de asistencia social. Además, millones de niños huérfanos requerirán servicios públicos nuevos y ampliados. Los fondos o inversiones en algunos servicios disminuyen debido al aumento de gastos en atención de salud y asistencia social, incluida la atención de los huérfanos. El Banco Mundial estima que el tratamiento de un paciente con el SIDA durante un año cuesta, en promedio, lo mismo que educar a 10 estudiantes de educación primaria durante un año⁵².

Prevención y atención

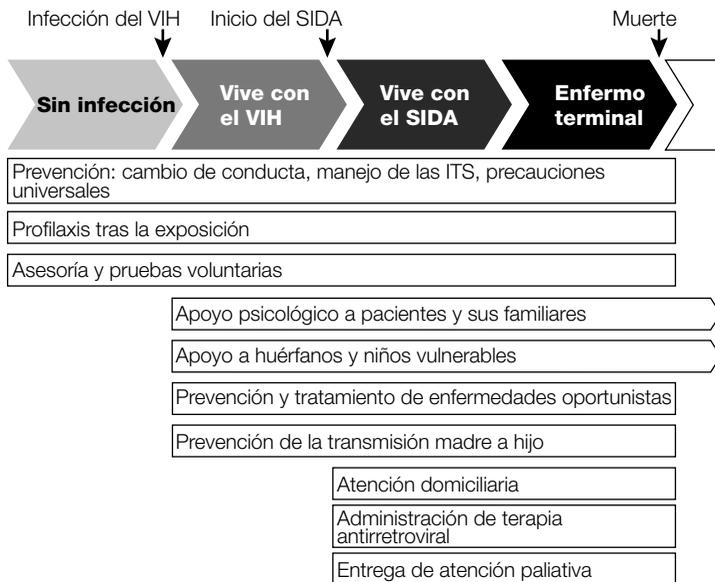
El VIH/SIDA no tiene cura y los medicamentos para prolongar la vida son muy costosos y escasos en los países menos desarrollados. Así, la prevención sigue siendo la base de los programas para frenar la epidemia del VIH/SIDA en el futuro próximo. Sin embargo, los expertos reconocen la necesidad de contar con programas integrales que abarquen intervenciones de prevención, atención, tratamiento y asesoría que sean asequibles y accesibles para la mayoría de las personas que necesitan estos servicios. Estos programas buscan satisfacer las necesidades médicas, psicológicas y sociales de quienes viven con el VIH/SIDA y sus familias.

Los esfuerzos de prevención exitosos incluyen educación sobre las conductas de alto riesgo; distribución y promoción del uso del condón; diagnóstico y tratamiento de las ITS; asesoría y realización de pruebas voluntarias para detectar el SIDA; prevención de la transmisión madre a hijo; garantía de la seguridad de la sangre y los productos sanguíneos; y reducción del estigma que conlleva la enfermedad. La atención integral incluye la profilaxis tras la exposición al VIH (especialmente si fue producto de una violación o un accidente laboral, como el pinchazo con una aguja), asesoría psicológica, apoyo para los huérfanos y los hijos de pacientes con SIDA, prevención y tratamiento de infecciones oportunistas, atención domiciliaria, terapia antirretroviral y cuidado paliativo (ver el Gráfico 10).

Los diversos componentes de la prevención y el cuidado continuo se refuerzan mutuamente. La disponibilidad de servicios para la atención y el tratamiento del VIH puede ser un poderoso incentivo para quienes buscan asesoría y pruebas. Sin estos servicios, las personas tienen pocos estímulos para conocer su estado del VIH. La asesoría brinda la oportunidad de educar a las personas infectadas acerca de la importancia y los métodos para evitar el contagio de terce-

Gráfico 10

Continuo de atención y prevención del VIH/SIDA



Fuente: Family Health International.

ros. Generalmente, los expertos consideran la asesoría y las pruebas voluntarias para detectar el VIH punto de partida fundamental para la prevención, el tratamiento y la atención efectivos.

El acceso a la atención y al tratamiento también ayuda a disminuir el estigma asociado a la infección del VIH, anima a más personas a realizarse pruebas para detectar el virus y puede promover un cambio de conducta. Con todo, convencer a las personas para que cambien su conducta es difícil, especialmente si creen que no corren riesgo o que pueden recibir un tratamiento efectivo contra el VIH/SIDA. Estudios realizados en países más desarrollados han demostrado que algunas personas practican conductas sexuales de alto riesgo cuando saben de la disponibilidad de terapias efectivas contra el SIDA⁵³.

Es más probable que los programas de prevención tengan éxito si comprometen a las autoridades normativas y a las personas influyentes en el entorno económico y social de la comunidad. Las políticas públicas

Tabla 3

Riesgo de infección de VIH según modo de exposición y aporte a las infecciones mundiales

Modo de exposición	Tasa de transmisión por exposición	Porcentaje de infecciones mundiales
Transfusiones sanguíneas	Más del 90%	5% a 10%
Transmisión de madre a hijo	25% a 40% en los países menos desarrollados 15% a 25% en los países más desarrollados	2% a 3%
Relaciones sexuales sin protección	0,1-1,0% ^{a, b}	70% a 80%
Uso de drogas por vía intravenosa	Menos del 1,0% ^a	5% a 10%
Pinchazos de agujas y otras exposiciones en instalaciones de atención a la salud	Menos del 0,5%	0,01%
Contacto familiar por exposición a sangre	Escaso	Sin importancia

^a El riesgo es acumulativo y aumenta exponencialmente con cada exposición.

^b Varios factores, como las infecciones de transmisión sexual y la falta de circuncisión, pueden aumentar el riesgo.

Fuente: Communicable Disease Prevention and Control, "The risk of HIV-1 transmission by type of exposure" (www.cdpc.com/s6.htm, visitado el 8 de julio de 2002); y P.R. Lamptey y H.D. Gayle, *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings: a handbook for the design and management of programs* (2001).

que apoyan dichos programas permiten a las personas protegerse. Los programas exitosos tienen también en cuenta aquellos factores que ponen a individuos, familias y comunidades en riesgo de infectarse del VIH, y que aumentan su vulnerabilidad a la infección y a los efectos de la epidemia.

Los programas de prevención son efectivos sólo si pueden llegar a las personas con mayor riesgo, especialmente a los adultos jóvenes y grupos marginales como las trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, UDI y reclusos⁵⁴. Estos programas están diseñados para enfocarse en las principales formas de transmisión de cualquier comunidad. En la mayoría de los países, especialmente en las regiones menos desarrolladas (ver la Tabla 3), el contagio sexual es la principal forma de transmisión, pero las transfusiones de sangre contaminada, el uso de drogas por vía intravenosa y la transmisión de madre a hijo son responsables de hasta un 30% de las todas las infecciones del VIH a nivel mundial. En el África subsahariana, los programas exitosos deberían centrarse en la prevención de la transmisión heterosexual, de madre a hijo y a través de sangre contaminada.

Mientras que en el sudeste asiático, deberían concentrarse en prevenir el contagio a través del sexo y el uso de drogas por vía intravenosa. En Europa del este debe ponerse énfasis en prevenir la transmisión a través del uso de drogas inyectables. En América Latina, los esfuerzos de prevención deberían abarcar tanto la transmisión homosexual y heterosexual, como la transmisión a través del uso de drogas inyectables.

Prevención de la transmisión por vía sexual

La rápida propagación sexual del VIH ha sido atribuida a factores de comportamiento (como el cambio frecuente de pareja sexual y el sexo sin protección), a factores biológicos (como la presencia de ITS) y a factores estructurales (como una infraestructura de salud inadecuada y escaso acceso a un tratamiento efectivo). La falta de circuncisión también es un factor significativo en algunas poblaciones⁵⁵. Además de estos elementos de riesgo individual, también es importante tener en cuenta ciertos factores económicos, culturales y sociales que están más allá del control de los individuos.

Cambios de conducta

Las intervenciones para reducir el riesgo están diseñadas para promover las conductas sexuales seguras y el tratamiento de las ITS. En los adolescentes, se busca que retrasen su primera relación sexual; en las personas sexualmente activas, que practiquen el sexo seguro, especialmente utilizando el condón, y que limiten el número de parejas sexuales. Para que los individuos cambien su comportamiento, necesitan tener un conocimiento básico acerca del VIH y acerca de su riesgo de infección. Es necesario que aprendan cómo pueden protegerse y que tengan acceso a servicios y productos apropiados, como los condones. También deben percibir que su entorno apoye las prácticas seguras.

Las intervenciones para el cambio de conducta, inclusive la asesoría y las pruebas, han tenido éxito en numerosas situaciones, inclusive las comunidades homosexuales urbanas de América del norte y Europa occidental, los UDI de Australia y las poblaciones heterosexuales de Brasil, Camboya, Senegal, Tailandia y Uganda⁵⁶. Por ejemplo en Kampala, capital de Uganda, las intervenciones para modificar el comportamiento y los esfuerzos de prevención permitieron reducir las tasas de prevalencia del VIH de un 28% en 1991, a un 6% en 1998, entre las adolescentes a quienes se les realizaron pruebas para detectar el virus.

Algunas de las intervenciones más exitosas están dirigidas a las trabajadoras sexuales y sus clientes: en Nairobi, los programas para el cambio de conducta en estos grupos aumentó el uso del condón de menos del 5% a más del 85%, reduciendo así la tasa de nuevas infecciones de cerca del 5% a casi el 1%⁵⁷. En Tailandia y Camboya, los programas que promueven el uso del condón en burdeles han disminuido la transmisión del VIH entre trabajadoras sexuales y sus clientes, así como en la población general⁵⁸.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Las trabajadoras sexuales jóvenes de muchos países, como estas mujeres de Camboya, se enfrentan a un riesgo de infección del VIH excepcionalmente alto.

Disminución de la vulnerabilidad

La prevención de infecciones va más allá de evitar las conductas de riesgo; también requiere un cambio de las condiciones políticas y socioeconómicas que hacen a algunas personas más vulnerables a la infección.

Si bien el VIH/SIDA afecta a ricos y pobres de todo el mundo, estos últimos, desfavorecidos y sin educación, generalmente son más vulnerables. El VIH/SIDA y la pobreza se refuerzan uno al otro: la epidemia hunde a las personas aún más en la pobreza, lo que les dificulta mantener o recuperar los ingresos que tenían con anterioridad. La disminución de los ingresos, a su vez, puede llevar a las personas y a sus familias a ser más vulnerables a la infección del VIH y a enfermedades relacionadas con el SIDA. Por ejemplo, las mujeres analfabetas que poseen pocas habilidades, escasas oportunidades de trabajo y acceso limitado a información y servicios de salud, corren mayor riesgo de verse involucradas en sexo sin protección a cambio de dinero, lo que aumenta su vulnerabilidad al VIH⁵⁹. La prostitución infantil en el sudeste asiático y el incentivo financiero que los hombres adultos ofrecen a las niñas en muchos países, aumenta en los niños y los adolescentes la vulnerabilidad de contraer el VIH.

La mayoría de los niños VIH positivos contrajo el virus de sus madres.

La inseguridad económica, los desplazamientos causados por conflictos y desastres, el analfabetismo, la violencia, el abuso y la exclusión social privan a millones de personas de la capacidad de protegerse a sí mismos y a otros contra el VIH. Así, las políticas sociales y económicas que perpetúan las desigualdades, la discriminación y la marginación social también obstaculizan la prevención y el cuidado del VIH/SIDA. A largo plazo, las políticas para mejorar el desarrollo socioeconómico y la equidad social también contribuirán a la prevención del VIH/SIDA en los países de bajos ingresos.

Tratamiento de las ITS

Las infecciones de transmisión sexual hacen que las personas sexualmente activas sean más vulnerables al VIH. Promover el sexo seguro para disminuir el riesgo de una ITS y dar tratamiento si la infección es curable también ayuda a disminuir la transmisión del VIH. En Tailandia, la promoción del uso del condón y la mejor atención a las ITS redujeron la incidencia de los casos curables en más de un 80% en cinco años, y contribuyeron a una disminución de la prevalencia del VIH entre trabajadoras sexuales, sus clientes y las fuerzas armadas⁶⁰. En un estudio realizado en Malawi, el tratamiento eficaz de hombres con ITS curables y el VIH se tradujo en una importante disminución de la concentración del VIH en el semen. Un estudio de 1995 realizado en la región de Mwanza, Tanzania, mostró que la incidencia del VIH en las comunidades que habían realizado grandes esfuerzos para controlar las ITS fue un 38% menor que en las áreas cuyos servicios para la prevención de ITS eran de un nivel promedio⁶¹.

El VIH y el uso de drogas por vía intravenosa

Se estima que, a nivel mundial, existen entre 6 y 10 millones de consumidores de drogas por vía intravenosa, y que hasta 3,3 millones de ellos están afectados por el VIH⁶². Entre un 5% y un

11% de todos los casos del VIH/SIDA están relacionados con el uso de drogas por vía intravenosa, uno de los principales medios de transmisión del virus en el sur y el este de Europa, la mayor parte de Asia y Norteamérica y algunas regiones de Sudamérica. También constituye una fuente importante de infección en el norte de África y el Medio Oriente. Los UDI pueden jugar un papel fundamental en la propagación del VIH a la población general, a través de la transmisión sexual y la transmisión de madre a hijo por parte de las madres UDI infectadas.

La propagación del VIH en las poblaciones de UDI suele ser rápida y especialmente difícil de controlar. Una de las razones es que los UDI se exponen al VIH en más de una ocasión. Aunque el riesgo de contraer el virus es menor al 1% si sólo se comparte una aguja una vez, el riesgo añadido es mucho mayor cuando una persona se expone al virus en repetidas ocasiones. La conducta de los UDI constituye otro obstáculo: la cultura clandestina y el estigma social que supone el uso de drogas y el VIH hacen a esta población altamente vulnerable a la infección. Sin embargo, hay estudios que demuestran que al dar la información y la oportunidad apropiadas, muchos UDI cambian sus conductas sexuales y de consumo de drogas para protegerse a sí mismos y a sus parejas contra el VIH. Los programas de educación que han logrado disminuir la transmisión del virus entre los UDI en varios países más desarrollados, inclusive Australia, Canadá y Estados Unidos, promueven estrategias tales como:

- Educación y asesoría acerca de las conductas de riesgo (como el compartir agujas y el sexo sin protección).
- Asesorías y pruebas para detectar el VIH
- Programas de intercambio de agujas e inyecciones
- Terapia de sustitución de drogas (como la metadona) para combatir la adicción; y
- Atención y tratamiento del VIH/SIDA.

Sangre infectada con el VIH

Algunas de las primeras personas en quienes se identificó el VIH/SIDA contrajeron la infección de sangre y productos sanguíneos contaminados. Miles de personas se infectaron así durante la década de 1980, pero el número de casos disminuyó enormemente cuando se generalizaron las pruebas para seleccionar la sangre y los donantes. En los países más desarrollados, la impresionante reducción de la transmisión del VIH por el uso de la sangre es una de las historias más exitosas en la batalla contra la epidemia⁶³. Sin embargo, la sangre contaminada sigue causando entre un 5% y un 10% de las nuevas infecciones del VIH en todo el mundo y resulta particularmente problemática en los países con pocos recursos, que no poseen infraestructuras de salud adecuadas. Las prácticas antihigiénicas de recolección de sangre podrían haber infectado a varios cientos de miles de habitantes de pequeños pueblos agrícolas en China durante los últimos años.

Prevenir la transmisión del VIH a través de la sangre y sus productos derivados conlleva el establecimiento de un servicio de transfusión sanguínea bien organizado, el reclutamiento de donantes de sangre seguros y el uso de pruebas efectivas para detectar el VIH y otras enfermedades infecciosas. También implica garantizar el uso apropiado de la sangre y sus derivados, evitar las transfusiones innecesarias y prevenir problemas de salud como la anemia, que requieren transfusiones sanguíneas.

Transmisión de madre a hijo

La mayoría (90%) de los niños VIH positivos recibió el virus de sus madres; el 90% de los niños infectados vive en el África subsahariana. Las tasas de transmisión del VIH de madre a hijo alcanzan entre un 25% y un 40% en los países menos desarrollados, y de un 15% a un 25% en los países más desarrollados⁶⁴.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Una trabajadora social brasileña aconseja a una madre y a su hija, ambas infectadas con el VIH/SIDA.

El riesgo de transmisión se ve afectado por factores relacionados con el virus, la madre, el parto, el bebé y la forma en que se alimenta al recién nacido. Estos factores explican la disparidad que se observa en las tasas de transmisión del VIH entre los países más y menos desarrollados. Durante el embarazo y el parto, la salud de la madre, la ruptura de la barrera placentaria, el parto prematuro y la hemorragia son predictores importantes de la infección del niño. Tras el parto, la lactancia es el mayor factor de riesgo. Sin tratamiento, se estima que uno de cada siete bebés amamantados por una madre VIH positiva resultará infectado por la leche materna.

Las estrategias actuales para prevenir la transmisión de madre a hijo incluyen la prevención primaria, los servicios de planificación familiar y la atención prenatal, así como la asesoría y las pruebas confidenciales. También comprenden la terapia preventiva con medicamentos antirretrovirales, el seguimiento de la madre y del bebé –inclusive la terapia de medicamentos de ser necesaria–, la asesoría nutricional y los sustitutos de la leche materna si corresponde. Las intervenciones más efectivas son los sustitutos de la leche materna y la terapia profiláctica con medicamentos para la madre y el pequeño, aunque los servicios de asesoría y pruebas también son importantes.

La terapia de medicamentos más efectiva que se ha probado hasta ahora es la terapia de larga duración con AZT. Actualmente se utiliza en los países más desarrollados, pero su alta complejidad y costo han limitado su uso en los entornos carentes de recursos. Como resultado, en los países menos desarrollados se ha recomendado el uso de regímenes más económicos, simples y breves. La más práctica y económica (US\$4 por dosis) de estas opciones es la Nevirapina, de la cual se entregan dosis únicas a la madre y al bebé al momento del parto. Boehringer-Ingelheim, fabricantes de la Nevirapina, ha puesto el medicamento a disposición de los países menos desarrollados en forma gratuita para evitar la transmisión de madre a hijo.

La transmisión del VIH a través de la leche materna puede evitarse alimentando a los pequeños con fórmula infantil u otros alimentos en lugar de amamantarlos. La decisión de no dar de mamar es difícil para muchas madres que no pueden costear los alimentos sustitutos. Muchos profesionales de la salud son reuentes a aconsejar a las madres infectadas con el VIH que eviten el amamantamiento, debido a que éste ofrece muchos beneficios. La leche materna proporciona a los niños la nutrición adecuada, los protege contra varias enfermedades infecciosas durante sus seis primeros meses de vida y disminuye en gran parte el riesgo que contraigan infecciones gastrointestinales por comidas contaminadas. Para las madres, el amamantamiento facilita la contracción uterina, las protege contra la pérdida excesiva de sangre y la anemia y retrasa el regreso de la menstruación, lo que reduce, a su vez, el riesgo de otro embarazo. Además, promueve el lazo afectivo entre la madre y su hijo. En algunos entornos culturales, la mujer que decide no amamantar a su hijo puede enfrentarse a la estigmatización social, dificultades económicas y el riesgo de un embarazo no deseado. Otros factores que también pueden incidir en el riesgo de transmi-

sión del VIH durante el amamantamiento incluyen el nacimiento prematuro, la alimentación mixta, la edad al momento del destete y la respuesta inmunológica del niño⁶⁵.

Satisfacción de las necesidades

Los medicamentos que prolongan la vida, como los antirretrovirales y los fármacos para la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas, han logrado reducir de forma significativa la mortalidad en quienes viven con el VIH/SIDA en los países más desarrollados. Sin embargo, satisfacer las necesidades de las personas con el VIH/SIDA implica mucho más que la terapia con medicamentos y la atención médica. Incluye la asesoría de los individuos y sus familias, la atención y la educación de los huérfanos por causa del SIDA, la atención domiciliaria y el apoyo financiero de las personas con el SIDA, y muchos otros componentes. La mayoría de los países con pocos ingresos carece de los recursos para satisfacer estas necesidades.

Aumento de la asesoría y de las pruebas

Los servicios de asesoría y pruebas voluntarias para detectar el VIH han sido desde hace mucho tiempo un componente de los programas para la prevención y la atención del VIH en los países más desarrollados. Aunque estos servicios sólo recientemente se han convertido en una parte integral de los programas en los países menos desarrollados, han demostrado ser una forma eficaz en relación con su costo para disminuir las conductas de riesgo. La asesoría y las pruebas pueden llevar a los pacientes a otros servicios para el VIH (ver el Gráfico 11). Un estudio que incluyó a Kenia, Tanzania y Trinidad registró un 43% de reducción del sexo sin protección entre quienes recibieron voluntariamente asesoría y pruebas para detectar el VIH. La inves-

tigación también demostró que ambos procedimientos constituyen una estrategia de prevención altamente efectiva en relación con su costo⁶⁶.

Pese a su reconocida importancia en los programas nacionales para controlar el SIDA, los servicios de pruebas y asesoría voluntarias suelen tener una calidad y cobertura limitadas en los países menos desarrollados. Entre los obstáculos que impiden expandir estos servicios se encuentran el personal capacitado, las preocupaciones por la confidencialidad, el estigma y la discriminación, la falta de conocimiento de los pacientes acerca de la existencia y los beneficios de estos servicios y la falta de recursos.

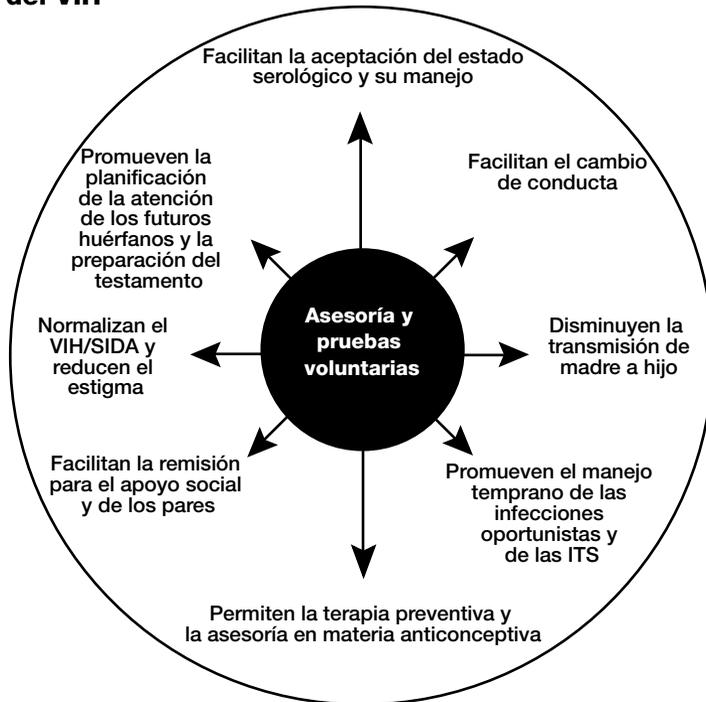
Los programas de pruebas y asesoría voluntarios exigen una mayor conciencia en la comunidad, asesoría antes y después de las pruebas, apoyo psicológico y referencia a los servicios correspondientes de prevención, atención, tratamiento y grupos de apoyo comunitarios. La asesoría busca capacitar a las personas para que confronten el estrés personal y tomen decisiones sobre el VIH/SIDA⁶⁷. El proceso permite a individuos o parejas evaluar sus riesgos de contraer o transmitir el virus y facilita la conducta preventiva. Debido a que las pruebas para detectar el VIH tienen consecuencias que van más allá del diagnóstico, la asesoría constituye una parte fundamental de todo programa. Por ejemplo, el solo hecho de ser sometido a una prueba puede tener consecuencias negativas en comunidades donde las personas VIH positivas son estigmatizadas, y la asesoría puede ayudar a las personas a enfrentarse al estigma y a la discriminación.

Manejo del VIH/SIDA

Se cree que la cantidad de enfermedades atribuibles al VIH aumentará como resultado de las nuevas infecciones y del paso de las personas que viven con el VIH hacia el SIDA. Estudios recientes han demostrado que los regímenes de bajo costo pueden evitar algunas de las principales causas de enfermedades relacionadas

Gráfico 11

La asesoría y las pruebas voluntarias constituyen un punto de partida para la prevención y el cuidado del VIH



Fuente: ONUSIDA, "Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, julio 2002" (www.unaids.org/barcelona/, visitado el 8 de julio de 2002).

con el VIH, como la tuberculosis, la neumonía *Pneumocystis carinii* (PCP) y otras importantes causas de enfermedades, como las infecciones por salmonelosis no tifoidea y la toxoplasmosis cerebral⁶⁸. La terapia de prevención de la tuberculosis sería especialmente efectiva en el África subsahariana, donde dicha enfermedad es una de las principales causas de muerte entre las personas VIH positivas. La utilización del cotrimoxazol para tratar a pacientes con PCP que padecen el VIH puede disminuir considerablemente las hospitalizaciones y la mortalidad producidas por otras infecciones bacterianas oportunistas⁶⁹. Sin embargo, la PCP no es común en el África subsahariana ni en otras áreas con pocos ingresos y la gran mayoría de los pacientes con el SIDA no la desarrollan.

Las infecciones causadas por hongos, una de las principales causas de enfermedad y muerte entre las personas VIH positivas, responde a la terapia preventiva con fluconazol¹⁷⁰.

Estas terapias preventivas más simples pueden llegar a alcanzar a segmentos mucho más grandes de la población que los regímenes con medicamentos antirretrovirales más costosos. Con todo, y pese a su utilidad potencial, es necesario realizar más investigaciones para determinar quiénes deberían recibirlas, durante cuánto tiempo y la forma en que estas terapias afectan la resistencia a otros medicamentos.

Estudios recientes de Europa y Norteamérica ofrecen evidencia convincente de los beneficios de la terapia antirretroviral altamente activa (TAAA). Ésta revierte la deficiencia inmunológica y restablece la capacidad de respuesta del sistema inmunológico ante las infecciones oportunistas. Los medicamentos antirretrovirales actualmente disponibles actúan bloqueando la acción de las enzimas importantes para la replicación y el funcionamiento del VIH. Estos medicamentos pueden clasificarse en dos grupos principales: inhibidores de la transcriptasa inversa e inhibidores de proteasa. La terapia es más efectiva cuando los medicamentos antirretrovirales de diferentes clases se utilizan en conjunto, debido a que el virus puede desarrollar resistencia si sólo se emplea uno de los medicamentos. Este enfoque es similar al que se utiliza para tratar el cáncer y la tuberculosis. Estos medicamentos desaceleran o revierten el progreso del VIH/SIDA, pero no lo curan.

La administración de antirretrovirales a personas que viven con el VIH/SIDA conlleva costos económicos y sociales que las autoridades normativas deben considerar en relación con los beneficios. Éstos incluyen menor mortalidad, mejor calidad de vida, reducción de los costos de hospitalización, mayor productividad de la fuerza de trabajo, reducción potencial de las nuevas infecciones debido a la menor carga viral y mayor estabilidad y longevidad de las familias,

con menos huérfanos. Los costos incluyen incrementos importantes de los gastos en el tratamiento y el control de los pacientes en general, además de posibles aumentos de las nuevas infecciones dado que las personas VIH positivas viven más tiempo y vuelven a sus conductas arriesgadas.

La considerable disminución que ha experimentado durante los últimos años el precio de los medicamentos utilizados para tratar el SIDA ha puesto la terapia al alcance de más personas, pero sigue fuera del alcance de la mayoría de las personas que vive con el VIH/SIDA en los países menos desarrollados. Se espera que iniciativas especiales, como la Iniciativa para el Rápido Acceso (Accelerating Access Initiative) y el Fondo mundial para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis, y la malaria (Global Fund for AIDS, Tuberculosis, and Malaria) de ONUSIDA faciliten el acceso a estos medicamentos.

Desafíos

Pese a los importantes adelantos y logros tecnológicos y médicos, la epidemia del VIH/SIDA sigue su implacable avance en los países con menos recursos. Los grandes desafíos para el futuro incluyen el control de una mayor propagación de la epidemia, especialmente en niños y adultos jóvenes; el tratamiento, atención y apoyo a los millones de personas que viven con el VIH, así como la mitigación del impacto de la epidemia en las personas, las familias y las comunidades en los países menos desarrollados.

Para enfrentarse a estos desafíos, la comunidad internacional y los gobiernos deben adoptar una serie de pasos que incluyen:

- Aumentar los recursos disponibles para la prevención y la atención;
- Mejorar la infraestructura de salud para la entrega de estos servicios;
- Mejorar las tecnologías para el tratamiento y la prevención del VIH/SIDA;
- Reducir la pobreza, el analfabetismo y otros factores políticos, eco-

Conferencia internacional sobre el SIDA, Barcelona: Enfoque en el tratamiento

En julio del 2002, más del 15.000 expertos del SIDA, científicos, activistas y profesionales del desarrollo y la salud pública, así como personas que viven con el VIH/SIDA provenientes de 194 países, se reunieron en Barcelona, España, para la 14ª Conferencia internacional sobre el SIDA. La conferencia se inauguró con un mensaje para la reflexión: la peor parte de la pandemia mundial aún no ha llegado. La prevalencia del VIH está aumentando incluso en muchos de los países más afectados del África y se está propagando desde los grupos de alto riesgo a la población general en muchas áreas a través de todo el mundo.

Al igual que en conferencias internacionales anteriores sobre el SIDA, la prevención fue uno de los principales objetivos de los asistentes, pero la reunión en Barcelona también destacó la necesidad de tratamiento, atención y apoyo a quienes ya están infectados o afectados por el VIH/SIDA. Parte de este nuevo enfoque reflejó los avances en la terapia y un mayor compromiso político para el tratamiento del VIH/SIDA en los países menos desarrollados por parte de donantes internacionales, compañías farmacéuticas y gobiernos nacionales.

El principal tema de la conferencia internacional sobre el SIDA, reunida en Durban, Sudáfrica, en julio del 2000, fue la enorme disparidad en los servicios para el tratamiento y la prevención del SIDA disponibles en los países más y menos desarrollados. En particular, las naciones con las peores epidemias tenían poco acceso a los medicamentos anti-retrovirales (ARV) que permitieran salvar vidas. Pese a que en muchos países existía una serie de barreras para el uso y la distribución efectiva de los

ARV, el principal obstáculo parecía ser el alto costo de los mismos.

Al disminuir el costo de los ARV (desde casi US\$15.000 al año en el 2000 a tan sólo US\$209 por paciente cada año), una serie de programas ha determinado que estos medicamentos pueden ser efectivos en entornos con pocos recursos¹. Los asistentes a la conferencia estuvieron de acuerdo en que a medida que dichas terapias se desarrollan, es fundamental que sean puestas a disposición de todo el mundo, no sólo para los pacientes de los países más desarrollados.

Entre las acciones analizadas en la conferencia de Barcelona estuvieron la expansión de los programas de prevención, una mayor distribución de los ARV, el uso de un árbitro mundial para el gasto en SIDA y los esfuerzos para atraer miles de millones de dólares en asistencia desde los países más desarrollados². La próxima conferencia internacional sobre el SIDA, programada para el 2004 en Bangkok, Tailandia, será una oportunidad para evaluar el éxito de estos esfuerzos y para refinar las estrategias de la continua batalla contra el VIH/SIDA.

Referencias

1. Campaign for Access to Essential Medicines, "Untangling the web of price reductions: a pricing guide for the purchase of ARVs for developing countries" (Ginebra: Médecins sans Frontières, 2002); y Paul Farmer et al., "Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings", *Lancet* 358, N° 9279 (2002): 404.
2. David Brown, "AIDS meeting ends with hope", *Washington Post* (14 de julio de 2002).

nómicos y sociales que aumentan la vulnerabilidad a la infección; y

- Disminuir el estigma de la enfermedad y la discriminación contra quienes viven con el VIH.

Aumento de recursos para los programas del VIH/SIDA

ONUSIDA estima que se necesitan US\$10.000 millones al año para garantizar una respuesta completa y amplia a la epidemia del VIH/SIDA. Esta debería incluir la TAAA de bajo costo, el tratamiento de las infecciones oportunistas y el apoyo a los huérfanos y niños vulnerables⁷¹. La entrega de esta ayuda

probablemente requerirá un aumento en las asignaciones gubernamentales y del apoyo del sector privado, además de un incremento sustancial de la ayuda internacional, de programas de financiamiento bilateral y asignaciones por parte de organizaciones internacionales (ver el Cuadro 2).

En junio del 2001, la Sesión especial sobre el VIH/SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS, por sus siglas en inglés) reunió a representantes de gobiernos, de ONG, del sector privado, de grupos activistas y de fundaciones para enfrentar a esta epidemia mundial. La sesión abordó las diversas facetas del VIH/SIDA, inclusive los derechos

humanos y los efectos de la epidemia en la salud pública y en los aspectos económicos, sociales y otros del desarrollo. La sesión llevó a la creación de un fondo mundial para el VIH/SIDA y la salud, con una meta de US\$9.000 millones para apoyar los enfoques integrales para la prevención, atención, apoyo y tratamiento. El establecimiento de este fondo permitió volver a llamar la atención no sólo hacia el VIH/SIDA, sino también hacia las otras dos principales amenazas para la salud internacional: la tuberculosis y la malaria.

El Fondo mundial para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria recibió promesas de casi US\$2.000 millones para mayo de 2002 y contó con al menos US\$800 millones para desembolsar durante el mismo año. Sin embargo, la ayuda internacional debe aumentar en un 50% durante 2003 sólo para satisfacer las crecientes necesidades. En el 2001, la Declaración de compromiso de la UNGASS estableció que los países con pocos o medianos ingresos necesitaban entre US\$7.000 y US\$10.000 millones al año para la prevención, la atención y el tratamiento del VIH/SIDA y para mitigar el enorme impacto de la epidemia. Casi el 50% de las necesidades estimadas de recursos corresponden a la prevención y casi la mitad a la atención y el apoyo de quienes viven con el VIH/SIDA⁷².

Se anticipa que al menos un tercio de los recursos necesarios provendrá de los gobiernos de los países menos afectados. Los dos tercios restantes (casi US\$6.000 millones) se espera que provendrán de donantes internacionales, organizaciones no gubernamentales y el sector privado. Si bien es probable que la comunidad internacional aumente el gasto en el VIH/SIDA a más de US\$2.000 millones durante el 2002, dicho aumento sigue estando lejos de la cantidad que la UNGASS juzgó necesaria. Para alcanzar los objetivos programáticos para el VIH/SIDA, los fondos deben aumentar en un 50% cada año durante los siguientes cuatro años. Al mismo tiempo, la comunidad inter-

nacional de la salud necesita recursos para desarrollar nuevos y mejores tratamientos.

Un nuevo informe indica que casi 29 millones de nuevas infecciones podrían evitarse para el 2010 si, para el 2005, la comunidad internacional moviliza una respuesta mundial creada de acuerdo con estrategias probadas para la disminución del riesgo y la vulnerabilidad ante el VIH⁷³.

La búsqueda de una vacuna

Una vacuna segura, estable, eficaz, accesible y viable mejoraría significativamente la prevención del VIH y permitiría controlar la epidemia mundial. Aunque el desarrollo y las pruebas para lograrla se han acelerado mucho durante los últimos años, los investigadores afirman que una vacuna ideal se alcanzará sólo dentro de 7 ó 10 años, debido a obstáculos científicos, éticos, legales y financieros. La infección del VIH y la respuesta inmunológica humana son altamente complejas, y la investigación y el desarrollo exigen una gran cantidad de tiempo y recursos. Además, no existen pruebas animales apropiadas ni modelos alternativos para la investigación de posibles vacunas. Las pruebas clínicas en humanos conllevan una serie de problemas éticos y legales, especialmente si en las pruebas se utiliza un agente infeccioso mortal como el VIH.

Para mediados del 2002, había más de 50 posibles vacunas contra el VIH-1 en desarrollo. Más de una docena ha sido probada en voluntarios humanos, pero para el 2002 sólo una de estas vacunas había pasado a la fase III de pruebas de eficacia a gran escala⁷⁴.

Si se logra crear una vacuna efectiva contra el VIH, la comunidad internacional necesitará enfrentarse a nuevos desafíos, que incluirán, entre otros, decidir quién deberá beneficiarse más con la vacuna y garantizar el acceso equitativo a la misma; comprender los aspectos de comportamiento que surgirán del uso de la vacuna; desarrollar nuevas pruebas para diferenciar entre la infección activa

del VIH y aquellas infecciones inducidas por la vacuna; y obtener fondos suficientes para distribuirla.

Desarrollo de microbicidas

Hay millones de mujeres en todo el mundo que no pueden protegerse contra la infección del VIH. La mayoría de las estrategias de prevención dependen de la monogamia, del uso del condón, del hecho de tener menos parejas sexuales y del tratamiento de las ITS. Pero muchas mujeres no tienen poder para exigir el uso del condón. Incluso si una mujer es monógama, su esposo podría no serlo y ella correría el riesgo de contraer la infección del VIH producto de las otras relaciones sexuales de su pareja. Además, para algunas mujeres, el hecho de tener múltiples parejas sexuales les proporcionan su única fuente de seguridad económica. El tratamiento de las ITS generalmente no está a disposición de las mujeres de los países menos desarrollados, e incluso cuando sí lo está, muchas mujeres no lo buscan por temor al estigma que conllevan las ITS o porque no presentan los síntomas que indiquen la presencia de una de estas infecciones.

Los microbicidas darían a estas mujeres un control mucho mayor sobre su riesgo ante la infección. Un microbicida es una sustancia (generalmente un gel, una crema o un supositorio) que puede aplicarse en la vagina o el recto para evitar o disminuir en forma importante la transmisión de ITS o el VIH. Los microbicidas pueden matar o inmovilizar al agente patógeno creando una barrera entre éste y la vagina o el recto, o bien evitando que el agente patógeno se reproduzca una vez que ha llegado a las células⁷⁵.

Una mujer podría usar un microbicida si su pareja no usa un condón, como un auxiliar que fortalezca el uso del condón y para evitar los problemas que acarrearía su falla. Los microbicidas podrían aplicarse antes de una relación sexual y sin que la pareja sexual se entere.

La búsqueda de un microbicida efectivo contra el VIH sufrió un grave

revés cuando un estudio realizado en Camerún demostró que el nonoxinol-9 (N-9), un espermicida ampliamente utilizado, no protegía contra el VIH y parecía aumentar levemente el riesgo de transmisión entre los usuarios frecuentes. Algunos investigadores creen que el uso regular del N-9 en participantes en pruebas puede haber causado microulceraciones vaginales, lo que a su vez aumentó la probabilidad de transmisión⁷⁶.

Actualmente, existen más de 50 microbicidas en distintas etapas de desarrollo. Es probable que seis de ellos sean utilizados en pruebas clínicas a gran escala en un futuro cercano. El desarrollo de un microbicida eficaz y accesible pondría la prevención del VIH en manos de las mujeres y podría evitar entre 2,5 millones y 3,7 millones de infecciones en un intervalo de tres años⁷⁷.

Mejoramiento de la capacidad

Los programas para la prevención y el tratamiento de la pandemia del VIH/SIDA han sido inadecuados y se han implementado a pequeña escala y en forma fragmentada en la mayoría de los países, especialmente en las regiones menos desarrolladas. Con pocas excepciones, los esfuerzos no han logrado disminuir la propagación del virus ni reducir los efectos dañinos de la pandemia. Pero los expertos en políticas y en salud citan una serie de estrategias que podrían ayudar a satisfacer la necesidad de una respuesta amplia e integral.

Los expertos sugieren que una respuesta efectiva debería incluir la planificación estratégica, un enfoque multisectorial y la participación activa de las ONG. Idealmente, los programas para responder al VIH/SIDA deberían incorporar estrategias técnicas modernas y planes administrativos y de administración de recursos que garanticen la distribución adecuada de los mismos a nivel comunitario. Además deberían considerar el desarrollo de la capacidad humana, de la competencia técnica y operacional, así

La protección de los derechos humanos es fundamental para disminuir la vulnerabilidad ante el VIH.

como una mejora del manejo y la entrega de medicamentos y productos. Los planificadores de programas también necesitan contemplar los costos de la cobertura ampliada, la evaluación de los programas y los futuros desarrollos tecnológicos.

Una respuesta amplia e integral exige asimismo que se mejore la capacidad del sector público y privado para extender los servicios de atención y tratamiento, inclusive los nuevos métodos como las TAAA y las vacunas. Pero el desafío más crítico es la aplicación efectiva de las tecnologías ya existentes a una escala lo suficientemente grande como para contrarrestar la epidemia, mejorar el acceso a la atención y el tratamiento, reducir el estigma y la discriminación de las personas que viven con el VIH/SIDA, así como apoyar y proteger a los huérfanos y a los niños vulnerables.

El cuidado de los huérfanos del SIDA

Existe una urgente necesidad de apoyo y protección a los niños que han quedado huérfanos por causa del VIH/SIDA, especialmente en el África subsahariana, donde vive el 90% de estos huérfanos. Muchos de ellos están desnutridos y es probable que sean retirados de sus escuelas cuando sus tutores ya no puedan costear su educación⁷⁸. Además están más expuestos a sufrir abusos sexuales y a ser sometidos a situaciones de explotación debido a que son por lo general vulnerables desde el punto de vista emocional y dependientes desde el punto de vista financiero. Los niños que carecen del apoyo de familiares viven en muchos casos sin compañía adulta, en hogares que han quedado a cargo de otros niños. Algunos de ellos trabajan para ganar dinero incluso mientras se enfrentan a la muerte o a la enfermedad de sus padres y luchan por hacer frente al estigma social y al aislamiento que conlleva el SIDA. Los huérfanos por causa del SIDA son también proclives a sufrir discriminación, lo que puede limitar su acceso a la atención de salud, servicios sociales y educación⁷⁹.

Entre las distintas formas de satisfacer las necesidades de los huérfanos figuran el ofrecerles apoyo material, educación y capacitación laboral, atención médica y protección de sus derechos legales y humanos. Estas necesidades pueden satisfacerse a través de la planificación nacional, el desarrollo de programas amplios, sustentables y efectivos en términos de su costo, la movilización de recursos de la comunidad y la creación de asociaciones entre instituciones privadas y públicas.

Si bien los esfuerzos individuales de los países son fundamentales, la solución de la crisis a la que se enfrentan los niños como resultado del VIH/SIDA requerirá el esfuerzo colectivo de la comunidad mundial. UNICEF indica que una respuesta conjunta al impacto de la epidemia en los niños debería incluir la declaración de la crisis de huérfanos como una emergencia mundial, la entrega de los recursos necesarios a las regiones más afectadas y el intercambio de información sobre aquellas experiencias y proyectos que han logrado ayudar a niños y huérfanos; mantener al África en primer lugar en la agenda del desarrollo; hacer del SIDA una prioridad en la reducción de la pobreza a través de la mitigación de la deuda; apoyar y promover la Convención de los Derechos de los Niños; y destacar la crisis del SIDA, inclusive los problemas de los huérfanos, en programas sectoriales⁸⁰.

Protección de los derechos humanos

En el contexto del VIH/SIDA, la protección de los derechos humanos es fundamental para disminuir la vulnerabilidad ante el VIH, amparar la dignidad de las personas afectadas por el virus y compartir los avances médicos con los países menos desarrollados.

Gran parte del trabajo para combatir el VIH/SIDA se ha concentrado en las intervenciones a corto plazo tendientes a disminuir las conductas de riesgo. Igualmente importantes (aunque no reciben, por lo general, demasiada atención) son los esfuerzos para cambiar los factores culturales, socia-

les, económicos, políticos o civiles que aumentan la vulnerabilidad de una persona al VIH⁸¹. Sofía Gruskin y Daniel Tarantola indican que debe darse mayor atención al concepto de “reducción de la vulnerabilidad” social a través de la protección de los derechos humanos.

Los derechos de las mujeres son especialmente importantes en la lucha contra el VIH/SIDA. Combatir la inequidad de género aborda una de las causas fundamentales de la epidemia: la incapacidad de las mujeres para protegerse contra el VIH⁸². Los expertos han esbozado varias formas para mejorar los derechos de las mujeres a fin de reducir su vulnerabilidad y exposición al VIH/SIDA, inclusive la promoción de la responsabilidad sexual entre niños y hombres, la creación de métodos de prevención controlados por la mujer —como los microbicidas—, y el aumento de las oportunidades económicas de las mujeres.

Las violaciones de los derechos humanos de las personas con el VIH/SIDA han sido documentadas en todo el mundo. Estas incluyen la negativa a la atención médica, la violación del derecho a la privacidad, la restricción para dar información acerca del VIH/SIDA a ciertas poblaciones, y la discriminación en el empleo y la vivienda. Según la legislación internacional, los gobiernos están obligados a respetar, proteger y cumplir los derechos humanos de las personas vulnerables al VIH, de quienes viven con el VIH/SIDA y de las personas afectadas por la enfermedad.

Especialmente importante en la discusión sobre los derechos humanos en el contexto del SIDA es el derecho de las personas que viven en los países menos desarrollados a tener acceso a medicamentos que puedan salvar sus vidas. Los activistas del SIDA argumentan que la falta de recursos a nivel individual y nacional, la infraestructura de salud inadecuada, el costo de los medicamentos, los derechos de patente y la protección de las inversiones de las compañías farmacéuticas ya no son razones aceptables para negarles a los pacientes con SIDA de

estos países el acceso al tratamiento necesario⁸³. Los grupos de protección de los derechos humanos, los activistas del SIDA, las personas que viven con el VIH y los líderes políticos y civiles se han unido en el llamado para poner los tratamientos relacionados con el VIH a disposición de los países menos desarrollados. Como resultado, los precios de los medicamentos antirretrovirales han disminuido en forma significativa, las terapias han sido ofrecidas al costo o gratuitamente, los derechos sobre las patentes están siendo cuestionados, la importación paralela es cada vez más utilizada y hay cada vez más recursos disponibles para brindar tratamiento y atención. Sin embargo, pese a estos cambios, la mayoría de la personas que viven con el VIH/SIDA en los países menos desarrollados no podrán acceder al tratamiento.

Conclusión

El VIH/SIDA ha causado una devastadora tragedia humana en todo el mundo y especialmente en los países más pobres. A pesar de los esfuerzos concertados para detener la epidemia (y aunque se conocen algunas historias de éxito), el VIH continúa su avasalladora propagación. La comunidad internacional no ha logrado dar atención adecuada a millones de personas que actualmente viven con el VIH/SIDA. La disponibilidad de medios de tratamiento efectivos se ha visto seriamente limitada en los países menos desarrollados.

Sin duda, las nuevas tecnologías mejorarán la prevención, el cuidado y el tratamiento del VIH/SIDA: el conocimiento para luchar en forma efectiva contra la epidemia ya existe. Lo que falta en la mayoría de los países es la voluntad, el compromiso y los recursos para poner en práctica programas efectivos.

Parece inconcebible que una enfermedad infecciosa haya podido revertir con tanta rapidez los avances en materia de salud y desarrollo de las últimas cinco décadas en los países menos de-

sarrollados, pero así está ocurriendo. Resulta aún más sorprendente la lentitud con la que el mundo ha reaccionado ante la amenaza. Nelson Mandela, ex presidente de Sudáfrica, ha abogado por una acción urgente contra el SIDA, indicando que “debemos reconocer que gran parte del tiempo durante el cual la pandemia se ha propagado como fuego sin control, negábamos la existencia del VIH/SIDA”⁸⁴. Además, Dan Rather, presentador de CBS Evening News, indicó que “así como las generaciones anteriores se preguntaron por qué Inglaterra dormía durante los años previos a la Segunda Guerra Mundial, tal vez algún

día nos preguntemos por qué el mundo rico dormía mientras ocurría la mayor calamidad en materia de salud que ha afectado al planeta durante los últimos siete siglos”⁸⁵.

En la Sesión especial sobre el VIH/SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas en junio del 2001, el Secretario General Kofi Annan hizo del VIH/SIDA su prioridad personal y desafió al mundo a “definir al SIDA... como una amenaza para nuestro futuro común y como una prueba para nuestra humanidad común”. Las generaciones futuras juzgarán cómo hemos hecho frente a este desafío.

Referencias

1. Programa conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA), "Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA: julio de 2002", consultado en línea en www.unaids.org/barcelona/presskit/report.html el 8 de julio de 2002; y John Stover et al., "Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response?" *Lancet* 360, N° 9326 (2002): 73-77.
2. Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), "Leading the way: USAID responds to HIV/AIDS" (Washington, DC: USAID, 2001).
3. Paul R. De Lay, Gunila Ernberg y Karen Stanecki, "Introduction", en *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings: a handbook for the design and management of programs*, ed. Peter R. Lamprey y Helene D. Gayle (Arlington, Virginia: Family Health International AIDS Institute, 2001): vii-xxv; y Peter Piot, "Halting the spread of global HIV/AIDS: the future of U.S. bilateral and multilateral responses", declaración ante el Comité de Relaciones Internacionales, Senado de Estados Unidos, Washington, DC, 13 de febrero de 2002.
4. Piot, "Halting the spread of global HIV/AIDS".
5. Organización Internacional del Trabajo (OIT), *An ILO code of practice on HIV/AIDS and the world of work* (Ginebra: OIT, 2001).
6. Daniel Tarantola, "Reducing HIV/AIDS risk, impact, and vulnerability", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 78, N° 2 (2000): 236-37.
7. Geeta Rao Gupta, "How men's power over women fuels the HIV epidemic", *British Medical Journal* 324, N° 7331 (2002): 183-84.
8. Peter K. Lamprey, Kristen Ruckstuhl y Willard Cates, "HIV/AIDS evolving impact on global health", en *Dawning answers: how the HIV/AIDS epidemic has strengthened public health*, ed. Ron Valdiserri (Nueva York: Oxford University Press, 2002).
9. ONUSIDA, "Mujeres y SIDA: el punto de vista de ONUSIDA" (Ginebra: ONUSIDA, 1997).
10. Cynthia A. Gomez y Barbara V. Marin, "Gender, culture, and power: barriers to HIV-prevention strategies for women", *Journal of Sex Research* 33, N° 4 (1996): 355-62.
11. Charlayne Hunter-Gault, "Infant rape crisis jolts South Africa", oficina de CNN en Johannesburgo, 12 de diciembre de 2001, consultado en línea en www.cnn.com/2001/WORLD/afrika/12/10/infant.rape/ el 20 de febrero de 2002.
12. USAID, UNICEF y ONUSIDA, "Children on the brink: a report on orphan estimates and program strategies", consultado en línea en www.unaids.org/barcelona/presskit/childrenonthebrink.html el 10 de julio de 2002.
13. Gabriel Rugalema, "It is not only the loss of labor: HIV/AIDS, loss of household assets, and household livelihood in Bukoba district, Tanzania", en *AIDS and African smallholder agriculture*, ed. Gladys Mutangadura, Helen Jackson y Duduzile Mukurazita (Harare, Zimbabwe: SAfAIDS, 1999).
14. UNICEF, ONUSIDA y Organización Mundial de la Salud (OMS), "Los jóvenes y el VIH/SIDA: una oportunidad en el momento crucial", consultado en línea en www.unicef.org/pubsgen/youngpeople-hiv/youngpeople-hiv.pdf el 16 de julio de 2002.
15. Arletty Pinel, Gary Svenson y Hilary Hughes, "Youth intervention programs", en *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings: a handbook for the design and management of programs*, ed. Peter R. Lamprey y Helene D. Gayle (Arlington, Virginia: Family Health International AIDS Institute, 2001).
16. UNICEF, ONUSIDA y OMS, "Los jóvenes y el VIH/SIDA: una oportunidad en el momento crucial".
17. Theodore de Bruyn, "HIV/AIDS and discrimination: a discussion paper" (Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network y Canadian AIDS Society, 1999); e International Center for Research on Women, "Addressing HIV-related stigma and discrimination: a collaborative project of the International Center for Research on Women, the CHANGE project, and local partners", consultado en línea en www.icrw.org/projects/hivrelatedstigma/hivrelatedstigma_bulletin.htm, el 6 de febrero de 2002.
18. Ian Fisher, "Stigma of AIDS strong in Ukraine", *New York Times*, 23 de enero de 2002.
19. De Bruyn, "HIV/AIDS and discrimination: a discussion paper".
20. UNICEF, ONUSIDA y OMS, "Los jóvenes y el VIH/SIDA": 10.
21. Laurie Garrett, "Grim report on AIDS epidemic", *Newsday*, 3 de julio de 2002, visitado a través de LexisNexis el 3 de julio de 2002; y Karen Stanecki, *The AIDS pandemic in the 21st century*, informe borrador presentado en la XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA, Barcelona, julio de 2002, consultado en línea en www.usaid.gov/pop_health/aids/Publications/docs/aidsdemoimpact.pdf el 12 de julio de 2002.
22. Sam Okware et al., "Fighting HIV/AIDS: is success possible?" *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 79, N°12 (2001): 1113-19; y Justin O. Parkhurst, "The Ugandan success story? Evidence and claims of HIV-1 prevention", *Lancet* 360, N° 9326 (2002): 78-80.

23. ONUSIDA, “Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA: diciembre de 2001”, consultado en línea en www.unaids.org/worldaidsday/2001/Epiupdate2001/Epiupdate2001_en.pdf el 8 de julio de 2002.
24. ONUSIDA, “Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA: diciembre de 2001”.
25. “AIDS in South Africa”, *NewsHour with Jim Lehrer* (el 2 de diciembre de 1998), consultado en línea en www.pbs.org/newshour/bb/health/july-dec98/aids_12-2.html el 17 de julio de 2002.
26. ONUSIDA, “Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA”.
27. ONUSIDA, “Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA” y Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) Network, “The status and trends of HIV/AIDS/STI epidemics in Asia and the Pacific” (2001), consultado en línea en www.unaids.org/hivaidsinfo/statistics/MAP/MAP2001FINAL.doc el 22 de julio de 2002.
28. Grupo temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en China, “HIV/AIDS: China’s Titanic peril” (27 de junio de 2002), consultado en línea en www.unaids.org/whatsnew/newadds/AIDSchina2001update.pdf el 17 de julio de 2002.
29. ONUSIDA, “Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA”: 40-41.
30. Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC), “HIV incidence among young men who have sex with men –seven U.S. cities, 1994-2000”, *MMWR Weekly* 50, N° 21 (2001): 440-44.
31. Associated Press, “HIV infection rates increase among B.C. men”, 17 de febrero de 2002.
32. ONUSIDA y OMS, “HIV causing tuberculosis cases to double in Africa”, consultado en línea en www.unaids.org/whatsnew/press/eng/pressarc01/tuberculosis_240401.html el 18 de febrero de 2002; OMS, “Tuberculosis: fact sheet N104”, consultada en línea en www.who.int/inf-fs/en/fact104.html el 4 de enero de 2002, y ONUSIDA, “World tuberculosis day 2001: access to tuberculosis cure a human rights imperative”, consultado en línea en www.unaids.org/whatsnew/press/eng/pressarc01/tuberculosis_220301.html el 4 de enero de 2002.
33. ONUSIDA, “La tuberculosis y el SIDA: punto de vista del ONUSIDA” (Ginebra: ONUSIDA, 1997): 3-4.
34. ONUSIDA, “La tuberculosis y el SIDA”: 3-4.
35. OMS, “Scaling up the response to infectious diseases: health services”, consultado en línea en www.who.int/infectious_disease_report/2002/healthservices.html el 23 de julio de 2002.
36. ONUSIDA, “El SIDA y la población”, consultado en línea en www.unaids.org/fact_sheets/files/Demographic_Eng.html el 12 de julio de 2002.
37. Anthony Kinghorn, Malcolm Steinberg y Alan Whiteside, “Responding to the socioeconomic impact of HIV/AIDS,” en *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings: a handbook for the design and management of programs*, ed. Peter R. Lamptey y Helene D. Gayle (Arlington, Virginia: Family Health International AIDS Institute, 2001): 55-84.
38. Banco Mundial, *Confronting AIDS: public priorities in a global epidemic* (Washington, DC: Oxford University Press, 1997); y John Stover y Lori Bollinger, *The economic impact of AIDS* (Washington, DC: The Futures Group, marzo de 1999): 8.
39. Banco Mundial, *Intensifying action against HIV/AIDS in Africa: responding to a development crisis* (Washington, DC: Banco Mundial, 1999): 15; y Bertil Egerö, Mikael Hammar skjöld y Lise Munck, *AIDS: the challenge of this century* (Ginebra: Swedish International Development Cooperation Agency, 2000).
40. ONUSIDA, “HIV/AIDS, food security, and rural development: fact sheet” (Ginebra: ONUSIDA, 2001); y Organización para la agricultura y la alimentación (FAO), “The impact of HIV/AIDS on food security”, consultado en línea en www.fao.org/docrep/meeting/003/y0310e.htm el 2 de febrero de 2002.
41. FAO, “AIDS –a threat to rural Africa: fact sheet”, consultado en línea en www.fao.org/focus/e/aids/aids6-e.htm el 22 de enero de 2002.
42. FAO, “Food insecurity and AIDS: a vicious circle”, consultado en línea en www.fao.org/focus/e/aids/aids2-e.htm el 22 de enero de 2002.
43. Jon Jeter, “AIDS sickening African economies”, *Washington Post*, 12 de diciembre de 1999.
44. Banco Mundial, *Intensifying action against HIV/AIDS in Africa*: 14-15; y Pia Malaney, “The impact of HIV/AIDS on the education sector in southern Africa” (Cambridge, Massachusetts: Harvard Institute for International Development, 2000).
45. ONUSIDA, “Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA: diciembre de 2001”; y Michael J. Kelly, “The encounter between HIV/AIDS and education” (Lusaka, Zambia: Universidad de Zambia, artículo inédito, 2000): 11.
46. Peter Badcock-Walters, “Managing the impact of HIV/AIDS in education in KwaZulu Natal: a presentation to the National Teacher’s Union advocacy conference on HIV/AIDS”, consultado en línea en www.und.ac.za/und/heard/publications/EducationImpact_June2000.pdf el 25 de enero de 2002.
47. Miriam Lyons, “The impact of HIV and AIDS on children, families, and communities: risks and realities of childhood during the HIV epidemic”, consultado en línea en www.undp.org/

- hiv/publications/issues/english/issue30e.html el 17 de julio de 2002, y Mattias Lundberg, Mead Over y Phare Mujinja, "Sources of financial assistance for households suffering an adult death in Kagera, Tanzania" (Washington, DC: Banco Mundial, 2000).
48. Nathalie Béchu, "The impact of AIDS on the economy of families in Côte d'Ivoire: changes in consumption among AIDS-affected households" en *Confronting AIDS: evidence from the developing world: selected background papers for the World Bank Policy Research Report*, ed. Martha Ainsworth, Lieve Fransen y Mead Over (Bruselas, Bélgica: Comisión Europea, 1998): 341-48.
 49. A.K. Nandakumar, Pia Schneider y Damascene Butera, "Use and expenditures on outpatient health care by a sample of HIV-positive individuals in Rwanda", artículo presentado en el Simposio del Internacional AIDS Economic Network (IAEN) sobre la economía del SIDA, Durban, Sudáfrica, 7 de julio de 2000; y Sumalee Pitayanon, Sukhontha Kongsin y Wattana S. Janjareon, "The economic impact of HIV/AIDS mortality on households in Thailand", en *The economics of HIV and AIDS*, ed. David Bloom y Peter Godwin (Delhi, India: Oxford University Press, 1997): 53-101.
 50. ONUSIDA, "El VIH/SIDA y el desarrollo: nota informativa" (Ginebra: ONUSIDA, 2001).
 51. Kelly, *The encounter between HIV/AIDS and education*: 13; y Office of National AIDS Policy (ONAP), "Report on the presidential mission on children orphaned by AIDS in sub-Saharan Africa: findings and plan of action" (Washington, DC: La Casa Blanca, 1999): 8, 10.
 52. Banco Mundial, *Intensifying action against HIV/AIDS in Africa*: 15; y Banco Mundial, *Confronting AIDS*.
 53. Robert Colebunders et al., "Management of HIV disease and its complications in resource-constrained settings", en *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings: a handbook for the design and management of programs*, ed. Peter R. Lamptey y Helene D. Gayle (Arlington, Virginia: Family Health International AIDS Institute, 2001): 603-29.
 54. ONUSIDA, "Prevención del VIH/SIDA".
 55. Daniel T. Halperin y Robert C. Bailey, "Male circumcision and HIV infection: 10 years and counting", *Lancet* 35, N° 9192 (1999): 1813-15; y Helen D. Gayle y Peter Lamptey, "Future challenges in HIV prevention and care", en *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings: a handbook for the design and management of programs*, ed. Peter R. Lamptey y Helen D. Gayle (Arlington, Virginia: Family Health International AIDS Institute, 2001): 679-788.
 56. ONUSIDA, "Prevención del VIH/SIDA".
 57. Universidades de Nairobi y Manitoba, "The STD project, sex workers intervention programs" (Nairobi, Kenya: Universidades de Nairobi y Manitoba, 2001).
 58. Ministerio de Salud de Camboya, Grupo de Vigilancia de Camboya, en colaboración con el Centro Nacional para el VIH/SIDA, Dermatología y ETS (NCHADS) y Family Health International, 2000 HSS Survey (2001); y ONUSIDA, "STI/HIV: 100% condom use programme for sex workers", consultado en línea en www.unaids.org/bestpractice/digest/files/condoms.html el 31 de julio de 2002.
 59. UNICEF, "Domestic violence against women and girls", *Innocenti Digest*, N° 6, junio de 2000 (Floencia, Italia: UNICEF Innocenti Research Centre, 2000); y AIDS Consortium, *Vulnerability of the girl child to HIV/AIDS*, informe de seminario organizado por el Grupo de trabajo sobre los niños y el VIH/SIDA del Consorcio del SIDA de las ONG del Reino Unido, Londres, Inglaterra, noviembre de 1999.
 60. ONUSIDA, "STI/HIV: 100% condom use programme for sex workers".
 61. ONUSIDA y OMS, *Consultation on STD interventions for preventing HIV: what is the evidence?* (Ginebra: ONUSIDA y OMS, 2000): 4.
 62. Andrew Ball y Nick Crofts, "HIV risk reduction in injection drug users", en *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings: a handbook for the design and management of programs*, ed. Peter R. Lamptey y Helene D. Gayle (Arlington, Virginia: Family Health International AIDS Institute, 2001): 517-46.
 63. Eve Lackritz y Brian McClelland, "Ensuring the safety of blood and blood products", en *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings: a handbook for the design and management of programs*, ed. Peter R. Lamptey y Helene D. Gayle (Arlington, Virginia: Family Health International AIDS Institute, 2001): 477-500.
 64. Isabelle de Vincenzi y Ehouou Ekpini, "Reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV during pregnancy and delivery", en *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings: a handbook for the design and management of programs*, ed. Peter R. Lamptey y Helene D. Gayle (Arlington, Virginia: Family Health International AIDS Institute, 2001): 427-50.
 65. Ruth Nduati y Jay Ross, "Mother-to-child transmission of HIV through breastfeeding: strategies for prevention", en *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings: a handbook for the design and management of programs*, ed. Peter R. Lamptey y Helene D. Gayle (Arlington, Virginia: Family Health International AIDS Institute, 2001): 451-75.

66. Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group, "Efficacy of voluntary HIV-1 counseling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad: a randomized trial", *Lancet* 356, N° 9924 (2000): 113-21.
67. Rachel Baggaley, Ignatius Kayawe y David Miller, "Counseling, Testing, and Psychosocial Support", en *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings: a handbook for the design and management of programs*, ed. Peter R. Lamptey y Helene D. Gayle (Arlington, Virginia: Family Health International AIDS Institute, 2001): 547-78.
68. Alison Grant, Jonathan Kaplan y Kevin de Cock, "Preventing opportunistic infections among human immunodeficiency virus-infected adults in african countries", *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 65, N° 6 (2001): 810-21.
69. Colebunders, van Praag y Perriens, "Management of HIV disease and its complications in resource-constrained settings".
70. Grant, Kaplan y de Cock, "Preventing opportunistic infections among human immunodeficiency virus-infected adults in African countries".
71. ONUSIDA, "HIV/AIDS financing gap: fact sheet" (Ginebra: ONUSIDA, 2001).
72. B. Schwartländer et al., "Resource needs for HIV/AIDS", *Science* 292 (2001): 2434-36.
73. John Stover et al., "Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response?" *Lancet* 360, N° 9326 (2002): 73-77.
74. Gayle y Lamptey, "Future challenges in HIV prevention and care".
75. Global Campaign for Microbicides, "Facts about microbicides", consultado en línea en www.global-campaign.org/about_microbicides.htm el 11 de febrero de 2002.
76. National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), "NIAID evaluates N-9 film as microbicide", informe de prensa de NIAID (3 de abril de 1997), consultado en línea en www.niaid.nih.gov/newsroom/releases/n9.htm el 23 de julio de 2002.
77. Zeda Rosenberg y George Brown, "Placing HIV prevention in the hands of women: the promise of microbicides" (Arlington, Virginia: Family Health International, 2002).
78. UNICEF, "Children orphaned by AIDS: frontline responses from eastern and southern Africa" (Nueva York: UNICEF, 1999): 5.
79. ONUSIDA, *Los niños y los jóvenes en un mundo con SIDA* (Ginebra: ONUSIDA, 2001).
80. UNICEF, "Children orphaned by AIDS": 5.
81. Sofia Gruskin y Daniel Tarantola, "HIV/AIDS, health, and human rights", en *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings: a handbook for the design and management of programs*, ed. Peter R. Lamptey y Helene D. Gayle (Arlington, Virginia: Family Health International AIDS Institute, 2001): 661-78.
82. Gupta, "How men's power over women fuels the HIV epidemic".
83. Lamptey, Ruckstuhl y Cates, "HIV/AIDS evolving impact on global health".
84. CNN, "Mandela issues world AIDS day plea", 1 de diciembre de 2000, consultado en línea en www.cnn.com/2000/WORLD/europe/12/01/aids.events el 17 de julio de 2002.
85. Dan Rather, "Why do we sleep as AIDS epidemic continues?" *Houston Chronicle*, 4 de marzo de 2002.

Material de consulta sugerido

Dallabetta, Gina, Marie Laga y Peter Lamptey, eds. *Control of sexually transmitted diseases: a handbook for the design and management of programs*. Arlington, Virginia: Family Health International, 2001.

Global HIV Prevention Working Group. "Global mobilization for HIV prevention: a blueprint for action". Consultado en línea en www.gatesfoundation.org/global-health/hivaidstb/hivaids/hivprevreport_final.pdf el 30 de julio de 2002.

Goliber, Thomas. "The international response to HIV/AIDS". Consultado en línea en www.prb.org/internationalresponseHIV el 23 de julio de 2002.

Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA*, julio 2002. Ginebra: ONUSIDA, 2002.

Lamptey, Peter R. "Reducing heterosexual transmission of HIV in poor countries". *British Medical Journal* 324, N° 7331 (2002): 207-11.

Lamptey, Peter R. y Helene D. Gayle, eds. *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings: a handbook for the design and management of programs*. Arlington, Virginia: Family Health International, 2001.

Lamptey, Peter R., Paul Zeitz y Carol Larivee, eds. *Strategies for an expanded and comprehensive response (ECR) to a national HIV/AIDS epidemic: a handbook for designing and implementing HIV/AIDS programs*. Arlington, Virginia: Family Health International, 2001.

Stanecki, Karen. *The AIDS pandemic in the 21st century*. Consultado en línea en www.usaid.gov/pop_health/aids/Publications/docs/aidsdemoimpact.pdf el 12 de julio de 2002.

Stover, John, et al. "Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response?" *Lancet* 360, N° 9326 (2002): 73-77.

Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), UNICEF y ONUSIDA. *Children on the brink 2002*. Washington, DC: USAID, UNICEF y ONUSIDA, 2002.

Organización Mundial de la Salud. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud, tema especial: VIH/SIDA* 79, N° 12 (2001):

Sitios Web

Development Gateway, HIV/AIDS: www.developmentgateway.org/node/130640/

Family Health International, HIV/AIDS: www.fhi.org/sp/naidss/naidss.html

HIV InSite Knowledge Base: <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite.jsp?page=KB>

HIV/AIDS Survey Indicators Database: www.measuredhs.com/hivdata/start.cfm

Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA: www.unaids.org

Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) Network: www.mapnetwork.org

Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades de Estados Unidos, Divisiones para la prevención del VIH/SIDA: www.cdc.gov/hiv/pubs/facts.htm

U.S. Census Bureau International Programs, HIV/AIDS Surveillance: www.census.gov/ipc/www/hivaidsn.html

Otras publicaciones del PRB

Para obtener mayor información sobre temas relacionados con la salud y la población mundial, presentamos otras publicaciones del PRB disponibles impresas o en nuestro sitio Web:

Políticas de población: avances en los derechos de la mujer

por Lori S. Ashford, 2001

Este *Population Bulletin* analiza la evolución de las políticas nacionales de población, especialmente tras la histórica conferencia de El Cairo en 1994. Describe el nuevo objetivo tendiente a mejorar la salud reproductiva y los derechos de las mujeres, y la forma en que los gobiernos han intentado incorporar este nuevo enfoque en sus políticas y programas. (BUL56.1)

Inquietudes femeninas: Cobertura periodística sobre las mujeres y el VIH/SIDA

recopilado y editado por el personal del PRB, 2001

Este informe analiza el efecto de la epidemia mundial del VIH/SIDA en las mujeres y niñas desde la perspectiva de mujeres periodistas.

(IWOMED5ENG)

2002 Cuadro de la población mundial

por Carl Haub, 2002

El conocido *Cuadro de la población mundial* del PRB contiene las más recientes estimaciones, proyecciones y otros indicadores claves de la población de 200 países. El Cuadro incluye tasas de nacimiento, de mortalidad, aumento natural, mortalidad infantil, esperanza de vida, prevalencia del VIH, población urbana, uso de anticonceptivos y otros indicadores. (DS02WENG)

Planificación familiar a nivel mundial 2002

Cifras y cálculos aproximados del uso de anticonceptivos y otros indicadores de salud reproductiva en diferentes países y regiones del mundo. (IDSFSP)

Para solicitar publicaciones del PRB póngase en contacto con:

Population Reference Bureau

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520

Washington, DC 20009, EE.UU.

Teléfono: 202-483-1100

Fax: 202-328-3937

E-mail: prborders@prb.org

Sitio Web: www.prb.org

Para leer publicaciones seleccionadas del PRB, visite: www.prb.org