08 Informe sobre la epidemia mundial de sida

ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR ONUDD
UNICEF OIT
PMA UNESCO
PNUD OMS
UNFPA BANCO MUNDIAL

ONUSIDA/08.25S/JC1510S (Original en inglés, agosto de 2008)

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 2008.

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas por el ONUSIDA se pueden obtener del Equipo de Gestión de Contenidos del ONUSIDA. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones del ONUSIDA —sea con fines comerciales o no— también deben dirigirse al Equipo de Gestión de Contenidos del ONUSIDA, por correo a la dirección indicada más abajo; por fax al +41 22 791 48 35 o por correo electrónico: publicationpermissions@unaids.org.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el ONUSIDA los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

Foto de la cubierta: ONUSIDA/N. Lieber

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008.

«ONUSIDA/08.25S».

1.Infecciones por VIH - epidemiología. 2.Infecciones por VIH - terapia. 3.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida - epidemiología. 4.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida - prevención y control. I.ONUSIDA.

ISBN 978 92 9 173713 0 (Clasificación NLM: WC 503.4)

ONUSIDA
20 avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 48 35

unaids@unaids.org
www.unaids.org

Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008

ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA
ACNUR ONUDD
UNICEF OIT
PMA UNESCO
PNUD OMS
UNFPA BANCO MUNDIAL

Índice

Figuras

Agradecimientos

Prólogo

Capítulo 1: El desafío mundial del VIH: evaluar el progreso, identificar obstáculos, renovar el compromiso 11

Capítulo 2: Situación de la epidemia mundial de VIH 29

Capítulo 3: Abordar las causas sociales del riesgo y la vulnerabilidad al VIH 63

Capítulo 4: Prevenir nuevas infecciones por el VIH: la clave para invertir el curso de la epidemia 95

Capítulo 5: Tratamiento y atención: avances sin precedentes, desafíos sin respuesta 129

Capítulo 6: Mitigar el impacto de la epidemia en hogares, comunidades y sociedades 159

Capítulo 7: ¿Y ahora hacia dónde vamos? Sostener una respuesta al VIH firme y eficaz a largo plazo 187

Anexo I: Estimaciones y datos sobre VIH y sida, 2007 y 2001 211

Anexo II: Indicadores de progreso por países 235

Figuras

CAPÍTULO 1

1.1 Eventos seleccionados en la respuesta mundial a la epidemia
Tabla 1 Indicadores nacionales para la aplicación de la *Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA*
1.2 Porcentaje de Estados Miembros de las Naciones Unidas que presentaron informes por región, 2004-2008
1.3 Porcentaje de países con componentes de vigilancia y evaluación vigentes, 2005 y 2007
1.4 Tendencias mundiales en el fortalecimiento de sistemas de vigilancia y evaluación, 2005 y 2007

CAPÍTULO 2

2.1 Eventos seleccionados en la respuesta mundial a la epidemia
2.2 Una visión global de la infección por el VIH, 2007
Tabla 2 Análisis de las tendencias entre los jóvenes de 15 a 24 años en los países con alta prevalencia (todos los países con prevalencia nacional superior al 3% y otros cuatro países de África con niveles de prevalencia importantes): Prevalencia del VIH entre embarazadas (2000–2007) en sistemas de vigilancia centinela y comportamientos sexuales seleccionados de mujeres y hombres a partir de encuestas nacionales (1990-2007)
2.3 Número estimado de personas que viven con el VIH y prevalencia del VIH en adultos. Epidemia mundial de VIH, 1990-2007; y epidemia de VIH en África subsahariana, 1990-2007
2.4 Porcentaje de mujeres adultas (15 años o más) que viven con el VIH, 1990-2007
2.5 Niños que viven con el VIH en el mundo, 1990-2007
2.6 Nuevas infecciones por el VIH en niños, 1990-2007
2.7 Niños fallecidos a causa del sida, 1990-2007
2.8 Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años) en África, 2007
2.9 Prevalencia del VIH (%) entre embarazadas atendidas en dispensarios prenatales de África subsahariana, 1997-2007
2.10 Prevalencia del VIH (%) entre jóvenes de 15-24 años de edad, por sexo y por países seleccionados, 2005-2007
2.11 Expectativa de vida en el momento del nacimiento, regiones seleccionadas, 1950-1955 a 2005-2010
2.12 Cambios en la estructura de la población: Ghana y Lesotho
2.13 Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años) en Asia, 2007
2.14 Prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres profesionales del sexo en Pakistán, 2004-2007
2.15 Número total proyectado de infecciones por el VIH en diversos grupos poblacionales en Yakarta, Indonesia, 2000-2020
2.16 Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años) en Europa oriental y Asia central, 2007
2.17 Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años) en el Caribe, 2007
2.18 Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años) en América Latina y el Caribe, 2007
2.19 Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años) en América del Norte y Europa occidental y central, 2007
2.20 Nuevas infecciones por el VIH diagnosticadas en usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, por país y por año de notificación, 2002-2006
2.21 Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años) en Oriente Medio y África del Norte, 2007
2.22 Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años) en Oceanía, 2007
2.23 Diagnósticos anuales de infección por el VIH y de sida en Australia, 1981-2006

CAPÍTULO 3

3.1 Eventos seleccionados relacionados con los factores sociales determinantes de la epidemia del VIH
3.2 Porcentaje de países en regiones que informan que la cuestión de las mujeres se trata como un componente específico en su estrategia multisectorial para el VIH con un presupuesto específico del VIH para sus actividades
3.3 Porcentaje de países (por región) que declaran contar con políticas vigentes para garantizar la igualdad de acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en relación con el VIH para mujeres y hombres
3.4 Índice de políticas relacionadas con la vulnerabilidad de la mujer al VIH
3.5 Porcentaje de países (por región) que declaran programas diseñados para cambiar las actitudes sociales de estigmatización asociadas con el VIH o el uso de indicadores para la reducción del estigma y la discriminación relacionados con el VIH
3.6 Porcentaje de países (por región) que declaran amparos legales contra la discriminación y mecanismos relevantes
3.7 Mediana del porcentaje de población alcanzada por los servicios de prevención del VIH dentro del contexto jurídico especificado
3.8 Prevalencia del VIH según el nivel de riqueza: Hombres

CAPÍTULO 4

4.1 Eventos seleccionados relacionados con la prevención del VIH
4.2 Namibia: Conocimientos y comportamientos relacionados con el VIH en la población general, 2000–2006
4.3 Conocimiento general del VIH en los jóvenes (15-24 años), 1999–2007
4.4 Conocimiento general del VIH en los jóvenes, por tipo de pregunta
4.5 Porcentaje de países con educación sobre el sida como parte del plan de estudio escolar
4.6 Porcentaje de jóvenes que tienen su primera relación sexual antes de los 15 años, por sexo
4.7 Inversión anual en la investigación y el desarrollo de la vacuna preventiva contra el VIH por fuente, entre 2000 y 2006
4.8 Países que informaron en 2005 y 2007 sobre servicios de prevención para las poblaciones más expuestas
4.9 Porcentaje de países que informan la existencia de leyes, reglamentación o políticas que plantean obstáculos a la eficacia de los servicios del VIH para las poblaciones más expuestas
4.10 Porcentaje de las poblaciones más expuestas que logran atender los programas de prevención del VIH, 2005–2007

4.11 Cambio en el porcentaje del uso de preservativo en la última relación sexual, entre personas con más de una pareja sexual en los últimos 12 meses, por sexo
4.12 Uso de preservativo en la última relación sexual, entre personas con más de una pareja sexual en los últimos 12 meses, en tres países con una carga alta
4.13 Número y porcentaje de embarazadas VIH-positivas que reciben terapia antirretrovírica, 2004–2007
4.14 Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que reciben terapia antirretrovírica, 2007

CAPÍTULO 5

5.1 Eventos seleccionados relacionados con el tratamiento del sida
5.2 Número de personas que reciben antirretrovíricos en países de ingresos bajos y medianos, 2002-2007
5.3 Número estimado de defunciones por sida en adultos y niños a nivel mundial, 1990-2007
5.4 Ampliación de la cobertura antirretrovírica en el transcurso del tiempo. Grupo seleccionado de países con epidemias generalizadas y concentradas (2004—2007)
5.5 Comparación de la cobertura de la terapia antirretrovírica en 2007 entre varones y mujeres (para países con datos notificados sobre el número de personas en tratamiento para ambos sexos por separado)
5.6 Relación entre la tasa de notificación de casos de tuberculosis y la prevalencia del VIH en Zimbabwe, 1990-2005
5.7 Porcentaje de nuevos casos de tuberculosis en las personas que viven con el VIH y reciben medicamentos antirretrovíricos y antituberculosos, 2007
5.8 Resultados del tratamiento en pacientes de tuberculosis VIH-positivos y VIH-negativos, cohorte de 2005
5.9 Necesidad no satisfecha de tratamiento doble de nuevos casos de tuberculosis en personas que viven con el VIH, por región, 2007
5.10 Pruebas del VIH para pacientes con tuberculosis en todos los países, 2006
5.11 Porcentaje de países que informan la existencia de leyes, reglamentación o políticas que plantean obstáculos al acceso a los servicios de las poblaciones en mayor riesgo
5.12 Porcentaje de países por nivel de ingresos que cuentan con una política de servicios gratuitos para el tratamiento antirretrovírico

CAPÍTULO 6

6.1 Eventos seleccionados relacionados con la mitigación del impacto del sida
6.2 Número estimado de niños menores de 18 años que han quedado huérfanos a causa del sida en África subsahariana (1990–2007)
6.3 Razón de asistencia escolar entre huérfanos y no huérfanos en países con prevalencia del VIH mayor al 5%
Tabla 6.1 Apoyo a niños huérfanos y niños vulnerables según lo informado por los países con prevalencia del VIH ≥5%
6.4 Huérfanos a causa del sida en África subsahariana, 2006–2015
Tabla 6.2 Costos laborales relacionados con el VIH
6.5 Porcentaje de países con sectores incluidos en la estrategia nacional para el VIH y presupuestos asignados

MOVILIZACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

A Recursos anuales totales estimados disponibles para el VIH, 2000–2007, y recursos financieros proyectados requeridos para 2010 si continúa el ritmo actual de ampliación (US$ mil millones)
B Gasto en programas específicamente dirigidos a las poblaciones más expuestas al VIH como porcentaje del gasto total en concepto de prevención, por tipo de epidemia, fondos públicos e internacionales, 2006
C Gastos per cápita relacionados con el VIH provenientes de fuentes públicas nacionales en países de ingresos bajos y medianos, 2004-2007
D Gastos públicos nacionales, Malawi (US$ millones)
E Gasto interno anual: los 20 países con mayor gasto (US$ 2730 millones). Informes del UNGASS (US$ millones)
F Gastos en VIH por fuentes de financiamiento y nivel de ingresos 2007, o datos disponibles más recientes
G Desembolsos bilaterales y multilaterales para programas relacionados con el VIH en 2006
H Desembolsos para el VIH cada US$ 1 millón del PIB, 2006
I Recursos anuales disponibles en 2000-2007 y brecha de financiamiento entre los recursos financieros proyectados si continúa el ritmo actual de ampliación y un escenario de ampliación por etapas para alcanzar el acceso universal entre 2010 y 2015 (US$ mil millones)

CAPÍTULO 7

7.1 Recursos anuales totales disponibles para el sida, 1986–2007
7.2 Comparación de los porcentajes de cobertura de tratamiento antirretrovírico para personas con VIH avanzado en 2005 y 2007 y porcentajes de cobertura de medicamentos antirretrovíricos para embarazadas VIH-positivas desglosados por región.
Tabla 7.1 Porcentaje de cobertura de los medicamentos antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil. Desglose por cuartiles (N = 113)
Tabla 7.2 Porcentaje de cobertura de tratamiento antirretrovírico para adultos y niños con VIH avanzado. Desglose por cuartiles (N = 136)
7.3 Mortalidad anual por sida: Comparación del nivel proyectado de ampliación actual y la estrategia de ampliación por etapas para lograr el acceso universal entre 2010 y 2015
7.4 Gasto en prevención, tratamiento y atención del VIH, México, 1995–2005 (en millones de dólares estadounidenses)
7.5 Recursos que se necesitarán en 2010 al aplicar una estrategia de ampliación por etapas para lograr acceso universal
7.6 Gastos en prevención, atención, tratamiento y terapia antirretrovírica solventados con fondos públicos e internacionales, Mozambique, 2004–2006, en millones de dólares estadounidenses
7.7 Países que informaron ejecución de calidad de la estrategia nacional contra el sida
7.8 Progreso de los países en relación con la mejora de la calidad de ejecución de los "Tres unos": una autoridad nacional sobre sida, un marco estratégico nacional y un sistema nacional de vigilancia y evaluación

Agradecimientos

El Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008 es un documento producido por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Incluye contribuciones de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y Delito (ONUDD), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial, el Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, y el Comité Directivo de la Sociedad Civil para el UNGASS.

El ONUSIDA mancomuna los esfuerzos y recursos de diez organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en la respuesta al sida.

UNHCR ACNUR
La Agencia de la ONU para los Refugiados

La **OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS REFUGIADOS (ACNUR)** tiene el mandato de guiar y coordinar la acción internacional destinada a proteger a los refugiados y otras personas en situaciones de conflicto. El ACNUR trabaja para asegurar que todas las personas puedan ejercer el derecho de solicitar asilo y encontrar refugio seguro en un Estado distinto del suyo. El ACNUR está a la cabeza de la lucha contra el VIH entre las poblaciones afectadas por conflictos y desplazadas. Los refugiados, los que buscan asilo y las personas desplazadas internamente son vulnerables a contraer la infección porque el conflicto y el desplazamiento los exponen a la pobreza, la desintegración de la familia, la perturbación social y una mayor violencia sexual. La prevención, atención y tratamiento del VIH, incluido el acceso a la terapia antirretrovírica, son cruciales para la protección global de los refugiados y otras personas que reciben la atención del ACNUR.

unicef

Durante más de 60 años, el **FONDO LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF)** ha estado trabajando con asociados de todo el mundo para fomentar el reconocimiento y respeto de los derechos humanos del niño. Este mandato fue establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño y se lleva a la práctica a través de asociaciones con los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y las personas en 162 países, áreas y territorios. El UNICEF aporta al ONUSIDA su vasta red y su capacidad para una comunicación y sensibilización eficaces. El VIH es una de las prioridades centrales del UNICEF en el Plan Estratégico de Mediano Plazo 2006-2009. En consonancia con este Plan, a través de la campaña *Únete por la niñez, Únete para vencer al sida* y la División del Trabajo en el Apoyo Técnico del ONUSIDA, el UNICEF dirige su apoyo a los países en las áreas prioritarias de las "Cuatro P": prevención de la transmisión infantil (PTMI Plus); tratamiento pediátrico; protección, atención y apoyo para niños afectados por el VIH; y prevención entre adolescentes.

WFP
Programa Mundial de Alimentos
PMA

El **PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS (PMA)** es la mayor organización humanitaria del mundo. Asiste a las familias pobres afectadas por el hambre y el sida proporcionándoles ayuda alimentaria y otros recursos para abordar la prevención, atención y apoyo. La ayuda alimentaria del PMA contribuye a mantener más tiempo con vida a los padres, a que los huérfanos y niños vulnerables permanezcan en la escuela, a que los niños que no asisten a la escuela tengan un medio de subsistencia viable y a que los pacientes de tuberculosis terminen su tratamiento. El PMA trabaja en asociación con los gobiernos, otras organizaciones de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y comunidades y ayuda a las personas, con independencia de su estado serológico del VIH, que carecen de los alimentos necesarios para garantizar nutrición y una seguridad alimentaria adecuadas.

PNUD

El **PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD)**, la red mundial de las Naciones Unidas para el desarrollo, propugna el cambio, conecta a los países con el conocimiento, la experiencia y los recursos necesarios para ayudar a las personas a construir una vida mejor. Por medio de su labor sobre el terreno en 166 países, la organización apoya a los asociados nacionales para hacer frente a los desafíos de desarrollo y concretar los Objetivos de Desarrollo del Mileno. La respuesta al sida es una de las prioridades del PNUD. Como copatrocinador del ONUSIDA, sus áreas de atención son responder a las dimensiones de desarrollo humano y gestión pública de la epidemia de sida, proteger los derechos de las personas que viven con el VIH y los grupos vulnerables y promover la igualdad entre los sexos.

UNFPA
Fondo de Población de las Naciones Unidas

A través del fortalecimiento de los vínculos entre el VIH y la salud sexual y reproductiva, el **FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA)** centra su respuesta al sida —en más de 140 países— en la prevención del VIH entre los jóvenes y las mujeres (incluidos los más marginados) y la programación integral de los preservativos masculino y femenino, incluso en contextos de emergencias humanitarias y de posconflicto. Por medio de su ayuda a las naciones y las comunidades, el UNFPA contribuye a dar respuesta a los derechos y necesidades de salud reproductiva de las mujeres y los adolescentes que viven con el VIH, a promover el asesoramiento y las pruebas voluntarias, así como los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil y mejorar el acceso a la información y la educación sobre VIH. La UNFPA también proporciona apoyo y estudios demográficos y socioculturales para guiar el desarrollo de programas y políticas.

La **OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (ONUDD)** tiene el mandato de asistir a los países en su lucha contra las drogas ilícitas, la delincuencia y el terrorismo. Por su área de competencia dentro del sistema de las Naciones Unidas, se ha encomendado a la ONUDD la responsabilidad de liderar la respuesta al VIH entre usuarios de drogas inyectables y en ámbitos carcelarios. La ONUDD también tiene la tarea de facilitar el desarrollo de una respuesta de las Naciones Unidas al VIH para personas vulnerables a la trata de personas. Estas poblaciones marginadas suelen ser víctimas de discriminación y violación de sus derechos humanos. Sólo unos pocos miembros tienen acceso a servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH. La ONUDD asiste a los países proporcionando a usuarios de drogas inyectables, presos y personas vulnerables a la trata de personas servicios integrales y basados en pruebas de prevención, tratamiento y atención del VIH y facilitando apoyo para desarrollar leyes y políticas eficaces y medios de acción para asegurar una cobertura elevada con servicios relacionados con el VIH.

La **ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT)** trabaja para materializar las aspiraciones en las vidas laborales de las personas de oportunidad e ingresos; derechos, voz y reconocimiento; estabilidad familiar y desarrollo personal; justicia e igualdad entre los sexos. El concepto de trabajo decente refleja las prioridades de gobiernos, trabajadores y empleadores, que juntos conforman la singular identidad tripartita de la OIT. La OIT aporta a la respuesta al sida acceso directo al lugar de trabajo, donde las políticas y los programas sobre sida ayudan a alcanzar el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo. Al integrar el sida en el mundo de las estructuras laborales, la OIT ayuda a asegurar la protección contra la discriminación en las leyes laboral, promueve los enfoques integrales a la prevención a través de mecanismos de salud y seguridad ocupacionales y apoya los medios de vida de las personas afectadas por el sida brindando capacitación, oportunidades de empleo y protección social.

La distintiva mezcla de competencias en educación, ciencias naturales, ciencias sociales y humanas, cultura y comunicación e información le brinda a la **ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA (UNESCO)** la capacidad interdisciplinaria, organizativa y técnica adecuada para contribuir a la concreción del acceso universal a programas integrales de prevención del VIH, tratamiento, atención y apoyo. Como organización principal en la división del ONUSIDA para la prevención de la transmisión del VIH con jóvenes en instituciones educativas, la UNESCO continúa fomentando respuestas integrales y ampliadas al sida de parte del sector de educación y una participación intensificada de este sector en las respuestas nacionales al sida. Su liderazgo de EDUCAIDS (la Iniciativa Mundial del ONUSIDA sobre Educación y VIH y Sida) y su coordinación del Equipo de Trabajo Interinstitucional del ONUSIDA (ETI) sobre Educación son dos mecanismos que respaldan el fortalecimiento de las asociaciones y la cooperación estratégicas entre ministerios de educación, copatrocinadores del ONUSIDA, organismos bilaterales y grupos de la sociedad civil a nivel mundial, regional y nacional para asegurar una sinergia y un impacto máximos.

El objetivo de la **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)** es que todas las personas alcancen el nivel más alto de salud posible. Su trabajo en el campo del VIH se centra en la ampliación rápida del tratamiento y la atención, y a la vez acelera la prevención y refuerza los sistemas de salud para que la respuesta del sector de la salud a la epidemia sea más eficaz e integral. La OMS define y desarrolla normas y directrices técnicas eficaces, fomenta las asociaciones y proporciona apoyo estratégico y técnico a los Estados Miembros. La OMS también contribuye a la base mundial de conocimientos sobre el sida apoyando la vigilancia, control y evaluación, revisando las pruebas disponibles para ejecutar intervenciones e impulsando la integración de la investigación en la prestación de servicios de salud.

La misión del **BANCO MUNDIAL** es combatir la pobreza. Constituye una de las fuentes más importantes del mundo de financiamiento y conocimiento para los países en desarrollo. El trabajo del Banco Mundial en materia de sida contribuye a ampliar hacia el acceso universal a la prevención, la atención y el tratamiento apoyando los esfuerzos para fortalecer las estrategias nacionales sobre sida y la vigilancia y evaluación, aportando fondos para programas integrales sobre el sida y ayudando a asegurar que el sida forme parte de la agenda más amplia de desarrollo. Para diciembre de 2007, el Banco Mundial había prometido el desembolso de más de US$ 3,6 mil millones para programas sobre el sida en todo el mundo. La mayor parte de esos recursos se han concedido en condiciones muy favorables, incluidas las subvenciones otorgadas a los países más pobres. El Banco Mundial trabaja en asociación con gobiernos, organismos donantes, copatrocinadores y la Secretaría del ONUSIDA, la sociedad civil y el sector privado en respuestas exhaustivas al sida que incluyen prevención, atención, tratamiento y mitigación del impacto.

Prólogo

El *Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008* confirma que el mundo está, finalmente, realizando cierto progreso real en su respuesta al sida.

Los gobiernos actúan conforme a las promesas que han hecho en la Reunión de Alto Nivel sobre VIH y Sida de las Naciones Unidas, para ampliar hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH para el año 2010. En 2008, un pequeño número de países ya proporcionan acceso universal al tratamiento antirretrovírico y a los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH. Otros ya se encuentran en camino de lograrlo. Y cada vez en más países, los niveles de infección por el VIH están en descenso.

Pero esto es apenas el comienzo. Veinticinco años después de la aparición de la epidemia, el sida continúa desafiando todos nuestros esfuerzos. Actualmente, por cada dos personas que comienzan a tomar medicamentos antirretrovíricos, otras cinco contraen la infección. A menos que tomemos medidas urgentes para intensificar la prevención del VIH, no podremos sostener los avances de los últimos años, y el acceso universal se convertirá simplemente en una aspiración noble.

Este informe mundial 2008 es el más exhaustivo de los ya emitidos y se basa en los datos facilitados por los países con un alcance y detalles sin precedentes. Contiene información valiosa acerca de qué funciona y por qué; además hace hincapié en los desafíos clave que enfrentamos en nuestra búsqueda de una respuesta eficaz al sida, ahora y en las próximas décadas.

El sida es una cuestión sumamente compleja que demanda una respuesta sin parangón de todos los sectores de la sociedad, en todo el mundo. Pero tal como lo demuestra el presente informe, cada vez es más obvio que, si tenemos la voluntad y los recursos, podemos hacerlo.

Dr Peter Piot

Director Ejecutivo del ONUSIDA y

Secretario General Adjunto de las Naciones Unidas

El desafío mundial del VIH: evaluar el progreso, identificar obstáculos, renovar el compromiso

1

Capítulo 1

FIGURA 1.1 Eventos seleccionados en la respuesta mundial a la epidemia

Hallazgos clave

- Este informe ofrece la evaluación mundial más exhaustiva que se haya llevado a cabo de la respuesta al VIH; está basada en los informes presentados por 147 países sobre el progreso nacional realizado en la aplicación de la *Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA* de 2001.
- Cantidades inéditas de grupos de la sociedad civil se han sumado a sus homólogos gubernamentales y participaron en este proceso de presentación de informes; utilizaron su participación como un medio para comunicar al mundo la situación que atraviesa cada uno de sus países.
- La respuesta al VIH resulta crucial para el progreso de toda la amplitud de la agenda de desarrollo mundial.
- Un aumento de diez veces en el financiamiento de programas de VIH en países de ingresos bajos y medianos comienza a dar frutos. En muchos países, se observa un importante progreso en la reducción de las defunciones a causa del sida y en la prevención de las nuevas infecciones.
- Sin embargo, el progreso sigue siendo desparejo, y el futuro de la epidemia aún es incierto, lo que subraya la necesidad de una acción intensificada para avanzar hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.
- El cumplimiento de los numerosos compromisos políticos asumidos en relación al VIH requerirá un liderazgo más sólido, basado en éxitos recientes y las enseñanzas adquiridas, mayores recursos financieros, mejor coordinación del esfuerzo y acción eficaz para abordar los factores determinantes sociales del riesgo y la vulnerabilidad al VIH.
- Se están fortaleciendo los sistemas de vigilancia y evaluación, en gran parte con fondos externos, porque los países recién comienzan a beneficiarse con la disposición estándar que estipula que hasta el 10% de los fondos de programas pueden destinarse a fortalecer dichos sistemas.

La epidemia del VIH ha cambiado al mundo

En los países más afectados, el VIH ha reducido la expectativa de vida en más de 20 años, ralentizó el crecimiento económico y profundizó la pobreza de los hogares. En África subsahariana sola, la epidemia ha dejado huérfanos[1] a casi 12 millones de niños menores de 18 años. El VIH ha sesgado drásticamente la distribución etaria natural en muchas poblaciones nacionales de África subsahariana, lo que potencialmente plantea peligrosas consecuencias para la transferencia de conocimiento y valores de una generación a la siguiente. En Asia, donde las tasas de infección son mucho más bajas que en África, el VIH genera una pérdida de la productividad mayor que cualquier otra enfermedad; y probablemente empuje a otros 6 millones de hogares a la pobreza para el año 2015, a menos que se intensifiquen las respuestas nacionales (Comisión sobre Sida en Asia, 2008). Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el VIH ha infligido el "mayor revés individual en el desarrollo humano" de la historia moderna (PNUD, 2005).

Al mismo tiempo, la epidemia ha elevado la conciencia mundial sobre las disparidades en materia de sanidad y catalizó una acción sin precedentes para hacer frente a algunos de los obstáculos más graves al desarrollo en el mundo. Ninguna enfermedad en la historia ha impulsado una movilización comparable de recursos políticos, financieros y humanos, y ningún desafío al desarrollo ha originado un nivel tan sólido de liderazgo y pertenencia por parte de las comunidades y los países más gravemente afectados. En gran parte debido al impacto del VIH, las personas de todo el mundo se han vuelto menos dispuestas a tolerar las desigualdades en la situación sanitaria y económica que por mucho tiempo no se han abordado.

En 2000, líderes mundiales adoptaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio que reflejaban la decisión reciente de construir un mundo más seguro, más sano y más equitativo. El Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 estipula que, para 2015, el mundo habrá detenido la epidemia mundial de VIH y comenzado a invertir su curso. Al hacer de la respuesta al VIH una de las prioridades internacionales dominantes para el siglo XXI, los líderes mundiales reconocieron la centralidad de la respuesta al VIH para la salud y el bienestar futuros de nuestro planeta cada vez más interconectado.

En un primer Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el VIH/Sida, los Estados Miembros de las Naciones Unidas fortalecieron la respuesta al Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 al refrendar unánimemente la *Declaración de compromiso sobre VIH/SIDA*. Esta *Declaración* incluía promesas con plazos definidos para generar acción mensurable y progreso concreto en la respuesta al sida. En la revisión realizada después de cinco años, en 2006, de la ejecución de la *Declaración de compromiso*, los Estados Miembros ratificaron las promesas hechas en el Periodo extraordinario de 2001. Asimismo, más adelante, en la *Declaración política sobre VIH/Sida*, se comprometieron a tomar medidas extraordinarias para avanzar, para 2010, hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

Este *Informe sobre la epidemia mundial de sida* surge a mitad de camino entre la *Declaración de compromiso del* UNGASS *de 2001* y la meta para 2015 del Objetivo de Desarrollo del Milenio 6, y tan sólo dos años antes del plazo acordado para la meta de acceso universal. Esta coyuntura brinda una oportunidad de evaluar la respuesta al VIH y de entender qué debe hacerse para asegurar que las naciones estén en camino de cumplir los compromisos que han asumido en relación al VIH.

[1] Contrario al uso tradicional, el ONUSIDA usa la palabra "huéfano" para describir a un niño que ha perdido a uno de sus padres o a ambos; la organización usa las frases "huérfano materno", "huérfano paterno", o "huérfano doble" para describir a un niño que ha perdido a la madre, el padre o a ambos padres, respectivamente.

Una respuesta eficaz al VIH: vital para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Si bien uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Objetivo 6) aborda específicamente la epidemia de VIH, una respuesta eficaz al VIH también respaldará la consecución de otros Objetivos de Desarrollo del Milenio adoptados por la comunidad mundial, según se muestra a continuación.

Objetivo de Desarrollo del Milenio 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre. Especialmente en lugares de alta prevalencia, el VIH agudiza la pobreza de los hogares, ralentiza el crecimiento económico y socava sectores vitales de los que depende el desarrollo económico. En áreas rurales con alta prevalencia del VIH, la epidemia degrada los sectores agrícolas y exacerba la inseguridad alimentaria (véase el Capítulo 6). El alivio de la carga de la epidemia ayuda a los países a desarrollar sus economías, a reducir las desigualdades en los ingresos y a prevenir el hambre aguda.

Objetivo de Desarrollo del Milenio 2: Lograr la educación primaria universal. La respuesta al VIH promueve las iniciativas de educación universal; estas constituyen un medio esencial para la educación sobre prevención del VIH dirigida a los jóvenes y reducen la vulnerabilidad de las niñas al VIH (véase el Capítulo 4). La escolarización es un objetivo central de las iniciativas que abordan las necesidades de niños huérfanos o vulnerables a causa del VIH (véase el Capítulo 6). Un mejor acceso al tratamiento ayuda a minimizar el impacto de la epidemia en sistemas educativos frágiles; también reduce la probabilidad de que los jóvenes sean retirados de la escuela como respuesta al VIH en el grupo familiar.

Objetivo de Desarrollo del Milenio 3: Promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres. La respuesta al VIH contribuye a impulsar los esfuerzos por reducir las desigualdades entre los sexos (véase el Capítulo 3). Ahora se realizan seguimientos de los países en cuanto al grado en que la igualdad de géneros es un componente de las respuestas nacionales al VIH. De esta manera, la epidemia ha acentuado la urgencia de las iniciativas para establecer nuevas normas de géneros, y en todo el mundo se han emprendido vastos esfuerzos para desarrollar métodos de prevención que las mujeres pueden iniciar (véase el Capítulo 4). El VIH ha llevado a padres, comunidades y gobiernos por igual a encarar, con un renovado compromiso, las necesidades de salud sexual y reproductiva de mujeres, niñas y minorías sexuales.

Objetivo de Desarrollo del Milenio 4: Reducir la mortalidad infantil. Al comienzo de esta década, el sida fue la causa del 3% de todas las defunciones en niños menores de 5 años, un número de víctimas que probablemente sea mucho mayor ahora a la luz del alto nivel de transmisión maternoinfantil del VIH en los años intermedios (OMS, 2005). Un componente clave de una respuesta integral al VIH es la ampliación de las estrategias de prevención que puede casi eliminar el riesgo de la transmisión maternoinfantil del VIH (véase el Capítulo 4).

Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la salud materna. En la actualidad, las mujeres representan cerca de la mitad de todas las personas que viven con el VIH, y más del 60% de las infecciones en África (véase el Capítulo 2). El mayor acceso a medicamentos antirretrovíricos mejora la salud y el bienestar de las mujeres, a través de programas que combinan prevención de la transmisión maternoinfantil con tratamiento continuado a fin de ayudar a que las madres sigan con vida y buena salud para cuidar de sus hijos. La integración de las iniciativas sobre VIH en los programas que abordan la salud sexual y reproductiva contribuye a asegurar que las mujeres tengan acceso a la información y los servicios que necesitan para tomar decisiones fundamentadas en relación con la reproducción.

Objetivo de Desarrollo del Milenio 6: Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades. Una respuesta sólida al VIH produce beneficios en la salud que trascienden el VIH mismo. Por ejemplo, el VIH es importante factor que contribuye a la propagación continua de la tuberculosis. El impulso para ampliar el acceso al tratamiento del VIH en lugares de recursos limitados ayuda a fortalecer las frágiles infraestructuras sanitarias y promueve mejoras en la capacidad humana en países de ingresos bajos y medianos (véase el Capítulo 5).

Objetivo de Desarrollo del Milenio 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo. Quizás más que cualquier otro problema de nuestra época, el VIH ha resaltado las desigualdades mundiales y económica y ha impulsado la acción sobre el desarrollo internacional. El VIH ha ayudado a ubicar a las personas en el centro del desarrollo; también ha contribuido a asegurar que las estrategias de desarrollo sean inclusivas, respetuosas de los derechos humanos y una propiedad de los países.

Progreso que promete, desafíos que perduran

El aumento 6 veces mayor en el financiamiento destinado a actividades relacionadas con el VIH en países de ingresos bajos y medianos durante esta década comienza a producir resultados. Por primera vez desde que lo que ahora conocemos como sida se reconoció hace 27 años, se pueden advertir señales de un considerable progreso en la respuesta al VIH. El número anual de defunciones por sida ha descendido en los últimos dos años de 2,2 millones [1,9 millones-2,6 millones] en 2005 a 2,0 millones [1,8 millones-2,3 millones] en 2007, en parte como consecuencia del importante aumento en el acceso al tratamiento del VIH producido en los últimos años. En varios de los países más afectados, como Kenya, Rwanda, Uganda y Zimbabwe, cambios notables en el comportamiento sexual fueron acompañados por descensos en el número de nuevas infecciones por el VIH, lo que contribuyó a una estabilización mundial, que comenzó a fines de la década de 1990, del porcentaje de personas de 15 a 49 años infectadas por el VIH.

Pero estos avances no han sido uniformes dentro regiones y entre ellas, y las tendencias epidemiológicas y comportamentales favorables no se han sostenido en algunos países (véase el Capítulo 4). Las infecciones están en aumento en diversos países, entre ellos, China, Alemania, Indonesia, Mozambique, Papua Nueva Guinea, la Federación de Rusia, Ucrania, el Reino Unido y Viet Nam. En otros países, como Lesotho, Namibia, Sudáfrica y Swazilandia, la prevalencia del VIH parece haberse estabilizado en niveles extraordinariamente elevados. Si bien ha aumentado el número de personas que toman medicamentos antirretrovíricos en países de ingresos bajos y medianos, la mayoría quienes necesitan estas terapias no las están recibiendo (véase el Capítulo 5). Por otro lado, la epidemia aventaja la tasa a la cual se entregan estos medicamentos. En 2007, el número estimado de nuevas infecciones por VIH fue 2,5 veces mayor que el aumento en el número de personas que tomaban medicamentos antirretrovíricos ese año, lo que destaca la necesidad de lograr un éxito considerablemente mayor en la prevención de las nuevas infecciones por el VIH.

La reciente estabilización de la epidemia mundial no puede opacar su aspecto más importante: la enorme cifra de víctimas que se cobra. Desde el inicio de la epidemia, 25 millones de personas han fallecido por causas relacionadas con el VIH. En forma colectiva, estas muertes representan una incalculable pérdida de potencial humano. En forma individual, cada una de ellas se asocia con trauma perdurable en los grupos familiares y las comunidades.

También existe el riesgo de que el importante progreso logrado en los últimos años pueda conducir a algunos a la pasividad. Los indicios de que el número mundial anual de nuevas

infecciones por el VIH probablemente haya ascendido a su punto máximo cerca del comienzo del siglo han generado especulación en los medios populares de que la epidemia quizás haya ingresado en un declive de largo plazo (McNeil, 2007). No obstante, la historia de enfermedades infecciones sugiere que las epidemias muchas veces son cíclicas, caracterizadas por oleadas de infección que dificultan la predicción del futuro curso de la epidemia (Comisión sobre Sida en Asia, 2008; May y Anderson, 1979). De hecho, la epidemia de VIH ha desafiado reiteradamente las predicciones derivadas de modelizaciones epidemiológicas. Hace una década, pocos hubieran pronosticado que 1 millón o más de personas estarían viviendo con el VIH sólo en la Federación de Rusia. Si la historia de la epidemia constituye algún indicio, es probable que el VIH presente sorpresas adicionales que el mundo debe estar preparado para enfrentar.

Sobre todo, las dimensiones de la epidemia siguen siendo asombrosas. Sólo en 2007, 33 millones [30,3 millones–36,1 millones] de personas vivían con el VIH, 2,7 millones [2,2 millones–3,2 millones] de personas contrajeron el virus y 2 millones [1,8 millones–2,3 millones] de personas fallecieron por causas relacionadas con el VIH.

Finalidad y contenido del informe

El presente informe examina la situación actual de la respuesta mundial al VIH en una serie de capítulos dedicados a las áreas temáticas clave. Por cada uno de estos temas, el informe evalúa la respuesta procurando responder a diversas preguntas relacionadas:

- ¿Se están tomando las medidas correctas?
- ¿Las medidas correctas se toman de la manera correcta?
- ¿Estas medidas se han ampliado lo suficiente como para marcar una diferencia?

Para responder a estas preguntas, el informe depende en gran medida de los datos comunicados al ONUSIDA por 147 Estados Miembros a principios de 2008; los datos se relacionan con los 25 indicadores básicos del UNGASS (Tabla 1) confeccionados para medir el progreso en la aplicación de la *Declaración de compromiso.*[2] El número de países que informan sobre estos indicadores y la integridad de los informes nacionales han mejorado sostenidamente desde que en 2003 comenzó la presentación de informes (Figura 1.2). Esta mejora pone de relieve el mayor compromiso nacional

[2] Se pueden encontrar copias de los informes presentados por los países en el sitio web del ONUSIDA (http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/2007CountryProgressAllCountries.asp).

TABLA 1 Indicadores nacionales para la aplicación de la *Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA*

Indicadores nacionales
1. Gasto interno e internacional relacionado con el sida por categorías y fuentes de financiamiento
2. Índice Compuesto de Política Nacional (áreas cubiertas: género, programas en el lugar de trabajo, estigma y discriminación, prevención, atención, derechos humanos, participación de la sociedad civil y vigilancia y evaluación)
Programas nacionales (seguridad hematológica, cobertura de la terapia antirretrovírica, prevención de la transmisión maternoinfantil, tratamiento conjunto de la tuberculosis y el VIH, pruebas del VIH, programas de prevención, servicios para huérfanos y niños vulnerables y educación)
3. Porcentaje de unidades de donación de sangre analizadas sistemáticamente para la detección del VIH de una manera con garantía de la calidad
4. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH en etapa avanzada que reciben terapia antirretrovírica
5. Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron medicamentos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil
6. Porcentaje de casos nuevos estimados de tuberculosis en VIH-positivos que recibieron tratamiento para la tuberculosis y el VIH
7. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen sus resultados
8. Porcentaje de las poblaciones más expuestas que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados
9. Porcentaje de las poblaciones más expuestas que logran atender los programas de prevención del VIH
10. Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables cuyas familias recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil
11. Porcentaje de escuelas que impartieron enseñanza sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último año académico
Conocimiento y comportamiento
12. Asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad*
13. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que rechazan las principales ideas erróneas sobre su transmisión*
14. Porcentaje de las poblaciones más expuestas que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH
15. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años
16. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja
17. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declaran haber utilizado un preservativo en la última relación sexual*
18. Porcentaje de profesionales del sexo de ambos sexos que comunican haber usado preservativo con su cliente más reciente
19. Porcentaje de varones que señalan haber usado un preservativo en su última relación sexual anual con una pareja masculina
20. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que informan haber usado preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales
21. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que informan haber utilizado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectaron
Impacto
22. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que están infectados por el VIH*
23. Porcentaje de las poblaciones más expuestas que están infectadas por el VIH
24. Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que siguen con el tratamiento antirretrovírico 12 meses después de haberlo comenzado
25. Porcentaje de lactantes que nacieron con el VIH de madres infectadas

* Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

FIGURA 1.2 Porcentaje de Estados Miembros de las Naciones Unidas que presentaron informes por región, 2004-2008

Fuente: Informes nacionales de progreso del UNGASS 2008.

(número total de Estados Miembros de las Naciones Unidas en la región)

con la vigilancia y evaluación del VIH; también muestra un incremento en la propiedad mundial del seguimiento de los compromisos asumidos por los países en relación al VIH a comienzos de este decenio. En 2008, todos los países caribeños informaron sobre los indicadores básicos; también se recibieron informes de casi todos los países de América Latina, Europa oriental y Asia central y África subsahariana. Las tasas de presentación de informes fueron notablemente inferiores en otras regiones.

En función de promesas específicas con plazos definidos hechas por los países en el Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, los indicadores básicos del UNGASS abarcan una amplia gama de variables, como la prevalencia del VIH entre jóvenes de 15 a 24 años, la cobertura de la terapia antirretrovírica y las principales iniciativas de prevención del VIH, los servicios para apoyar a niños que quedaron huérfanos o vulnerables por el VIH y la adopción nacional de las políticas recomendadas en materia de VIH. La información proveniente de los informes nacionales de progreso se complementa con otras fuentes de datos, como encuestas por hogares, informes de la sociedad civil y los presupuestos y los datos de vigilancia de programas de gobiernos donantes, copatrocinadores del ONUSIDA, fundaciones filantrópicas y organismos de investigación biomédica.

Cooperación de la sociedad civil en la vigilancia del progreso alcanzado en la respuesta al VIH

La participación de la sociedad civil constituye una parte esencial del proceso de elaboración de informes. El ONUSIDA involucró a un consorcio de organizaciones de la sociedad civil, lideradas por el Consejo Internacional de Organizaciones de Servicios sobre el Sida y la Coalición Internacional para la Salud de las Mujeres, a fin de apoyar

a las organizaciones de la sociedad civil en la elaboración de informes nacionales.[3]

Desde la última ronda de informes, se han realizado importantes progresos en cuanto a la inclusión de la sociedad civil en la elaboración de informes nacionales. Las autoridades nacionales de VIH, que fueron responsables de presentar los datos sobre los indicadores básicos para la *Declaración de compromiso*, señalaron que la sociedad civil aportó información en un 82% de los países, y que las personas que viven con el VIH suministraron información en el 75%. En Indonesia, por ejemplo, la sociedad civil acordó incluir un "informe comunitario" que representara las perspectivas de la sociedad civil en la presentación oficial al ONUSIDA.

La sociedad civil cumple un importante papel formal en la compleción del Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN). Este índice evalúa el progreso realizado en el desarrollo y la aplicación de políticas y estrategias nacionales sólidas en materia de VIH. Se trata de un extenso cuestionario que se completa mediante una revisión de documentos pertinentes y entrevistas con personas más entendidas en los temas tratados. La parte A del ICPN es respondida por funcionarios gubernamentales, mientras que la parte B está a cargo de representantes de la sociedad civil y de organizaciones bilaterales y multilaterales.

En todos los países, la sociedad civil participó en la compleción del componente no gubernamental del ICPN.[4] En total, más de 700 organizaciones no gubernamentales locales (representadas por muchas más personas) fungieron como informantes clave sobre el ICPN, superando en mucho el número de organizaciones no gubernamentales internacionales y bilaterales y multilaterales que intervinieron. Organismos de las Naciones Unidas participaron en la compleción de la parte no gubernamental del ICPN en el 65% de los países, y organismos donantes bilaterales ayudaron al 29% de los países.

Grupos de la sociedad civil de 19 países presentaron información paralela adicional sobre la respuesta nacional al VIH. Esta información incluyó datos complementarios o cualitativos para complementar los informes nacionales, como datos encuestales en relación a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. En algunos de estos países, donde la sociedad civil no fue incluida en la elaboración de informes nacionales o donde los países no proporcionaron un informe nacional, se presentaron informes "paralelos".

Uso de las pruebas para evaluar el progreso

En conjunto, el cuerpo de datos recolectados en 2008 sobre los esfuerzos nacionales permite la evaluación más exhaustiva que alguna vez se haya emprendido del progreso mundial, regional y nacional obtenido en el abordaje de la epidemia. La información presentada en este informe permite al lector apreciar los avances realizados desde 2001, identificar los puntos fuertes y las deficiencias de la respuesta hasta el momento y obtener más claridad de la magnitud de las dificultades que afronta el mundo en su empresa de comenzar a invertir el curso de la epidemia antes de 2015. Un capítulo de cierre sobre la ampliación (véase el Capítulo 7) examina específicamente los principales obstáculos para el éxito acelerado en relación al VIH y describe las estrategias más promisorias para superar estos obstáculos.

El informe también incluye perfiles de individuos de diferentes regiones que viven con el VIH, están afectados por él o participan en la respuesta. Estos perfiles constituyen un recordatorio de las dimensiones humanas de la respuesta mundial al VIH, que conectadas a cada número citado en el informe es una persona que posee un derecho humano inalienable a la dignidad, el respecto y la asistencia sanitaria eficaz. También destacan una de las enseñanzas más perdurables del VIH: que los esfuerzos internacionales en salud y desarrollo deben, en última instancia, ser propiedad de las personas más afectadas y ser dirigidos por ellas.

---

[3] Véase el Anexo 2 para obtener una descripción completa de los métodos utilizados para la elaboración de informes nacionales sobre el progreso obtenido en la aplicación de la *Declaración de compromiso*, incluido el grado de participación de la sociedad civil en la confección de informes nacionales.

[4] No todos los Estados Miembros presentaron datos sobre el ICPN (130/192) y cuatro países no indicaron quiénes proporcionaron las respuestas al ICPN.

Vigilancia y evaluación nacionales mejoradas: facilitar una respuesta fundamentada en pruebas a la epidemia

Desde que el VIH fue reconocido por primera vez, los enfoques y las metodologías para vigilar la epidemia y la respuesta se han perfeccionado en forma continua. Como consecuencia, el mundo está mejor preparado que nunca para estimar la prevalencia del VIH o la tasa de nuevas infecciones por el VIH, para determinar el alcance de la cobertura de los programas, para caracterizar y evaluar las respuestas nacionales y para medir el nivel de financiamiento asignado a programas sobre VIH en países de ingresos bajos y medianos.

Informes sobre el progreso en los países

Para el momento en que este informe fue a imprenta, 147 Estados Miembros habían comunicado información nacional sobre los 25 indicadores básicos del UNGASS desarrollados por el ONUSIDA y sus asociados a fin de realizar un seguimiento de la aplicación de la *Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA*. A medida que se fueron presentando los informes de progreso de país en 2008, el ONUSIDA los publicó, sin editarlos, en Internet.

Por primera vez, este informe permite entender las principales tendencias en la respuesta al VIH para indicadores básicos que no han cambiado significativamente. Por ejemplo, el informe examina tendencias en la prevalencia del VIH y el conocimiento entre jóvenes, el acceso al tratamiento antirretrovírico y la adopción nacional de amparos de derechos humanos pertinentes. Al reconocer la limitada utilidad para decisores nacionales de valores numéricos mundiales sobre los indicadores del VIH, el informe destaca variaciones regionales y subregionales en las tendencias epidemiológicas, los comportamientos y las respuestas.

El presente informe ofrece una evaluación inicial de la más reciente información sobre la epidemia y las respuestas nacionales. ONUSIDA y sus asociados en la investigación planean complementar los datos de indicadores resumidos en este informe mundial con trabajos analíticos más detallados en áreas temáticas específicas y con estudios que examinen más exhaustivamente los datos pertinentes a diversas regiones.

Aumento de la capacidad nacional en vigilancia y evaluación

Este informe refleja algunas de las mejoras que, en los últimos años, se han producido en los sistemas de información nacionales y mundiales. A partir de 2004, el ONUSIDA emprendió un esfuerzo a largo plazo para fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia y evaluación del VIH. Para 2008, se habían destinado casi 60 asesores en vigilancia y evaluación a las oficinas nacionales y regionales del ONUSIDA. Estos asesores:

- brindan apoyo técnico continuo para el desarrollo de la capacidad nacional de vigilancia y evaluación;
- trabajan con programas nacionales del sida para desarrollar y vigilar indicadores mensurables a fin de evaluar la ejecución de las estrategias nacionales;
- ayudan a los países a ampliar las actividades de vigilancia y evaluación del nivel nacional al distrital.

Los países reciben apoyo permanente en el desarrollo y el mantenimiento de un sistema nacional integral para la vigilancia y evaluación del VIH. También se benefician de una variedad cada vez mayor de otras fuentes de asistencia técnica, por ejemplo, el Equipo Mundial de Vigilancia y Evaluación del Sida, con sede en el Banco Mundial, y el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR). Copatrocinadores individuales del ONUSIDA, como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (UNICEF, ONUSIDA y OMS, 2008) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) también han intensificado su asistencia técnica en vigilancia y evaluación.

El aumento en la asistencia brindada a los países tiene como finalidad facilitar una mejor coordinación de las partes interesadas nacionales bajo un marco único de vigilancia y evaluación. Esto se condice con los principios de los "Tres unos" para una acción eficaz a nivel de país: un marco estratégico nacional, un órgano coordinador nacional y un sistema de vigilancia y evaluación (véase el Capítulo 7).

Como se indicó en la Figura 1.3, el porcentaje de países con una base de datos centralizada sobre el VIH aumentó del 41% en 2005 al 68% en 2007, y el aval del plan de vigilancia y evaluación por parte de asociados clave también aumentó del 54% en 2005 al 78% en 2007 (Informes de progreso de los países del UNGASS, 2008).

FIGURA 1.3 Porcentaje de países con componentes de vigilancia y evaluación vigentes, 2005 y 2007

Fuente: Informes de progreso de los países del UNGASS 2008.

Entre 2005 y 2007, el número de países que tenían un plan nacional de vigilancia y evaluación, con análisis de costos y financiamiento asegurado, así como una unidad nacional funcional de vigilancia y evaluación o un grupo técnico de trabajo nacional y una base datos centralizada sobre el VIH, aumentó de 14 a 44 (Informes de progreso de los países del UNGASS, 2008).

El Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria ha desempeñado un papel fundamental en el impulso de las mejoras en los sistemas nacionales de vigilancia y evaluación. Las propuestas para recibir asistencia del Fondo Mundial deben estar basadas en información sólida a nivel de país. Además, la presentación de informes en forma oportuna y exacta sobre el progreso nacional es esencial para conseguir financiamiento continuado según el enfoque basado en el desempeño que utiliza el Fondo Mundial.

No sólo los sistemas de vigilancia y evaluación son más contundentes, sino que también han mejorado los métodos disponibles para seguir aspectos clave de la epidemia. En países con epidemias generalizadas, el mayor uso de encuestas nacionales por hogares ha incrementado la exactitud y fiabilidad de las estimaciones nacionales de la prevalencia del VIH, la incidencia y la mortalidad (véase el Capítulo 2). La Figura 1.4 muestra las tendencias mundiales en el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y evaluación.

FIGURA 1.4 Tendencias mundiales en el fortalecimiento de sistemas de vigilancia y evaluación, 2005 y 2007

- elementos básicos* vigentes
- faltan uno o más elementos básicos
- no hay datos sobre tendencias

* Un plan nacional de vigilancia y evaluación que incluya las necesidades presupuestarias y con financiamiento asegurado; una unidad nacional funcional de vigilancia y evaluación y/o un grupo de trabajo para vigilancia y evaluación; una base de datos nacional centralizada sobre VIH.

Fuente: Informes de países del UNGASS 2006, 2008.

El avance hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH

Para acelerar el progreso hacia el plazo de 2015 para los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la comunidad mundial ha adoptado la meta de avanzar hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH para 2010. Este paso tiene trascendencia histórica en la salud y el desarrollo a nivel mundial. Convertir las aspiraciones en logros requerirá compromisos y recursos sin precedentes, así como formas innovadoras de encarar los

Debilidades y déficits clave en la vigilancia y evaluación

Si bien las mejoras en la capacidad nacional de vigilancia y evaluación son obvias, aún persisten déficits y debilidades cruciales. Uno de cada cuatro países que cuentan con un plan nacional de vigilancia y evaluación no ha calculado las necesidades presupuestarias, y uno de cada tres no ha conseguido financiamiento para poner en marcha el plan. Más de un tercio de los países con un plan de vigilancia y evaluación no disponen de una base de datos centralizada sobre VIH. A fin de intensificar la capacidad nacional necesaria para proporcionar una base de información contundente para la toma de decisiones sobre políticas y programas, los países necesitan un acceso ágil a los recursos financieros y técnicos destinados a la vigilancia y evaluación, incluida la vigilancia del VIH. Si bien el Fondo Mundial, el Banco Mundial y el PEPFAR permiten que hasta el 10% de cualquier subvención se destine a vigilancia y evaluación, los países recién comienzan a aprovechar esta disposición.

Los gastos comunicados[5] en concepto de vigilancia y evaluación oscilan del 0,1% de los gastos nacionales relacionados con el VIH al 15,6% (mediana del 0,9%, indicador 1 del UNGASS, datos 2006-2007). En más de la mitad de los países (54%), las actividades de vigilancia y evaluación se financian exclusivamente a través de fuentes externas. Sólo uno de cada 10 países declara obtener financiamiento para vigilancia y evaluación del VIH exclusivamente a través de fondos nacionales. El desequilibrio en el financiamiento para vigilancia y evaluación plantea inquietudes acerca de la sostenibilidad de esta función esencial en años por venir. Además, el financiamiento externo destinado a vigilancia y evaluación no necesariamente apoya el sistema nacional de vigilancia y evaluación. Por ejemplo, Guyana señala un considerable progreso obtenido en la vigilancia y evaluación, pero varios proyectos, financiados por donantes, que incluyen componentes de vigilancia y evaluación no están vinculados al plan nacional de vigilancia y evaluación (Informe de progreso nacional del UNGASS de Guyana).

A medida que la capacidad nacional de vigilancia y evaluación continúa creciendo, los países y los asociados nacionales deben asegurarse de que realmente usan la información generada para mejorar la toma de decisiones. La evaluación de los flujos de recursos ha revelado que la asignación nacional de recursos para la prevención en ocasiones presenta marcadas diferencias con el panorama de la epidemia generado por los sistemas nacionales de vigilancia (ONUSIDA, 2004). Asimismo, la inercia y las presiones burocráticas en algunos casos juegan en contra de la interrupción o la revisión de programas o estrategias en particular, aun cuando los datos de la evaluación indiquen que estos enfoques son ineficaces.

[5] Un total de 48 países informaron gastos para 2006 o 2007 en vigilancia y evaluación.

¿Qué es el acceso universal?

El acceso universal significa tanto un compromiso concreto como una determinación renovada entre personas de todo el mundo para invertir el curso de la epidemia. Es un proceso que se basa en iniciativas anteriores e infunde mayor impulso en los esfuerzos existentes.

El acceso universal no implica que habrá, ni que deba haber, un 100% de cobertura de los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH; incluso en países de ingresos altos donde la asistencia sanitaria está disponible para todos, algunos pacientes aptos para recibir medicamentos antirretrovíricos no lo están haciendo por distintos motivos (por ejemplo, por una decisión deliberada de no someterse a las pruebas o una decisión de comenzar la terapia más adelante). En cambio, al avanzar hacia las metas establecidas a nivel nacional para el acceso universal, el mundo se ha comprometido a realizar avances concretos y sostenidos en pos de un nivel elevado de cobertura de los programas más eficaces que se necesitan para gestionar diferentes epidemias en todas las regiones. Los principios básicos para ampliar hacia el acceso universal hacen hincapié en que los servicios deben ser equitativos, accesibles, asequibles, integrales y sostenibles en el largo plazo.

Puesto que diferentes contextos a menudo tienen necesidades claramente diferentes, el acceso universal no puede ajustarse a un marco temporal o un enfoque normalizado, y los países adoptarán distintos plazos de tiempo y estrategias para lograr la ampliación. Por ejemplo, los países con epidemias generalizadas (véase el Capítulo 4) requieren una cobertura muy alta para las iniciativas dirigidas a la población en general (por ejemplo, campañas de sensibilización en medios masivos de comunicación, educación en las escuelas y programas de prevención en el lugar de trabajo). Por el contrario, los países con epidemias de bajo nivel y concentradas quizás necesiten cobertura menos intensa para iniciativas dirigidas a la población en general, pero cobertura alta para programas destinados a poblaciones más expuestas al riesgo de contraer VIH. Al establecer metas nacionales, los países asumen la responsabilidad de alcanzar el acceso universal dentro de un margen de tiempo que es tanto urgente —estimular el apoyo y el ímpetu en torno a esta meta— como factible, y que los pondrá en camino de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015.

desafíos y obstáculos que durante mucho tiempo han impedido un progreso más veloz del desarrollo humano en lugares de recursos limitados.

En 2005-2006, 123 países y 7 regiones, con ayuda del ONUSIDA, pusieron en marcha procesos consultivos para determinar los desafíos asociados con el avance hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH. Los resultados de estas consultas configuraron las deliberaciones en la Reunión de Alto Nivel sobre VIH y Sida en la Asamblea General de las Naciones Unidas en junio de 2006. Esta reunión dio lugar a que los Estados Miembros de las Naciones Unidas refrendaran el objetivo de avanzar hacia el acceso universal para 2010 (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2006).

Países de todas las regiones iniciaron, contando con orientación normativa del ONUSIDA (ONUSIDA, 2006), un proceso fundamentado en pruebas para alcanzar un consenso nacional y multisectorial respecto a las metas para el acceso universal. Hasta marzo de 2008, 105 países habían establecido metas para el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el

apoyo relacionados con el VIH, entre ellos 76 países que habían incorporado estas metas en sus planes estratégicos nacionales sobre sida o instrumentos de desarrollo más amplios (p. ej., Documentos de Estrategia de Lucha contra la Pobreza, Marcos de Gastos a Mediano Plazo). Un total de 41 países han definido las acciones y los costos requeridos para lograr el acceso universal, un paso clave en la movilización de los recursos necesarios para cumplir los objetivos definidos. Algunos países han establecido metas especialmente ambiciosas que, en algunos casos, superan las estimaciones de factibilidad para el tratamiento del VIH u otras iniciativas.

Posteriormente a los procesos de establecimiento de metas, los países ahora apoyan iniciativas de acceso universal en los niveles subnacionales. En seis estados de Nigeria, por ejemplo, se están elaborando planes estratégicos para el acceso universal.

Promoción de la sociedad civil para la causa del acceso universal

El movimiento hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH constituye un vehículo eficaz para movilizar a la sociedad civil.

A nivel de país, la sociedad civil ha participado en el establecimiento de metas nacionales para el acceso universal y se encuentra vigilando la ejecución de planes nacionales a fin de asegurar una mayor rendición de cuentas en la respuesta nacional. En Malawi y Camboya, por ejemplo, la promoción concertada por parte de organizaciones de la sociedad civil contribuyó a incentivar a los decisores nacionales para que establecieran metas ambiciosas relativas al acceso universal. De modo semejante, en Nigeria, ocho redes de la sociedad civil se han aunado para concebir un plan de acción de la sociedad civil sobre el acceso universal —la "agenda del pueblo sobre el sida—, que se emitió del Día Mundial del Sida 2007.

A nivel mundial, la Campaña Mundial contra el Sida utiliza la causa del acceso universal para movilizar a diversos grupos interesados y activistas civiles. En julio de 2007, activistas de la sociedad civil de 35 regiones se congregaron en el marco de la Campaña Mundial contra el SIDA, en Nairobi, para compartir perspectivas y coordinar esfuerzos en la promoción del acceso universal. En la actualidad, se encuentran en marcha campañas nacionales contra el sida en cinco de las ocho naciones industrializadas más importantes que componen el Grupo de los Ocho (G8), y estas campañas nacionales coordinan la promoción de la causa a fin de asegurar que el VIH siga siendo una prioridad para el G8.

La Coalición de Redes Regionales de Asia y el Pacífico sobre VIH/Sida desarrolló un juego de herramientas sobre "*Normas mínimas para la participación de la sociedad civil en las iniciativas de acceso universal*", que se fundamentan en consultas regionales y nacionales de las organizaciones de la sociedad civil. El juego de herramientas fue ideado para que representantes de la sociedad civil y otras partes interesadas evalúen y promuevan una mayor participación de la sociedad civil en las iniciativas nacionales de acceso universal. En consonancia con los principios esbozados en el juego de herramientas, el ONUSIDA patrocinó una consulta con la sociedad civil que tuvo como objetivo configurar la elaboración de recomendaciones técnicas para ampliar el asesoramiento y pruebas de VIH en la región de Asia y el Pacífico. También se han congregado foros regionales para poblaciones más expuestas a fin de garantizar la firme participación de la sociedad civil en los esfuerzos para planificar y ejecutar programas de prevención ampliados.

Activismo para conseguir resultados

Alessandra Nilo es cofundadora y coordinadora de GESTOS, una organización no gubernamental (ONG) con sede en Brasil.

Para Alessandra Nilo, una activista residente en Brasil, su labor con el VIH forma parte de una lucha más amplia por la justicia social y los derechos humanos. "Con el tiempo, se ha vuelto más claro que los problemas de pobreza, desigualdad por razón de sexo, pero sobre todo las diferencias y los desafíos culturales son todos puntos que deben atenderse y afrontarse de una vez por todas", sostiene.

Alessandra se unió a otras personas en 1993 y fundaron GESTOS, con el objetivo de brindar apoyo psicosocial y capacitación en liderazgo para las personas que viven con el VIH en la ciudad brasileña de Recife. En años siguientes, GESTOS se involucró cada vez más en el análisis de políticas públicas y la promoción, incluida la vigilancia del progreso realizado por el gobierno brasileño en el cumplimiento de sus compromisos en materia de VIH. En la segunda mitad de la década de 1990, GESTOS comenzó a establecer vínculos con otros grupos de América Latina. En colaboración con otros grupos de la sociedad civil, GESTOS fue participante activo en el Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida celebrado en 2001. Hoy en día, GESTOS trabaja en 16 países y, en 2008, informó acerca de la situación de la salud sexual y reproductiva en estos países como complemento de los informes nacionales sobre los indicadores básicos para la *Declaración de compromiso*.

No obstante la complejidad de la epidemia, Alessandra afirma que uno de los aspectos más gratos del activismo sobre el VIH es que realmente existen soluciones para muchas de las dificultades más importantes. "Lo que me impulsa a continuar con mi labor de activista es la posibilidad de encontrar soluciones y de hacer frente a las desigualdades que están configuradas en una macroestructura de sociedad de una manera algo más tangible. Aquí, en mi comunidad, he actuado para velar por que aquellos que eran muy pobres antes y que nunca habían tenido la posibilidad de acceder a tratamiento adecuado para el VIH y el sida ahora puedan beneficiarse con él, y también obtener acceso a ayuda alimentaria, condiciones decentes de vida y, principalmente, que la comunidad pueda aprender a vivir con esta epidemia.

Alessandra cree que éste es el momento para que la respuesta al VIH demuestre resultados. "A partir de 2001, se han realizado considerables inversiones en relación al VIH/sida", comenta. "Lo que debemos hacer ahora es mostrar cómo se invirtió este dinero, mostrar los resultados de este importante número de inversiones y mostrar claramente que incluso se necesitan más inversiones... En mi opinión, no lograremos eso a menos que la sociedad civil se comprometa y participe".

Para Alessandra, el activismo en relación al VIH es más que una causa, es una forma de vida. "No es un trabajo donde uno tan sólo deja la pluma y se va a su casa... Somos personas que luchamos por una causa, una causa de bienestar social que nos moviliza las 24 horas del día, los siete días de la semana".

Comenzar a invertir el curso de la epidemia para 2015

Un hallazgo principal del presente informe es que, si bien algunos países se encuentran en camino de alcanzar las metas de 2010 establecidas en la *Declaración de compromiso,* otros no lo están. Si no se fortalece y acelera considerablemente la respuesta al VIH, muchos países no lograrán, antes de 2010, el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH ni comenzarán a invertir el curso de la epidemia para 2015. La comunidad mundial debe renovar y reafirmar su compromiso de trabajar con los países para agilizar el progreso hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

En todos los capítulos siguientes, este informe pone de relieve una serie de factores decisivos que afectarán la capacidad del mundo de hacer frente a los desafíos por delante.

- *Basarse en el éxito.* A lo largo y a lo ancho de varias regiones, se observa un reciente avance en llevar a escala los servicios básicos para el VIH: reducción de la incidencia del VIH, estabilización de las tasas de mortalidad y atención de los niños que han quedado vulnerables por la epidemia; este progreso demuestra que es posible conseguir resultados espectaculares, incluso en lugares de menores recursos.

- *Hacer rendir el dinero.* Pese al progreso concreto logrado en los últimos años en cuanto a obtener mucho más recursos para el VIH, los países a menudo encuentran dificultades para traducir el financiamiento nuevo en programas nacionales ampliados para la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH. En muchos casos, las acciones de diversas partes interesadas nacionales están coordinadas deficientemente y las debilidades en la infraestructura ralentizan la capacidad de los países para absorber nuevo financiamiento. En años recientes, se han tomado importantes medidas para abordar los factores que suavizan el impacto de una mayor cantidad de fondos; sin embargo, es imperioso tomar medidas considerablemente más firmes para reducir las diferencias en el acceso a programas básicos sobre VIH.

- *Adaptar la respuesta a las necesidades nacionales y locales.* Lo que se conoce como la "epidemia mundial" en verdad es una amalgama de un número casi infinito de epidemias individuales, en comunidades, distritos, países, subregiones y regiones. Ningún patrón individual es suficiente para una respuesta eficaz. Diferentes países pueden aprender uno del otro a elaborar, ejecutar y revisar sus estrategias nacionales. Sin embargo, los esfuerzos a nivel de país, para que logren una eficacia óptima, deben fundamentarse en pruebas y adaptarse cuidadosamente a las necesidades y circunstancias nacionales. Los decisores nacionales y asociados nacionales deben "conocer su epidemia y su respuesta" a fin de desarrollar planes nacionales que produzcan un impacto máximo.

- *Abordar los factores sociales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad al VIH y profundizan el impacto de la epidemia.* La ampliación de los programas debe ir acompañada de un esfuerzo intensificado para abordar cuestiones interrelacionadas que impiden una respuesta eficaz. Esto es especialmente importante en ámbitos hiperendémicos donde cambios marginales en el comportamiento de riesgo probablemente produzcan sólo un impacto limitado en la trayectoria de la epidemia. Todos los interesados directos deben trabajar en la promoción de la igualdad entre sexos y la facultación de las mujeres, en la reducción del estigma y la discriminación relacionados con el VIH y en la disminución de la marginación de grupos en mayor riesgo de

contraer el VIH. En el presente informe, las cuestiones de género, marginación social y desigualdades de ingresos se tratarán como cuestiones interrelacionadas que desempeñan papeles cruciales en todo el alcance de la respuesta al VIH.

- *Planificar para el largo plazo.* Aun cuando el mundo comenzara a detener la epidemia para 2015, como se vislumbró en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la epidemia seguiría siendo un desafío mundial preponderante durante varias décadas más. Mientras se responde de modo urgente con esfuerzos para llevar a escala la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo esenciales para el VIH, es necesario sustentar una respuesta eficaz para el largo plazo. Para ello, se precisarán mecanismos novedosos y la creación de capacidad que actualmente no existe; también se necesitará planificación cuidadosa, porque algunas de las dificultades que planteará la epidemia en 10 o 20 años probablemente sean bastante diferentes de las que hoy se afrontan.

- *Ubicar a las personas en el centro de la salud y el desarrollo.* Una de las enseñanzas más importantes de la epidemia del VIH es el papel fundamental de la sociedad civil, especialmente de las personas que viven con el VIH y de la población más expuesta, en las respuestas nacionales y locales eficaces. No obstante, las personas más afectadas por la epidemia siguen sin ser incluidas en la toma de decisiones en muchos países. Con el objeto de superar los imponentes obstáculos que entorpecen los esfuerzos para avanzar hacia el acceso universal, los países necesitan con urgencia el conocimiento, la pasión y el compromiso de aquellos que mejor comprenden la manera de llegar a las personas más necesitadas de los servicios relacionados al VIH.

Situación de la epidemia mundial de VIH

2

Capítulo 2

FIGURA 2.1 Eventos seleccionados en la respuesta mundial a la epidemia

Hallazgos clave

- El porcentaje mundial de personas que viven con el VIH se ha estabilizado desde el año 2000.
- En 2007, se registraron 2,7 millones de nuevos casos de infección por el VIH y 2 millones de fallecimientos relacionados con el sida.
- La tasa de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido en varios países pero, a nivel mundial, el aumento de nuevas infecciones en otros países contrarresta, al menos en parte, estas tendencias favorables.
- En 14 de los 17 países africanos que cuentan con datos encuestales aceptables, el porcentaje de embarazadas jóvenes (15-24 años) que viven con el VIH ha disminuido desde el período 2000-2001. En 7 países, la caída del número de infecciones ha igualado o excedido la reducción del 25% establecida como objetivo para 2010 en la *Declaración de compromiso*.
- A medida que aumentó el acceso al tratamiento en los últimos diez años, disminuyó el número anual de fallecimientos por sida.
- África subsahariana continúa siendo la región más afectada por el VIH y, en 2007, le correspondieron el 67% de todas las personas que viven con el VIH y el 72% de los fallecimientos a causa del sida. Sin embargo, algunos de los aumentos más preocupantes en el número de nuevas infecciones se registran en países muy poblados de otras regiones, como Indonesia, la Federación de Rusia y diversos países de ingresos altos.
- A nivel mundial, el porcentaje de mujeres entre las personas que viven con el VIH se ha mantenido estable (en el 50%) durante varios años, aunque la proporción de infecciones en las mujeres está aumentando en varios países.
- En casi todas las regiones fuera del África subsahariana, el VIH afecta en forma desproporcionada a usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y profesionales del sexo.

El VIH continúa siendo un problema de salud mundial de una magnitud sin precedentes. Desconocido 30 años atrás, el VIH ya ha provocado un estimado de 25 millones de fallecimientos en todo el mundo y ha generado profundos cambios demográficos en los países más afectados.

Los datos epidemiológicos internacionales más recientes son portadores de algunas buenas noticias. En algunos países de Asia, América Latina y África subsahariana, el número anual de nuevas infecciones producidas por el VIH se encuentra en disminución. También ha disminuido la tasa estimada de fallecimientos por sida, en parte como resultado del éxito alcanzado en la ampliación del acceso a los medicamentos antirretrovíricos en lugares de recursos limitados. Aun así, estas tendencias favorables no se manifiestan de manera uniforme ni dentro de las regiones ni entre ellas, lo que subraya la necesidad de un avance integral en la puesta en práctica de políticas y programas eficaces.

En este capítulo se resume la situación actual de la epidemia, se analizan las tendencias mundiales generales y se proporcionan pantallazos regionales de su trayectoria. Se han tomado como base

Mejoramiento de las estimaciones del VIH

La vigilancia del VIH en lugares especificados ("vigilancia centinela") se ha extendido y mejorado considerablemente (en especial, en África subsahariana y Asia), lo cual dio lugar a estimaciones más confiables de la epidemia de VIH y de su impacto. Además, un número cada vez mayor de países han llevado a cabo encuestas poblacionales a nivel nacional que incluyen pruebas del VIH. En conjunto, estas fuentes de datos brindan información complementaria tanto sobre la prevalencia del VIH en adultos como sobre las tendencias epidemiológicas en el tiempo.

El ONUSIDA y la OMS utilizan principalmente tres instrumentos para generar estimaciones del VIH para países y regiones: Estimation and Projection Package (EPP), WORKBOOK, y Spectrum.[1] Estos modelos generan estimaciones de la prevalencia del VIH[2] a través del tiempo, del número de personas que viven con el VIH, de las nuevas infecciones, de los fallecimientos por sida, de niños y niñas huérfanos a causa del sida y de las necesidades de tratamiento. Las estimaciones se basan en datos obtenidos de la vigilancia centinela, de encuestas y de estudios especiales; los modelos y supuestos utilizados en estos instrumentos se actualizan periódicamente en función de la última investigación disponible.

Los datos sobre la prevalencia del VIH recopilados en encuestas poblacionales, especialmente en países con epidemias generalizadas, han aumentado la fiabilidad de las estimaciones nacionales del VIH. Estas encuestas son, desde el punto de vista geográfico, más representativas que la vigilancia centinela e incluyen tanto a hombres como a mujeres. Desde 2001, 30 países del Caribe, África subsahariana y Asia han realizado encuestas poblacionales nacionales, con medición de la prevalencia del VIH. En casi todas esas encuestas, las nuevas estimaciones de la prevalencia del VIH fueron menores que las publicadas antes de contar con los nuevos datos encuestales.

Gracias a esas encuestas, también se pudo actualizar y modificar los supuestos utilizados en los programas informáticos EPP y Spectrum. Por ejemplo, las encuestas poblacionales nacionales sobre el VIH han revelado que la prevalencia del VIH es aproximadamente un

[1] Encontrará más información sobre estas herramientas en: http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Methodology/

[2] Se entiende por prevalencia del VIH el número total de infecciones en un momento dado. Se entiende por incidencia o nuevas infecciones el porcentaje o número de personas que se infectaron en un período dado, por lo general un año.

20% más baja que la prevalencia entre embarazadas atendidas en dispensarios prenatales, tanto en las zonas rurales como en las urbanas (Gouws et al., en imprenta). Algunos países de África subsahariana no han realizado este tipo de encuestas, en particular Angola, Eritrea, Gambia, Guinea-Bissau, Mozambique, Namibia, Nigeria, Somalia y Sudán. Para elaborar las estimaciones que incluye este informe, los datos sobre la prevalencia del VIH obtenidos de las embarazadas atendidas en dispensarios prenatales de estos países se ajustaron hacia abajo hasta un nivel de alrededor de 0,8 veces la prevalencia que arrojó la vigilancia de dispensarios prenatales. El nivel de ajuste varía en función de la proporción poblaciones urbanas/poblaciones rurales dentro de un país.

La investigación reciente condujo también a importantes modificaciones en los supuestos empleados en los modelos confeccionados por el ONUSIDA y la OMS. Una de estas modificaciones afecta las estimaciones de la incidencia del VIH y de la mortalidad por sida. Aquí es fundamental un supuesto sobre el tiempo promedio que las personas sobreviven a la infección por el VIH cuando no reciben terapia antirretrovírica (Stover et al., en imprenta). Algunos estudios longitudinales (Marston et al., 2007; Todd et al., 2007) indican que, en ausencia del tratamiento antirretrovírico, la mediana neta del tiempo de supervivencia después de haber contraído la infección por el VIH se estima en 11 años (Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones, 2006) en vez de los nueve años que se estimaban anteriormente (Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones, 2002).[3]

Junto con las modificaciones hechas a los supuestos, los sistemas de vigilancia y las fuentes de datos, hoy más perfeccionados, han hecho posibles estimaciones epidemiológicas más confiables. Dado que las revisiones afectan también a las tendencias históricas, las últimas estimaciones no deberán compararse directamente con las publicadas en informes anteriores. Cuando en este informe se citan tendencias epidemiológicas, se dan las modificaciones realizadas en las estimaciones históricas.

los últimos datos epidemiológicos obtenidos de algunos países; en muchos casos, estos datos han mejorado significativamente (véase el recuadro "Mejoramiento de las estimaciones del VIH") El Anexo I ofrece información epidemiológica específica correspondiente a 168 países.

A escala mundial, la epidemia de VIH se ha estabilizado, pero los niveles de nuevas infecciones y de fallecimientos por sida son inaceptablemente altos:

- Se estima que, en todo el mundo, 33 millones [30,3 millones–36,1 millones] de personas vivían con el VIH en 2007.
- El número anual de nuevas infecciones por el VIH disminuyó de 3,0 millones [2,6 millones–3,5 millones] en 2001 a 2,7 millones [2,2 millones–3,2 millones] en 2007.
- En total, 2,0 millones [1,8 millones–2,3 millones] de personas fallecieron a causa del sida en 2007, mientras que las estimaciones para 2001 fueron de 1,7 millones [1,5 millones–2,3 millones].
- Mientras que el porcentaje de personas que viven con el VIH se ha estabilizado a partir de 2000, el número total de personas que viven con el VIH ha ido aumentando de manera uniforme debido a las nuevas infecciones

[3] Estos valores se aplican a todos los países, a excepción de aquellos en los que el VIH subtipo E es responsable de la mayoría de las infecciones. En los países mencionados, la mediana neta del tiempo de supervivencia se estima en nueve años (Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones, 2006).

FIGURA 2.2 Una visión global de la infección por el VIH, 2007

En 2007, 33 millones de personas [30,3 millones–36,1 millones] vivían con VIH

que ocurren cada año, a los tratamientos que prolongan la vida y a que las nuevas infecciones aún superan en número a los fallecimientos provocados por el sida (Figura 2.3).

- África meridional continúa soportando una parte desproporcionada de la carga mundial de VIH: En 2007, el 35% de las infecciones por el VIH y el 38% de los fallecimientos por sida se produjeron en esa subregión. En conjunto, África subsahariana alberga al 67% de todas las personas que viven con el VIH.
- Las mujeres representan la mitad de las personas que viven con el VIH en todo el mundo, y más del 60% de las infecciones por el VIH en África subsahariana. Durante los últimos 10 años, la proporción de mujeres entre personas que viven con el VIH ha permanecido estable a nivel mundial, pero ha crecido en muchas regiones (Figura 2.4).
- Los jóvenes entre 15 y 24 años representan el 45% estimado de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo.
- Se estima que, en 2007, 370 000 [330 000–410 000] niños menores de 15 años se infectaron con el VIH. A nivel mundial, el número de niños menores de 15 años que viven con el VIH aumentó de 1,6 millones [1,4 millones–2,1 millones] en 2001 a 2,0 millones [1,9 millones–2,3 millones] en 2007. Casi el 90% vive en África subsahariana (véase el recuadro "El VIH entre los niños").

Jóvenes: tendencias recientes de la infección por el VIH y del comportamiento sexual

La *Declaración de compromiso* estableció como meta para 2005 haber reducido en un 25% la prevalencia del VIH entre los jóvenes (15-24 años) de los países más afectados. A fin de evaluar el progreso hacia el logro de este objetivo, se pidió a 35 países con alta prevalencia (una prevalencia nacional que superara el 3%) y a otros 4 países de África con niveles de prevalencia importantes (Tabla 2.1) que recopilaran datos sobre las tendencias recientes del VIH y del comportamiento sexual entre los jóvenes.

TABLA 2

Análisis de las tendencias entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad en los países con alta prevalencia (todos los países con prevalencia nacional superior al 3% y otros cuatro países de África con niveles de prevalencia importantes): Prevalencia del VIH entre embarazadas (2000-2007) en sistemas de vigilancia centinela y comportamientos sexuales seleccionados de mujeres y hombres a partir de encuestas nacionales (1990-2007)

PAÍS	Período para el cual se dispone de datos sobre la prevalencia	Tendencia de la prevalencia[a]		Porcentaje de jóvenes (15-19 años) que tuvieron sexo antes de los 15 años[b]		Proporción que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses[c]		Uso de preservativo en la última relación sexual entre quienes tuvieron más de una pareja en los últimos 12 meses[d]	
		Urbana	*Rural*	*Mujeres*	*Varones*	*Mujeres*	*Varones*	*Mujeres*	*Varones*
Angola[a]		DI	DI						
Bahamas		↓							
Benin[b]	2000–2006	↓*	↔	↔	↓*	↓*	↑	↑	↑
Botswana	2001–2006	↓*	↓*						
Burkina Faso	2000–2006	↓*	↓	↓*	↓*	↓*	↓*	↔	↑*
Burundi	1999–2004	↓	↔	↑*					
Camerún[a]		DI	DI	↓*	↓*	↓*	↓*	↑*	↑*
República Centroafricana[b]				↑	↓				
Chad[a]		DI	DI	↓*	↑	↓	↓*	↓	↑
Congo[a]		DI	DI						
Côte d'Ivoire	2000–2004	↓*	DI	↓*	↑	↓*	↓*	↑*	↔
República Democrática del Congo[a]		DI	DI						
Djibouti[b]									
Etiopía[b]				↓*	↓*	↓*	↓*		↓
Gabón[b]									
Gambia[b]									
Ghana[b]				↓*	↓*	↔	↔	↑*	↑
Haití[b]				↑*	↑*	↑	↓	↔	↑*
Kenya	2000–2005	↓*	↓*	↔	↔	↓*	↓*	↔	↑*
Lesotho[a]	2003–2007	↔	↓						
Liberia[b]									
Malawi[e]	1999–2005	↓*	↔	↓*	↓*	↑	↓*	↔	↑
Mozambique[f]	2000–2007	↔		↔	↑*				
Namibia	2002–2006	↓	↓	↔	↓*	↔	↓*	↑*	↑
Nigeria[a]									
Rwanda	1998–2003	↓	ND	↑*	↑*	↓*	↓		
Sierra Leona[a]		DI	DI						
Sudáfrica[g]	2000–2006	↔				↓*	↔		
Sudán[a]									
Swazilandia	2002–2006	↓	↓						
Togo[a]									
Uganda[b]				↓*	↓	↔	↔	↑*	↑*
República Unida de Tanzanía	2000–2006	↔	↓	↔	↓*	↓*	↓*	↑*	↑*
Zambia[h]	1998–2004	↔		↓*	↓*	↓*	↓*	↑	↑
Zimbabwe	2000–2004	↓*	↓	↔	↓*	↓*	↓*	↔	↔

Notas:

[1] Las casillas destacadas indican tendencias positivas en la prevalencia o el comportamiento.

*[2] *Sólo se usaron centros sistemáticos en el análisis del cambio de la prevalencia del VIH en el tiempo, para un mínimo de tres años*
Prueba de significación basada en H_0:pendiente=0

Leyendas:

a Prevalencia obtenida a partir de embarazadas atendidas en dispensarios prenatales de países seleccionados.
b Entre jóvenes de 15-19 años, proporción que informó haber tenido relaciones sexuales a los 15 años. Análisis basados en EDS, MICS o encuestas nacionales entre 1990 y 2007.
c Entre jóvenes de 15-24 años, porcentaje que comunicó haber tenido relaciones sexuales con más de una pareja durante los 12 meses anteriores. Análisis basados en datos de encuestas repetidas de demografía y salud o de encuestas nacionales entre 1990 y 2007.
d Entre jóvenes de 15-24 años, proporción de jóvenes con más de una pareja que informaron haber usado preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales. Análisis basados en datos de encuestas repetidas de demografía y salud o de encuestas nacionales entre 1990 y 2007.
↑ Aumento observado en la prevalencia del VIH o el comportamiento.
↓ Descenso observado en la prevalencia del VIH o el comportamiento.
↓* Disminución estadísticamente significativa en la prevalencia del VIH de más del 25% o disminución significativa en el indicador comportamental medido. Análisis de la prevalencia basado en el análisis de regresión; análisis del comportamiento basado en el ji cuadrado o en la prueba del ji cuadrado para la tendencia.
↑* Aumento estadísticamente significativo en el indicador del comportamiento medido. Análisis del comportamiento basado en el ji cuadrado o en la prueba del ji cuadrado para la tendencia.
↔ Sin pruebas de cambio.
*DI Datos insuficientes, es decir, menos de tres años de datos recibidos.
**ND Datos no recibidos.
e En el análisis de los datos urbanos se combinaron zonas semiurbanas y urbanas.
f El análisis en Mozambique se combinó para las zonas sur, norte y centro.
g No se recibieron datos en respuesta al proceso del grupo de trabajo; análisis basados en los datos del informe de vigilancia de Sudáfrica.
h No se recibieron datos en respuesta al proceso del grupo de trabajo; análisis basados en los datos del informe de vigilancia de 2005 de Zambia. Análisis basados en datos combinados de zonas urbanas y rurales.

Dadas las dificultades prácticas de llevar a cabo estudios de la incidencia del VIH,[4] la prevalencia en serie del VIH a través del tiempo estudiada en mujeres jóvenes (15-24 años) atendidas en dispensarios prenatales sirve como medida sustituta para la incidencia y proporciona indicios importantes sobre las tendencias epidemiológicas recientes. La prevalencia del VIH entre las mujeres jóvenes atendidas en los dispensarios prenatales de zonas urbanas o rurales (o en ambas) ha disminuido desde 2000-2001 en 14 de los 17 países que cuentan con los datos suficientes para analizar las tendencias recientes en los países más afectados (datos suficientes sobre la prevalencia obtenidos en tres años diferentes). Entre estos países se incluyen

FIGURA 2.3 Número estimado de personas que viven con el VIH y prevalencia del VIH en adultos. Epidemia mundial de VIH, 1990-2007; y epidemia de VIH en África subsahariana, 1990-2007

* Si bien la prevalencia del VIH en África subsahariana se ha estabilizado, el número real de personas infectadas continúa aumentando debido a las permanentes nuevas infecciones y al acceso cada vez mayor a la terapia antirretrovírica.

[4] Dado que la mayoría de las personas no saben cuándo se infectaron y su enfermedad recién se diagnostica meses o años más tarde, el seguimiento de la incidencia del VIH normalmente requiere estudios epidemiológicos especiales complejos y caros. Algunos países de altos ingresos están utilizando nuevas tecnologías epidemiológicas para colaborar con los organismos de salud pública en la medición de la incidencia del VIH, pero estas tecnologías aún no han sido validadas para utilizarlas en ámbitos donde la prevalencia es elevada.

FIGURA 2.4 Porcentaje de mujeres adultas (15 años o más) que viven con el VIH, 1990–2007[5]

las Bahamas, Benin, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Kenya, Lesotho, Malawi, Namibia, Rwanda, Swazilandia, la República Unida de Tanzanía y Zimbabwe. La disminución en la prevalencia del VIH superó el 25% en siete países. En dos de estos países —Botswana y Kenya—, la prevalencia se redujo tanto en las zonas urbanas como en las rurales. En cinco países —Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Malawi, y Zimbabwe—, la disminución sólo fue considerable en las zonas urbanas.

Además de los datos sobre la prevalencia del VIH, una cantidad de países también hicieron un seguimiento del comportamiento sexual de los jóvenes. De los 35 países con prevalencia elevada, 19 llevaron a cabo, entre 1990 y 2007, encuestas nacionales que proporcionaron datos comparativos suficientes para evaluar las tendencias en el comportamiento sexual. El porcentaje de mujeres y varones jóvenes (15-19 años) que se iniciaron en las relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años de edad disminuyó en siete países pero aumentó en Haití y Rwanda. La proporción de mujeres y varones jóvenes (15-24 años) que habían tenido más de una pareja en los 12 meses anteriores disminuyó en 10 países y permaneció constante en uno, pero aumentó entre las mujeres jóvenes en dos países y entre los varones jóvenes en uno.

El uso de preservativos aumentó entre los jóvenes. Entre los varones jóvenes (15-24 años) que habían tenido más de una pareja en los 12 meses anteriores, las tasas de uso de preservativos se elevaron en 12 países. Entre sus homólogas femeninas, las tasas de uso de preservativos se elevaron en ocho países. Si bien los cambios observados en el comportamiento no son estadísticamente significativos en cada instancia, las tendencias generales muestran que el comportamiento de riesgo ha ido disminuyendo en varios países.[6]

[5] La proporción mundial de mujeres en comparación con varones infectados se mantenido en aproximadamente el 50% desde los últimos años de la década de 1990. En este gráfico de tasas proporcionales, aunque la proporción de mujeres en comparación con varones ha aumentado en cada región, en la mayoría de las regiones, el número total de varones infectados supera ampliamente al número de las mujeres.

[6] Veinticuatro de los 35 países tienen datos insuficientes o ningún dato sobre la prevalencia del VIH y/o las tendencias del comportamiento sexual entre los jóvenes, incluidos varios países de África meridional con una prevalencia excepcionalmente alta del VIH.

FIGURA 2.5 Niños que viven con el VIH en el mundo, 1990-2007

Esta barra indica el intervalo de la estimación.

El VIH entre los niños

Son pocos los datos obtenidos de vigilancias directas del VIH realizadas en niños. Las encuestas de dispensarios prenatales normalmente capturan datos sobre embarazadas de 15 años en adelante y la mayoría de las encuestas poblacionales nacionales con pruebas del VIH sólo incluyen adultos. Las estimaciones del VIH para los niños se obtienen a través de modelos basados principalmente en la prevalencia del VIH en mujeres adultas (15–49 años), en las tasas de fertilidad y en supuestos respecto de la supervivencia de los niños VIH-positivos (Stover et al., 2006; Stover et al., en imprenta). Esas estimaciones revelan que el número de niños que viven con el VIH en el mundo continúa creciendo de manera sostenida (Figura 2.5).

Se estima que más del 90% de los niños que viven con el VIH contrajeron el virus durante el embarazo, el parto o la lactancia, todas formas de transmisión del VIH que pueden prevenirse. Sólo una pequeña fracción de las infecciones por el VIH en niños son el resultado de inyecciones contaminadas, de la transfusión de sangre o productos sanguíneos infectados, del abuso sexual, de relaciones sexuales (aunque éste es un modo de transmisión importante entre los adolescentes) o de escarificación (Kengeya-Kayondo et al., 1995; Mulder et al., 1996; Hauri, Armstrong y Hutin 2004; Kiwanuka et al., 2004; Schmid et al., 2004).[7]

Como se muestra en la Figura 2.6, las nuevas infecciones en niños alcanzaron un punto máximo entre 2000 y 2002. Se cree que esto se debe principalmente a la estabilización de la prevalencia del VIH entre las mujeres en general y a la cobertura cada vez más amplia de los programas de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH (véase el Capítulo 4).

Se estima que la cifra de niños menores de 15 años infectados con el VIH que fallecieron a causa del sida en 2007 fue de 270 000 [250 000–290 000]; más del 90% de estos niños vivían en

[7] El papel del abuso sexual infantil como fuente de infección por el VIH no está documentado lo suficiente, pero este modo de transmisión es un tema de gran preocupación en países donde tanto el VIH como el abuso sexual infantil constituyen problemas importantes de salud pública.

FIGURA 2.6 Nuevas infecciones por el VIH en niños, 1990-2007

África subsahariana. En los países más afectados —como Botswana y Zimbabwe—, el VIH es la razón subyacente de más de un tercio de todos los fallecimientos de niños menores de cinco años (Mason, 2006). De hecho, sin tratamiento antirretrovírico, el avance de la infección por el VIH en los niños es particularmente agresivo y muchos niños fallecen a temprana edad (Taha et al., 2000; Newell et al., 2004; Brahmbhatt et al., 2006).

Como se ilustra en la Figura 2.7, el número total de fallecimientos por sida en niños alcanzó el punto máximo cerca de 2003 y ha disminuido desde entonces. Esta disminución refleja principalmente la caída en la cantidad de nuevas infecciones en los niños, según se observó antes (representada en la Figura 2.6) y también el incremento en el acceso a la terapia antirretrovírica.

FIGURA 2.7 Niños fallecidos a causa del sida, 1990-2007

FIGURA 2.8 Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años) en África, 2007

África subsahariana

Se estima que, en 2007, 1,9 millones [1,6 millones–2,1 millones] de personas se infectaron con el VIH en África subsahariana, lo que elevó a 22 millones [20,5 millones–23,6 millones] el número de personas que viven con el VIH. Dos tercios (67%) del total mundial de 32,9 millones [30,3 millones-36,1 millones] de personas infectadas con el VIH viven en esta región y tres cuartos (75%) de todos los fallecimientos por sida se produjeron allí.

Tanto en la escala como en el alcance, las epidemias varían en forma significativa de un país a otro de África subsahariana (Figura 2.8). La prevalencia nacional en adultos es inferior al 2% en varios países de África occidental y central, y también en el Cuerno de África, pero en 2007 superó el 15% en siete países de África meridional (Botswana, Lesotho, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe) y el 5% en otros siete países, la mayoría de África central y meridional (Camerún, República Centroafricana, Gabón, Malawi, Mozambique, Uganda y la República Unida de Tanzanía).

Últimas tendencias epidemiológicas

La mayoría de las epidemias de África subsahariana parecen haberse estabilizado, aunque a menudo en niveles muy elevados, particularmente en África meridional. Además, la prevalencia del VIH parece estar en descenso en una cantidad cada vez mayor de países. En comparación con los hombres, las mujeres se ven afectadas de manera desproporcionada en toda la región y las diferencias entre sexos son especialmente marcadas en la prevalencia del VIH entre los jóvenes (Figura 2.9 y Figura 2.10).

En África meridional, las reducciones de la prevalencia del VIH son especialmente impactantes en Zimbabwe, donde la prevalencia entre las mujeres embarazadas atendidas en dispensarios prenatales disminuyó del 26% en 2002 al 18% en 2006 (Ministerio de Salud y Bienestar Infantil de Zimbabwe, 2007).[8] En Botswana, la reducción de la prevalencia del VIH entre las embarazadas de 15 a 19 años de edad (del 25% en 2001 al 18% en 2006) sugiere que la tasa de infecciones podría estar desacelerándose (Ministerio de Salud de Botswana, 2006). Las epidemias en Malawi y

[8] Esta tendencia se trata detalladamente en las ediciones 2006 y 2007 de *Situación de la epidemia de sida*, que puede encontrarse en http://www.unaids.org.

Zambia también parecen haberse estabilizado, en medio de algunas pruebas de cambios favorables en el comportamiento (Heaton, Fowler y Palamuleni, 2006; Sandoy et al., 2007) y señales de disminución de la prevalencia del VIH entre las mujeres que utilizan los servicios prenatales en algunas zonas urbanas (Ministerio de Salud y Población de Malawi, 2005; Ministerio de Salud de Zambia, 2005, Michelo et al., 2006, Comisión Nacional de Sida de Malawi, 2007).

Los datos sobre el VIH obtenidos de dispensarios prenatales de Sudáfrica sugieren que la epidemia podría estar estabilizándose en el país (Departamento de Salud de Sudáfrica, 2007) pero aún no hay indicios de cambios importantes en el comportamiento relacionado con el VIH. Los 5,7 millones [4,9 millones–6,6 millones][9] de sudafricanos que, según se estima, vivían con el VIH en 2007 convierten a ésta en la epidemia de VIH más extendida del mundo. Mientras tanto, el 26% de prevalencia del VIH que presentó Swazilandia en 2006 es la cifra más elevada de prevalencia que se haya documentado en una encuesta poblacional nacional en el mundo (Oficina Central de Estadística de Swazilandia y Macro International Inc., 2007).

La epidemia aún se está extendiendo en Mozambique. En algunas de las provincias de las zonas central y meridional del país, la prevalencia del VIH en adultos ha alcanzado o superado el 20%, mientras que las infecciones continúan aumentando entre los jóvenes (15-24 años) (Consejo Nacional de Combate contra el VIH/sida, 2006).

Después de un marcado descenso registrado en la década de 1990 (Asamoah-Odei, Garcia-Celleja y Boerma, 2004; Kirungi et al., 2006), la prevalencia nacional del VIH en Uganda se ha estabilizado en el 5,4% [5,0%-6,1%]. Sin embargo, no hay indicios de un posible resurgimiento en el comportamiento sexual de adopción de riesgos que pudiera producir un recrudecimiento de la epidemia. Por ejemplo, la proporción de hombres y mujeres adultos que manifestaron haber tenido relaciones sexuales con una persona que no fuera su cónyuge y que no viviera con el encuestado ha aumentado desde 1995 (del 12% al 16% para

[9] Todas las estimaciones del número total de personas que viven con el VIH en un país determinado corresponden a 2007.

FIGURA 2.9 Prevalencia del VIH (%) entre embarazadas atendidas en dispensarios prenatales de África subsahariana, 1997-2007

Nota: Excepto para Sudáfrica (por provincia) y para Swazilandia (por región), el análisis se limita a centros sistemáticos de vigilancia

FIGURA 2.10 Prevalencia del VIH (%) entre jóvenes de 15-24 años de edad, por sexo y por países seleccionados, 2005-2007

las mujeres y del 29% al 36% para los hombres) (Kirungi et al., 2006; Ministerio de Salud de Uganda y ORC Macro, 2006; Oficina Central de Estadística de Uganda y Macro International Inc., 2007).

La mayoría de las epidemias comparativamente pequeñas de VIH de África occidental se mantienen estables o están en descenso, como es el caso de Burkina Faso, Côte d'Ivoire y Malí. En Côte d'Ivoire, la prevalencia del VIH entre embarazadas de las zonas urbanas cayó del 10% en 2001 al 6,9% en 2005 (Ministerio de Salud e Higiene Pública de Côte d'Ivoire y CDC/RETRO-CI/MEASURE Evaluation, 2007). Según la tendencia de la infección por el VIH observada en mujeres atendidas en dispensarios prenatales, la mayor epidemia de África occidental —en Nigeria, el país más populoso del continente— parece haberse estabilizado en el 3,1% [2,3%-3,8%] (Ministerio Federal de Salud de Nigeria, 2006).

Principales vías de transmisión del VIH

El coito heterosexual continúa siendo la fuerza impulsora de la epidemia en África subsahariana. La elevada tasa de transmisión sexual también ha

generado la mayor población mundial de niños que viven con el VIH. No obstante, los datos epidemiológicos recientes han revelado que la epidemia en la región es más heterogénea de lo que se había pensado.

Coito heterosexual asociado a parejas serodiscordantes

Según las encuestas de demografía y salud realizadas en cinco países africanos (Burkina Faso, Camerún, Ghana, Kenya y la República Unida de Tanzanía), dos tercios de las parejas infectadas por el VIH eran serodiscordantes, es decir, sólo uno de los integrantes estaba infectado. Se encontró que el uso de preservativos era poco frecuente: en Burkina Faso, por ejemplo, casi el 90% de las parejas entrevistadas que convivían manifestaron que no habían usado preservativo en la última relación sexual (de Walque, 2007). Un estudio aparte de base comunitaria realizado en Uganda mostró que, entre las parejas heterosexuales serodiscordantes, el integrante no infectado tiene una probabilidad anual estimada del 8% de contraer el VIH (Wawer et al., 2005). Sorprendentemente, en alrededor del 30% al 40% de las parejas serodiscordantes encuestadas, el integrante infectado era la mujer. De hecho, parece que más de la mitad de las mujeres encuestadas que estaban infectadas por el VIH y que estaban casadas o convivían habían contraído la infección de una pareja que no era su pareja actual (de Walque, 2007).

Comercio sexual

El comercio sexual es un factor importante en muchas de las epidemias de VIH en África occidental. Más de un tercio (35%) de las mujeres profesionales del sexo entrevistadas en 2006 en Malí vivían con el VIH (Ministerio de Salud de Malí, 2006), y se han documentado niveles de infección superiores al 20% entre las profesionales del sexo en Senegal (Gomes do Espirito Santo y Etheredge, 2005) y Burkina Faso (Kintin et al., 2004). El comercio sexual cumple un papel importante, pero menos decisivo, en la transmisión del VIH en África meridional, donde una prevalencia de base excepcionalmente elevada resulta en una considerable transmisión del VIH a través de las relaciones sexuales no asociadas al comercio sexual.

Uso de drogas inyectables

El uso de drogas inyectables es, en cierta medida, un factor en varias de las epidemias de VIH de África oriental y meridional, incluido Mauricio, donde el uso de equipos de inyección contaminados es la causa principal de infección por el VIH (Sulliman, Ameerberg y Dhannoo, 2004). En diversos estudios, alrededor de la mitad de los usuarios de drogas inyectables que se sometieron a las pruebas de VIH en las ciudades kenianas de Mombassa (50%) y Nairobi (53%) resultaron VIH-positivos (Odek-Ogunde, 2004).

Relaciones sexuales entre hombres

Varios estudios recientes sugieren que las relaciones sexuales anales sin protección entre hombres quizá sea un factor más importante de lo que comúnmente se cree en la epidemia de África subsahariana. En Zambia, uno de cada tres (33%) hombres encuestados que tienen relaciones sexuales con hombres resultaron VIH-positivos (Zulu, Bulawo y Zulu, 2006). En la ciudad portuaria keniana de Mombassa, el 43% de los hombres que manifestaron haber tenido relaciones sexuales sólo con otros hombres vivían con el VIH (Sanders et al., 2007). Entre los 463 hombres que tenían relaciones sexuales con hombres y que participaron de un estudio en Dakar, Senegal, se encontró una prevalencia del VIH del 22% (Wade et al., 2005).

El papel de las múltiples parejas sexuales concurrentes en la epidemia de VIH

El concepto de parejas sexuales concurrentes ha recibido creciente atención en la bibliografía científica y en los medios de comunicación. La mayoría de los autores define esta concurrencia como "relaciones sexuales que se superponen en el tiempo" (Garnett y Johnson, 1997; Lagarde et al., 2001; Adimora et al., 2003; Adimora et al., 2004; Carael et al., 2004; Helleringer y Kohler, 2007). No obstante, otros han considerado que múltiples parejas en un período breve es una medida sustituta de la concurrencia (Halperin y Epstein, 2007). Hay aspectos importantes que deben tenerse en cuenta para la medición de las relaciones concurrentes, como el tiempo durante el cual esas relaciones con parejas sexuales se superponen, la categorización del número de parejas (más de una, más de cinco, etc.) y la extensión del período durante el que se evalúa la concurrencia (el último mes, los últimos seis meses, el último año, etc.).

Se ha planteado que las parejas concurrentes —junto con la elevada carga vírica durante la infección aguda por el VIH y la baja cantidad de circuncisión masculina— pueden haber contribuido a la rápida propagación y los altos niveles de prevalencia del VIH en África meridional (Halperin y Epstein, 2007).

Los pocos estudios epidemiológicos y de modelización matemática que han investigado la prevalencia de la concurrencia y su efecto en la transmisión del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual han llegado a conclusiones diferentes. Los primeros trabajos de modelización llegaron a la conclusión de que, para el mismo número de parejas por persona, las redes de parejas sexuales que incluyen relaciones concurrentes de pareja generan epidemias de VIH más extensas que las redes sin parejas concurrentes (Morris y Kretzschmar, 1997).

Si bien los científicos y los expertos en prevención concuerdan en que la multiplicidad de parejas sexuales es un factor de riesgo importante en la transmisión del VIH (Malamba et al., 1994; Wawer et al., 1994; McFarland, Mvere y Katzenstein, 1997; Chen et al., 2007; Mishra et al., 2007), el impacto comparativo de las relaciones múltiples concurrentes en comparación con las relaciones múltiples consecutivas en la propagación del VIH es menos claro. Un estudio realizado en cinco ciudades de África subsahariana no encontró asociación entre la concurrencia y el nivel de prevalencia del VIH (Lagarde et al., 2001), y un pequeño estudio realizado en Malawi tampoco encontró ninguna asociación entre la densidad de las redes sexuales y la prevalencia del VIH (Helleringer y Kohler, 2007). Con frecuencia, las múltiples relaciones concurrentes de pareja están relacionadas con la movilidad (incluida la movilidad a causa del trabajo), dado que las personas pueden tener distintas parejas en sus distintos lugares de residencia; además, quienes quedan atrás pueden, a su vez, tener otras parejas (Lurie et al., 2003; Coffee, Lurie y Garnett, 2007).

Para entender la epidemia de VIH, es fundamental entender las redes sexuales. Sin embargo, no queda claro cuál es la contribución de la concurrencia como factor en la infección por el VIH, más allá de lo que signifique tener varias parejas sexuales. Para comprender con claridad el papel que corresponde a la concurrencia en la vinculación

de las redes sexuales y en la propagación del VIH, se necesitan una definición estándar y más investigación. Mientras se espera que se recopilen y analicen nuevos datos sobre la relación entre la concurrencia y la propagación del VIH, los programas de prevención deberían orientarse a reducir la nueva formación de parejas sexuales múltiples, sean concurrentes o no. En los países de África meridional, donde la prevalencia del VIH es extremadamente alta, la realidad actual es que la probabilidad de que la pareja de alguien esté infectada por el VIH es de alrededor de una en cuatro a seis, lo que genera niveles mucho más elevados de exposición al VIH de los que pueden registrarse en cualquier otro lugar del mundo. Esta situación parece ser más importante que el hecho de que las relaciones de pareja concurrentes hayan tenido o no un papel específico en la rápida propagación del VIH durante la década de 1990.

África subsahariana recibe el impacto demográfico más significativo que haya producido el VIH

En el mejor de los casos, la evaluación del impacto demográfico de la epidemia se basaría en datos obtenidos de los certificados de defunción. Sin embargo, en muchos de los países más afectados por la epidemia mundial de sida, esos registros vitales son escasos. Aún allí donde los sistemas de notificación de los fallecimientos funcionan relativamente bien (por ejemplo, en Sudáfrica), las defunciones a causa del sida rara vez se documentan como tales.

FIGURA 2.11 Expectativa de vida en el momento del nacimiento, regiones seleccionadas, 1950-1955 a 2005-2010

Fuente: División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas (2008), World Population Prospects: The 2006 Revision, http://esa.un.org/unpp

En los países con prevalencia elevada del VIH, la expectativa de vida ha descendido, de manera drástica en algunos casos. Se estima que, en África meridional, la expectativa de vida se ha reducido a los niveles observados por última vez en la década de 1950: en la actualidad es inferior a 50 años en la región en general, como se muestra en la Figura 2.11, e inferior a los 40 años en Zimbabwe (OMS, 2006). Los sostenidos avances logrados en la expectativa de vida en África oriental desde comienzos de la década de 1950 se estancaron a fines de la década de 1980, aunque se espera que la disminución en las prevalencias del VIH en algunos de los países de esta subregión genere un aumento de la expectativa de vida. En cambio, las epidemias de VIH comparativamente pequeñas de Europa occidental y Asia casi no afectaron las tendencias en la expectativa de vida en esas regiones.

FIGURA 2.12 Cambios en la estructura de la población: Ghana y Lesotho

Fuente: División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas (2008), World Population Prospects: The 2006 Revision, http://esa.un.org/unpp

En África meridional, la combinación de los efectos de fallecimiento prematuro y menor fertilidad entre las mujeres VIH-positivas ha generado una disminución en las tasas de crecimiento demográfico y ha cambiado radicalmente la estructura de la población. En un país con prevalencia elevada como Lesotho, los grupos más afectados por el VIH son los bebés y niños pequeños, y el grupo de 30 a 50 años de edad. Normalmente, este último grupo constituye la porción más importante de la población económicamente activa y responsable de la crianza de los niños. Por el contrario, la pirámide poblacional en Ghana, donde los niveles de infección por el VIH son mucho más bajos, refleja una estructura más convencional en un país de ingresos bajos (Figura 2.12).

En Sudáfrica, el total de fallecimientos (por todas las causas) aumentó en un 87% entre 1997 y 2005 (Estadísticas de Sudáfrica, 2005; Estadísticas de Sudáfrica, 2006). Durante este período, las tasas de mortalidad han ascendido a más del triple para las mujeres de 20 a 39 años y más del doble para los hombres de 30 a 44, y se cree que al menos el 40% de esos fallecimientos son atribuibles al VIH (Dorrington et al., 2001; Bradshaw et al., 2004; Actuarial Society of South Africa, 2005; Consejo de Investigación Médica, 2005; Anderson y Phillips, 2006). La tasa de crecimiento demográfico en el país descendió del 1,25% en 2001-2002 a apenas más que el 0,97% en 2006-2007 (Estadísticas de Sudáfrica, 2007).

En Zimbabwe oriental, el impacto demográfico resultó más agudo de lo previsto a comienzos de la década de 1990. Debido a los efectos de la infección por el VIH en la fertilidad, la mortalidad precoz y el comportamiento, la fertilidad total es, hoy en día, un 8% menor de lo que habría podido esperarse sin una epidemia de VIH. En las zonas que sufrieron el mayor impacto (ciudades con prevalencia del VIH del 33% en 1998-2005), la tasa de crecimiento demográfico actualmente es inferior a lo que habría sido sin la epidemia (del 1% en vez del 2,9%) (Gregson et al., 2007). Según los registros parroquiales, entre 1991 y 2003, las tasas de mortalidad se triplicaron en Namibia septentrional (Timaeus y Siiskonen, 2004).

Mientras tanto, el número estimado de huérfanos maternos, paternos y dobles a causa del sida en Malawi, Sudáfrica y la República Unida de Tanzanía ascendió de 1,2 millones en 2001 a 2,9 millones en 2007. No obstante, un estudio reciente no encontró pruebas de un aumento en la prevalencia de niños como cabezas de familia en estos tres países (Hosegood et al., 2007), lo que sugiere que, excepto una pequeña minoría de niños huérfanos, todos están siendo absorbidos por parientes, la comunidad y otras redes de apoyo.

Fuera de África subsahariana, el impacto demográfico tiende a ser menos grave porque la prevalencia del VIH es comparativamente menor. Aún así, en el Caribe, el sida es una de las principales causas de muerte en adultos entre 15 y 44 años de edad (Centro Epidemiológico del Caribe, OPS y OMS, 2004).

FIGURA 2.13 Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años) en Asia, 2007

Asia

Alrededor de 5,0 millones [4,1 millones–6,2 millones] de personas vivían con el VIH en Asia en 2007, incluidas las 380 000 [200 000-650 000] que se infectaron ese mismo año. Aproximadamente 380 000 [270 000–490 000] fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida. Los niveles nacionales de infección por el VIH son más elevados en Asia sudoriental (Figura 2.13), donde las tendencias de la epidemia son dispares.

Últimas tendencias epidemiológicas

Las epidemias en Camboya, Myanmar y Tailandia muestran una disminución en la prevalencia del VIH. En Camboya, la prevalencia nacional del VIH descendió del 2% en 1998 a alrededor del 0,9% en 2006 (Centro Nacional del VIH/Sida, Dermatología e ITS, 2007). Sin embargo, las epidemias en Indonesia (especialmente en la provincia de Papua), Pakistán y Viet Nam están creciendo a ritmo acelerado. Se estima que, en Viet Nam, el número de personas que viven con el VIH se elevó a más del doble entre 2000 y 2005 (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2005). Las nuevas infecciones por el VIH también aumentan en forma constante, aunque a un ritmo más lento, en países densamente poblados como Bangladesh y China.

Principales vías de transmisión del VIH

Las diversas vías de transmisión del VIH hacen que la epidemia en Asia sea una de las más heterogéneas.

Uso de drogas inyectables

El uso de drogas inyectables constituye un factor de riesgo importante en las epidemias de varios países asiáticos. Se cree que apenas menos de la mitad de las personas que vivían con el VIH en China en 2006 se infectaron por utilizar equipos de inyección contaminados (Lu et al., 2006; Ministerio de Salud de China, 2006). Se han detectado altos niveles de infección entre los usuarios de drogas inyectables en el nordeste de India y en varias grandes ciudades fuera de esta región, incluida Tamil Nadu, donde, según se estima, el 24% de los consumidores de drogas estaban infectados en 2006 (Instituto Nacional de Salud y Bienestar Familiar y Organización Nacional para el Control del Sida, 2007). El uso de equipos de inyección contaminados (junto con las relaciones sexuales sin protección entre los usuarios de drogas inyectables y sus parejas habituales) es también la fuerza impulsora de la epidemia en Viet Nam (Tuang et

FIGURA 2.14 Prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres profesionales del sexo en Pakistán, 2004-2007*

Fuente: Ministerio de Salud de Pakistán. Vigilancia de segunda generación del VIH en Pakistán, Informe Nacional rondas I y II.

al., 2007) y en Malasia, donde más de dos tercios de las infecciones por el VIH hasta la fecha se han producido entre usuarios de drogas inyectables (Reid, Kamarulzaman y Sran, 2007).

Superposición del comercio sexual y el uso de drogas inyectables

Un número cada vez mayor de mujeres se inyecta drogas en China y, de éstas, una proporción considerable (alrededor del 56% en algunas ciudades) también venden sexo (Choi, Cheung y Chen, 2006; Liu et al., 2006). Muchos hombres usuarios de drogas inyectables también compran sexo y, con frecuencia, no utilizan preservativos (Hesketh et al., 2006). En una encuesta realizada en Viet Nam en 2005-2006, por ejemplo, entre el 20% y el 40% de los usuarios de drogas inyectables (según la zona encuestada) manifestaron que habían pagado por tener relaciones sexuales en los 12 meses anteriores, y hasta el 60% expresaron que normalmente tenían relaciones sexuales con una pareja estable. Entre el 16% y el 36% informaron que usaban preservativos de manera sistemática con sus parejas habituales (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2006). La superposición del uso de drogas inyectables y el comercio sexual también representa un fenómeno que comienza a ser preocupante en India y Pakistán (Chandrasekaran et al., 2006; Ministerio de Salud de Pakistán, 2006). En la Figura 2.14 se muestra un ejemplo de la

complejidad en la dinámica de la transmisión para Pakistán.

La Figura 2.15 proyecta los efectos a largo plazo de la intersección entre el uso de drogas inyectables y el comercio sexual en Yakarta, Indonesia, una metrópolis en la que alrededor de 40 000 personas se inyectan drogas (Comisión sobre Sida en Asia, 2008). Si bien el desencadenante de la epidemia fue la transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectables, unos 15 años después, este grupo ya no representa la mayoría de las personas infectadas con el VIH. En Indonesia, la epidemia se propaga velozmente hacia las redes de comercio sexual (Estadística de Indonesia y Ministerio de Salud de Indonesia, 2006; Ministerio de Salud de Indonesia y Estadísticas de Indonesia, 2007).

El último brote de VIH se produjo en Afganistán, donde ahora también se inyectan narcóticos (normalmente, el opio se inhalaba o se ingería) (ONUDD, 2005). En Kabul, el 3% de los usuarios de drogas inyectables encuestados eran VIH-positivos, aunque este número bien puede crecer dado que la mitad de quienes participaron en la encuesta manifestaron haber compartido agujas o jeringas (Todd et al., 2007).

Comercio sexual

Las relaciones sexuales sin protección (remuneradas o de cualquier otro tipo) representan el factor de riesgo más importante para la propagación del VIH en varias partes de Asia. Las mujeres y niñas víctimas del tráfico sexual enfrentan riesgos especialmente elevados de infección por el VIH. Entre las mujeres sometidas a la explotación sexual que habían sido repatriadas a Nepal se encontró que la prevalencia del VIH era del 38%, mientras que hasta la mitad de las mujeres y niñas traficadas a Mumbai, India, a las que se hizo la prueba del VIH resultaron VIH-positivas (Silverman et al., 2006; Silverman et al., 2007). En el Estado de Karnataka, India, se encontró una prevalencia del VIH del 16% entre las profesionales del sexo que operaban en su domicilio, del 26% entre las profesionales que ejercían en la calle y del 47% entre las que trabajaban en prostíbulos (Ramesh et al., 2006).

En algunos países cuyas epidemias son impulsadas por el comercio sexual, el número de infecciones está disminuyendo debido, en parte, a un aumento en el uso de preservativos durante las relaciones sexuales remuneradas. En Camboya,

FIGURA 2.15 Número total proyectado de infecciones por el VIH en diversos grupos poblacionales en Yakarta, Indonesia, 2000-2020

Fuente: Proyecciones del Modelo de la Epidemia Asiática mediante el uso de datos de Yakarta.

por ejemplo, la disminución en la prevalencia del VIH se produjo al mismo tiempo que el uso sistemático de preservativos se elevó del 53% en 1997 al 96% en 2003 en Battambang, Kampong Cham, Phnom Penh, Siem Reap, y Sihanoukville (Gorbach et al., 2006). La prevalencia del VIH entre profesionales del sexo descendió en forma significativa —del 46% en 1998 al 21% en 2003— entre quienes operaban en prostíbulos, y del 44% al 8% —durante el mismo período— entre profesionales del sexo mayores de 20 años (Ministerio de Salud de Camboya, 2006). Tendencias similares se observaron en Tailandia y Tamil Nadu (en India meridional) durante la década pasada.

La grave epidemia en curso en la provincia de Papua, Indonesia, es algo anómala en Asia, dado que la transmisión del VIH parece deberse principalmente tanto a las relaciones sexuales sin protección con una pareja habitual como a las relaciones sexuales remuneradas. Una encuesta poblacional a nivel provincial realizada en 2006 arrojó una prevalencia del VIH en adultos del 2,4% (2,9% entre los hombres y 1,9% entre las mujeres). Dado que sólo el 14% de los hombres que compran sexo manifiestan que usan preservativos durante las relaciones sexuales con profesionales del sexo (Ministerio de Salud de Indonesia y Estadísticas de Indonesia, 2007), no sorprende que se hayan encontrado niveles elevados de infección por el VIH (14%-16%) entre profesionales del sexo en algunas partes de la provincia (Comisión Nacional del Sida de Indonesia, 2006).

Coito heterosexual

Si bien las relaciones sexuales remuneradas en Camboya ahora son menos peligrosas, los cónyuges y parejas habituales de las personas infectadas durante las relaciones sexuales remuneradas actualmente representan un porcentaje creciente de nuevas infecciones (Centro Nacional para el VIH/Sida, Dermatología e ITS, 2004). En forma semejante, la epidemia de Tailandia ha disminuido pero se ha vuelto más heterogénea (Over et al., 2007) y el VIH está afectando cada vez a más personas tradicionalmente consideradas en menor riesgo de contraer la infección. En 2005, alrededor del 43% de las nuevas infecciones se produjeron entre mujeres, la mayoría de las cuales se contagiaron a través de sus esposos o de parejas que habían tenido relaciones sexuales sin protección o que habían utilizado equipos de inyección contaminados (OMS, 2007). En India, una proporción significativa de mujeres con VIH se infectaron a través de parejas habituales que habían pagado para tener relaciones sexuales (Lancet, 2006).

Relaciones sexuales entre hombres

Al igual que en la mayoría de las demás regiones del mundo, el coito anal sin protección entre hombres constituye un factor potencialmente significativo aunque poco investigado en las epidemias de VIH en Asia. En Bangkok, la prevalencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres ascendió del 17% en 2003 al 28% en 2005 (van Griensven et al., 2006), y se estima que hasta una de cada cinco (21%) de las nuevas infecciones producidas en Tailandia en 2005 podían atribuirse a las relaciones sexuales sin protección entre hombres (Gouws et al., 2006). Se ha estimado que en la epidemia más joven de China, hasta el 7% de las infecciones por el VIH podrían atribuirse a las relaciones sexuales sin protección entre hombres (Lu et al., 2006).

Los profesionales masculinos del sexo enfrentan un riesgo especialmente elevado de contraer la infección por el VIH. En Viet Nam, uno de cada tres (33%) profesionales masculinos del sexo reclutados de más de 70 lugares de la ciudad de Ho Chi Minh resultaron VIH-positivos (Nguyen et al., en imprenta). Algunos estudios anteriores realizados durante esta década documentaron elevados niveles de infección por el VIH entre profesionales del sexo transexuales de Yakarta, Indonesia, y Phnom Penh, Camboya, en 2003 (Girault et al., 2004; Pisani et al., 2004).

FIGURA 2.16 Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años) en Europa oriental y Asia central, 2007

Europa oriental y Asia central

El número estimado de personas que viven con el VIH en Europa oriental y Asia central se elevó a 1,5 millones [1,1 millones-1,9 millones] en 2007. De las personas infectadas, casi el 90% viven en la Federación de Rusia (69%) o en Ucrania (29%). Se estima que 110 000 [67 000-180 000] personas de esta región se infectaron con el VIH en 2007, mientras que unas 58 000 [41 000-88 000] fallecieron a causa del sida.

Últimas tendencias epidemiológicas

La epidemia de VIH en la Federación de Rusia (la más extensa ya en esta región) continúa creciendo, aunque aparentemente a un ritmo más lento que en Ucrania, donde la cantidad de diagnósticos anuales de VIH se ha elevado a más del doble desde 2001 (Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones, 2006, EuroHIV, 2007a). Las cifras anuales de nuevos casos comunicados de diagnósticos de VIH también están en aumento en Azerbaiyán, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, la República de Moldavia, Tayikistán y Uzbekistán, que en este momento padece la mayor epidemia de Asia central.

Principales vías de transmisión del VIH

Cada una de las epidemias de VIH de esta región se concentra en gran parte entre usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo y sus diversas parejas sexuales.

Uso de drogas inyectables

De los nuevos casos de VIH informados en esta región en 2006 para los cuales se cuenta con información sobre el modo de transmisión, alrededor del 62% se atribuyeron al uso de drogas inyectables.[10] En la Federación de Rusia, la prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables varía entre el 3% en Volgograd y más del 70% en Biysk (Instituto Científico y de Investigación Epidemiológica Pasteur, 2005). La prevalencia también es elevada entre usuarios de drogas inyectables en Ucrania. Entre los miembros de este grupo encuestados en estudios nacionales de diagnóstico, la prevalencia aumentó del 11% en 2001 al 17% en 2006 (EuroHIV, 2007); además, se encontró una prevalencia local del VIH que alcanzó el 63% (Ministerio de Salud de Ucrania, 2007). Se han detectado niveles elevados de infección entre usuarios de drogas inyectables en Tashkent, Uzbekistán (30%, 2003–2004)

[10] Los casos de VIH documentados oficialmente representan sólo a aquellas personas que han estado en contacto directo con el sistema de notificación del VIH del país. El número real de personas infectadas es considerablemente más alto.

(Sanchez et al., 2006; EuroHIV, 2007a); en Zlobin, Belarús (52%) (EuroHIV, 2007a); y en Kazajstán (Ministerio de Salud de Kazajstán et al., 2005).[11]

Superposición del comercio sexual y el uso de drogas inyectables

La superposición de comercio sexual y uso de drogas inyectables cumple un papel destacado en la epidemia de la región. Por ejemplo, el 39% de las profesionales del sexo mujeres en el Óblast de Samara, Federación de Rusia (Servicios Internacionales de Población, 2007), el 37% en un estudio realizado en San Petersburgo (Benotsch et al., 2004) y hasta el 30% de los profesionales del sexo que participaron en otros estudios (Rhodes et al., 2004) manifestaron haberse inyectado drogas. En ningún lugar de esta región, las epidemias de VIH alcanzaron una etapa en la que pudieran evolucionar independientemente de la transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectables y profesionales del sexo.

Coito heterosexual

A medida que las epidemias de la región evolucionan, la proporción de mujeres infectadas con el VIH está en aumento. Alrededor del 40% de los nuevos casos de VIH registrados en 2006 en Europa oriental y Asia central correspondió a mujeres (EuroHIV, 2007a). En varias regiones de Ucrania central y oriental se informó una prevalencia del VIH excepcionalmente alta entre embarazadas. Tres regiones grandes y densamente pobladas informaron una prevalencia del VIH entre embarazadas que superaba el 1%, incluidos el Óblast de Odesa, el Óblast de Kiev y el Óblast de Mykolaev (Ministerio de Salud de Ucrania, 2008). La mayoría de estas mujeres probablemente contrajeron la infección durante relaciones sexuales con parejas infectadas por el uso de equipos contaminados de inyección de drogas (Scherbinska, 2006; EuroHIV, 2007a). Se estima que, en toda la región, alrededor del 35% de las mujeres VIH-positivas se infectaron mediante el uso de equipos de inyección contaminados y alrededor del 50% contrajeron el virus durante relaciones sexuales sin protección con parejas que se inyectaban drogas (EuroHIV, 2006a).

Relaciones sexuales entre hombres

En 2006, menos del 1% de los nuevos casos de VIH registrados (para los que se conocía el modo de transmisión) se atribuyeron a las relaciones sexuales sin protección entre hombres (EuroHIV 2007a). Probablemente se haya subestimado la importancia de esta vía de transmisión del virus. En la Federación de Rusia, la prevalencia del VIH encontrada en 2006 en este grupo de población osciló entre el 0,9% en Moscú (Smolskaya et al., 2004; Smolskaya, 2006) y el 9% en Nizhni Novgorod (Ladnaya, 2007). En un estudio realizado en Tashkent, Uzbekistán, en 2005, en hombres que tenían relaciones sexuales con hombres, el 11% resultó VIH-positivo (Ministerio de Salud de Uzbekistán, 2007), al igual que el 5% de sus pares en un estudio que se realizó en Georgia (EuroHIV, 2006b).

Caribe

Se estima que, en 2007, unas 230 000 [210 000-270 000] personas vivían con el VIH en el Caribe (alrededor de tres cuartos de estas personas en la República Dominicana y Haití), que unas 20 000 [16 000-25 000] personas se infectaron con el VIH en esta región y que unas 14 000 [11 000-16 000] fallecieron a causa del sida.

Últimas tendencias epidemiológicas

Los sistemas de vigilancia del VIH empleados en varios países del Caribe son todavía inadecuados, pero la información disponible indica que la mayoría de las epidemias de la región parecen haberse estabilizado, en tanto unas pocas se han reducido en las zonas urbanas. Esta tendencia es particularmente notable en la República Dominicana y Haití. En la República Dominicana, por ejemplo, la prevalencia del VIH descendió del 1,0% en 2002 a alrededor del 0,8% en 2007 (Centro de Estudios Sociales y Demográficos, 2007).

Principales vías de transmisión del VIH

En el Caribe, la principal vía de transmisión del VIH es el coito heterosexual sin protección, remunerado

[11] No todos los países de esta región emplean la misma definición de "usuarios de drogas inyectables" o de "hombres que tienen relaciones sexuales con hombres". Por lo tanto, este tipo de datos de la prevalencia no son necesariamente comparables entre los diferentes países.

FIGURA 2.17 Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años) en el Caribe, 2007

o de cualquier otro tipo. No obstante, las relaciones sexuales entre hombres, aunque en general negadas por la sociedad, constituyen también un factor significativo en varias epidemias nacionales.

Coito heterosexual

En Haití, país que padece la mayor epidemia del Caribe, la prevalencia del VIH entre embarazadas atendidas en dispensarios prenatales disminuyó del 5,9% en 1996 al 3,1% en 2004 (Gaillard et al., 2006) y ha permanecido estable desde entonces (Ministerio de Salud Pública y de Población, 2007). Pese a que los cambios positivos en el comportamiento parecen haber sido, al menos en parte, responsables de este descenso (Cayemittes et al., 2006; Gaillard et al., 2006; Hallett et al., 2006), se han documentado niveles importantes de comportamientos de alto riesgo en las zonas rurales de Haití y entre los jóvenes (Cayemittes et al., 2006; Centro de Evaluación e Investigación Aplicada y Family Health International, 2006; Gaillard et al., 2006).

Comercio sexual

La prevalencia del VIH ha disminuido en la República Dominicana y las encuestas han revelado que son más los profesionales del sexo que están protegiéndose (y protegiendo a sus clientes) contra la infección por el VIH, en especial en los principales centros turísticos y urbanos (Kerrigan et al., 2006). Entre las profesionales del sexo mujeres, se han documentado prevalencias del VIH del 9% en Jamaica y del 31% en Guyana (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana, 2005, Allen et al., 2006; Gebre et al., 2006; Gupta et al., 2006, Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Relaciones sexuales entre hombres

Una de cada ocho (12%) infecciones por el VIH notificadas en la región se produjeron a través de relaciones sexuales sin protección entre hombres (Comisión Caribeña de Salud y Desarrollo, 2005; Inciardi et al., 2005). Las relaciones sexuales entre hombres constituyen la principal vía de transmisión del VIH en Cuba —donde el 80% de

todos los casos de VIH notificados corresponden a hombres (Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/Sida, 2006)— y en Dominica, donde casi tres cuartos (71%) de las 319 infecciones por el VIH informadas hasta la fecha se han producido en hombres (Ministerio de Salud y Seguridad Social de Dominica, 2007). Algunos estudios han hallado una prevalencia del 20% entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Trinidad y Tobago (Lee et al., 2006), del 21% en la Región de Guyana (Ministerio de Salud de Guyana, 2005) y del 11% en la República Dominicana (Toro-Alfonso y Varas-Díaz, 2008).[12]

América Latina

En esta región, el total estimado de nuevas infecciones por el VIH en 2007 fue de 140 000 [88 000-190 000] y, en consecuencia, el número de personas que viven con el VIH asciende a 1,7 millones [1,5 millones-2,1 millones]. Según las estimaciones, aproximadamente 63 000 [49 000-98 000] personas fallecieron a causa del sida durante el pasado año.

Últimas tendencias epidemiológicas

Los niveles generales de infección por el VIH en América Latina apenas han variado durante la última década.

Principales vías de transmisión del VIH

La transmisión del VIH en esta región se da principalmente entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo y, en menor medida, entre usuarios de drogas inyectables.

Relaciones sexuales entre hombres

Se ha documentado una elevada prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en varios países:

- 18%–22% en Perú, en estudios realizados entre 1996 y 2002 (Ministerio de Salud de Perú, 2006; Sanchez et al., 2007);
- 14% en Buenos Aires, Argentina, en 2000-2001 (Pando et al., 2006);
- 22% en Montevideo, Uruguay (Montano et al., 2005);

FIGURA 2.18 Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años) en América Latina, 2007

[12] Dado que el nivel y la naturaleza de los comportamientos de riesgo vinculado al VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres a veces difieren de un estudio a otro, las comparaciones directas entre este tipo de datos sobre la prevalencia no necesariamente son válidas.

- 15% en cuatro ciudades bolivianas y en Quito, Ecuador (Montano et al., 2005); y
- 10%–25% en algunas ciudades de Colombia (Mejía et al., 2006; Ministerio de la Protección Social de Colombia y ONUSIDA Grupo Temático, 2006).

La investigación ha develado epidemias ocultas de VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en varios países centroamericanos, incluidos Belice, México, Nicaragua y Panamá (Magis et al., 2006; Soto et al., 2007). Más de la mitad (57%) de los diagnósticos de VIH realizados hasta la fecha en México han sido atribuidos a las relaciones sexuales sin protección entre hombres (Bravo-Garcia, Magis-Rodríguez y Saavedra, 2006). En esos países (a excepción de Panamá), entre un cuarto y un tercio de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también tienen relaciones sexuales con mujeres y, entre el 30% y el 40% de esos hombres manifestaron que habían tenido relaciones sexuales sin protección tanto con hombres como con mujeres durante el mes anterior (Soto et al., 2007).

Comercio sexual

En toda América del Sur, los niveles de infección por el VIH entre mujeres profesionales del sexo tienden a ser mucho más bajos que los registrados entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (Bautista et al., 2006a). Se encontró una prevalencia del VIH del 10% entre las profesionales del sexo en Honduras, del 4% en Guatemala y del 3% en El Salvador (Soto et al., 2007) Sin embargo, indicios recientes señalan una marcada disminución de la prevalencia entre mujeres profesionales del sexo en Honduras, donde los esfuerzos de promoción del uso de preservativos se intensificaron en los últimos años. (Secretaría de Salud de Honduras et al., 2007a; Secretaría de Salud de Honduras et al., 2007b).

Uso de drogas inyectables

La transmisión del VIH como resultado del uso de drogas inyectables aún sigue siendo importante en varias de las epidemias de América del Sur. A nivel regional, esta vía de transmisión parece ser responsable de un número menor de nuevas infecciones que el registrado anteriormente. En Argentina, el uso de drogas inyectables representó sólo alrededor del 5% de las nuevas infecciones por el VIH en Buenos Aires entre 2003 y 2005 (Cohen, 2006), y los niveles de infección por el VIH entre los usuarios de drogas inyectables descendieron en algunas ciudades brasileñas (Fonseca et al., 2006; Okie, 2006; Rossi et al., 2006). La transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables en las capitales de Paraguay (12% de VIH-positivos en diversas encuestas) y de Uruguay (19% de VIH-positivos) ha sido notable

FIGURA 2.19 Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años)en América del Norte y Europa occidental y central, 2007

(IDES et al., 2005; Programa Nacional del Sida de Paraguay, 2006).

Coito heterosexual

Cifras cada vez mayores de mujeres se infectan en varios países de la región, entre ellos, Argentina, Brasil, Perú y Uruguay (Ministerio de Salud de Perú, 2005, Programa Nacional de Lucha contra el Sida de Argentina, 2005; Cohen, 2006; Martínez et al., 2006; Dourado et al., 2007). En Uruguay, por ejemplo, se cree que las relaciones sexuales sin protección (en su mayoría heterosexuales) contribuyen con alrededor de los dos tercios de los nuevos casos de VIH notificados (Montano et al., 2005). La mayoría de las mujeres se infectan a través de sus parejas sexuales masculinas, que habían contraído el VIH durante relaciones sexuales sin protección con otro hombre o del uso de equipos de inyección de drogas contaminados (Ministerio de Salud de Perú, 2005; Cohen, 2006; Silva y Barone, 2006).

América del Norte, Europa occidental y central

Se estima que, de los 2,0 millones [1,4 millones–2,8 millones] de personas que vivían con el VIH en América del Norte y en Europa occidental y

FIGURA 2.20 Nuevas infecciones por el VIH diagnosticadas en usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, por país y por año de notificación, 2002-2006

(1) Organismo Canadiense de Salud Pública. HIV and AIDS in Canada. Selected Surveillance Tables to June 30, 2007. División de Vigilancia y Evaluación de Riesgos, Centro para la Prevención y el Control de Enfermedades Infecciones, Organismo Canadiense de Salud Pública, 2007. (2) Epidemiologisches Bulletin (5. Oktober 2007/ Sonderausgabe B aktuelle daten und informationen zu infektionskrankheiten und public health). (3) Grupo de Colaboración del Reino Unido de Vigilancia del VIH y las ITS. Testing Times. HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom: 2007. Londres: Organismo de Protección de la Salud, Centro de Infecciones. Noviembre de 2007. (4) EuroHIV. HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2006. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2007. No. 75. (5) EuroHIV. HIV/AIDS surveillance in Europe: Mid-year report 2007. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2007. No. 76.

central en 2007, viven en los Estados Unidos de América alrededor de 1,2 millones [690 000-1,9 millones]. En esas regiones en conjunto, 81 000 [30 000-170 000] personas se infectaron con el VIH en 2007. Comparativamente, fueron pocas —31 000 en un intervalo de 16 000-67 000— las personas que fallecieron a causa del sida el año pasado.

Últimas tendencias epidemiológicas

En América del Norte, las cifras anuales de nuevos diagnósticos de VIH han permanecido relativamente estables en los últimos años, pero el acceso al tratamiento antirretrovírico ha generado un incremento en el número estimado de personas que viven con el VIH (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2006; Centros Estadounidenses para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2007).[13] En Europa occidental,

[13] Este análisis se basa principalmente en los diagnósticos de VIH comunicados. Una limitación significativa de utilizar los diagnósticos anuales de VIH para supervisar la epidemia es que este indicador no refleja la incidencia total (ya que puede incluir infecciones que se produjeron varios años antes) y sólo tiene en cuenta a las personas que se han sometido a la prueba. Por consiguiente, las tendencias del VIH basadas en los casos notificados pueden estar sesgadas por cambios en la aceptación de las pruebas o en el patrón de notificación. En la medida de lo posible, el presente análisis alerta a los lectores de los casos en que se han producido tales cambios.

los nuevos diagnósticos están en aumento, como ocurre también con el número total de personas que viven con el VIH (esto último también debido al acceso generalizado al tratamiento antirretrovírico).

Principales vías de transmisión del VIH

Estos países de ingresos altos padecen epidemias heterogéneas, aunque sus perfiles epidemiológicos se diversificaron a medida que la epidemia evolucionó. Por lo general, los casos de nuevas infecciones generadas por el uso de drogas inyectables son menos que antes.

Relaciones sexuales entre hombres

Las relaciones sexuales sin protección entre hombres continúa siendo la vía principal de transmisión del VIH tanto en Canadá como en los Estados Unidos (el 40% de los nuevos diagnósticos en Canadá en 2006 y el 53% en los EE.UU. en 2005) (Organismo Público de Salud de Canadá, 2007; Centros Estadounidenses para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2007). Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres continúan siendo el grupo poblacional más expuesto al riesgo de contraer el VIH en los países de Europa occidental. De hecho, el número de nuevos diagnósticos de VIH atribuidos a las relaciones sexuales sin protección entre hombres ha ascendido drásticamente en los últimos años en Europa occidental; este aumento parece estar asociado con los incrementos informados de relaciones sexuales sin protección entre hombres en varios países (Dodds et al., 2004; Balthasar, Jeannin y Dubois-Arber 2005; Moreau-Gruet, Dubois-Arber y Jeannin, 2006; Hamouda et al., 2007) En Alemania, por ejemplo, el número de nuevos diagnósticos de VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se incrementó en un 96% (a 1370) entre 2002 y 2006 (Instituto Robert Koch, 2007).

Coito heterosexual

Alrededor de un tercio (32%) de los nuevos casos de infección por VIH y de sida diagnosticados en los Estados Unidos en 2005 eran atribuibles al coito heterosexual de alto riesgo (Centros Estadounidenses para el Control y la Prevención de enfermedades, 2007), al igual que el 33% de las nuevas infecciones producidas en 2006 en Canadá. Sin embargo, en este país, una proporción muy importante de esas infecciones ocurrieron en personas nacidas en países con elevada prevalencia del VIH (principalmente en África subsahariana y el Caribe) (Boulos et al., 2006; Organismo de Salud Pública del Canadá, 2007). Se observó una situación similar en Europa occidental, donde el coito heterosexual sin protección fue responsable de la mayor parte (42%) de los nuevos casos de diagnóstico del VIH en Europa occidental en 2006 (en comparación con el 29% atribuido a las relaciones sexuales sin protección entre hombres). El coito heterosexual sin protección es la vía de transmisión más importante comunicada en la mayoría de los países de Europa central, a excepción de Estonia, Letonia, Lituania y Polonia, donde la vía principal es el uso de drogas inyectables, y de Croacia, la República Checa, Hungría y Eslovenia, donde la vía principal son las relaciones sexuales sin protección entre hombres (Hamers, 2006; Rosinska, 2006; Brucková et al., 2007; EuroHIV, 2007a).

Uso de drogas inyectables

La transmisión por el uso múltiple de equipos de inyección contaminados es la causa del 18% de los nuevos casos de diagnóstico de VIH en los Estados Unidos (2005) y del 19% en Canadá (2006) (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2007; Centros Estadounidenses para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2007). En Europa occidental, la proporción de diagnósticos de VIH relacionados con el uso de equipos de inyección contaminados en 2006 fue disminuyendo (6%) (EuroHIV, 2007b). En Dinamarca y los Países Bajos, el número de nuevos diagnósticos del VIH entre usuarios de drogas inyectables descendió, respectivamente, en un 72% y un 91% en el período 2002-2006 (EuroHIV, 2007b). Los nuevos diagnósticos de VIH entre usuarios de drogas inyectables también han disminuido en Europa central (EuroHIV, 2007b).

FIGURA 2.21 Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años) en Oriente Medio y África del Norte, 2007

Oriente Medio y África del Norte

La limitada información sobre el VIH disponible para el Oriente Medio y África del Norte indica que alrededor de 380 000 [280 000-510 000] personas vivían con el VIH en 2007, incluidas las 40 000 [20 000-66 000] personas infectadas con el virus el año anterior.

Últimas tendencias epidemiológicas

A excepción de Sudán, las epidemias en esta región son comparativamente pequeñas.

Principales fuentes de transmisión del VIH

Son diversas las combinaciones de factores de riesgo que se asocian con la epidemia, entre las más importantes pueden mencionarse las relaciones sexuales remuneradas sin protección y el uso de equipos contaminados de inyección de drogas (Obermeyer, 2006).

Uso de drogas inyectables

La República Islámica de Irán padece una grave epidemia relacionada con la droga, con una prevalencia del VIH documentada entre usuarios de drogas inyectables hombres que utilizan los servicios de acogida y consulta o de tratamiento para las adicciones en Teherán que oscila entre el 15% y el 23% (Zamani et al., 2005; Zamani et al., 2006). La exposición a equipos contaminados de inyección de drogas también constituye la vía principal de transmisión del VIH en la Jamahiriya Árabe Libia y en Túnez, y aparece como factor importante en las epidemias de Argelia, Marruecos y la República Árabe Siria (Kilani et al., 2003; Ministerio de Salud y Educación Médica de Irán, 2005; Mimouni y Remaoun, 2006; Obermeyer, 2006).

Superposición del comercio sexual y el uso de drogas inyectables

Es posible que la combinación del uso de drogas inyectables y el comercio sexual esté facilitando la propagación del VIH en Argelia, Egipto, Líbano y la República Árabe Siria, donde un tercio o más de los usuarios de drogas inyectables encuestados manifestaron haber comprado o vendido sexo hacía poco tiempo. En la República Árabe Siria,

más de la mitad (53%) de los consumidores de drogas entrevistados en un estudio dijeron que vendían sexo, y el 40% de esos usuarios manifestaron que nunca usaban preservativos (Ministerio de Salud de Siria et al., 2007).

Coito heterosexual

El coito heterosexual sin protección es el factor principal en la epidemia de Sudán —la más extensa de la región—, con una prevalencia del VIH en adultos en 2007 estimada en el 1,4% [1,0%-2,0%]. En otros países, la cantidad de diagnósticos de VIH en mujeres está en aumento; la mayoría de estas mujeres han sido infectadas por sus maridos o sus novios, que contrajeron el VIH al inyectarse drogas o durante relaciones sexuales remuneradas. En Marruecos, por ejemplo, un tercio (33%) de las mujeres a las que se diagnosticó sida estaban casadas (Ministerio de Salud de Marruecos, 2007).

Relaciones sexuales entre hombres

Aunque enfrentan el rechazo social y la censura oficial en toda la región, las relaciones sexuales sin protección entre hombres probablemente constituyan un factor en varias de las epidemias de la región. Un estudio reciente llevado a cabo en Egipto, por ejemplo, encontró que el 6,2% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres estaban infectados por el VIH (Ministerio de Salud de Egipto et al., 2006), mientras que en el Estado de Khartoum, Sudán, la prevalencia encontrada para el mismo grupo fue del 9% (Elrashied, 2006).

Oceanía

Se estima que, en total, 74 000 [66 000-93 000] personas vivían con el VIH en Oceanía en 2007, de las cuales 13 000 [12 000-15 000] se habían infectado ese mismo año.

Últimas tendencias epidemiológicas

La mayoría de las epidemias de la región son pequeñas, excepto en Papua Nueva Guinea, donde el número anual de nuevos diagnósticos de VIH aumentó a más del doble entre 2002 y 2006, cuando se notificaron 4017 nuevos casos de VIH (Secretaría del Consejo Nacional del Sida de Papua Nueva Guinea, 2007).

FIGURA 2.22 Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años) en Oceanía, 2007

FIGURA 2.23 Diagnósticos anuales de infección por el VIH y de sida en Australia, 1981-2006

Fuente: Centro Nacional en Epidemiología e Investigación Clínica de VIH, 2007. Datos disponibles en http://www.nchecr.unsw.edu.au/NCHECRweb.nsf/resources/SurvRep07/$file/ASR2007.PDF

Principales fuentes de transmisión del VIH

Coito heterosexual

El coito heterosexual sin protección es la vía principal de transmisión del VIH en Papua Nueva Guinea (Proyecto Nacional de Apoyo al VIH/Sida, 2006; Secretaría del Consejo Nacional del Sida de Papua Nueva Guinea y Proyecto Nacional de Apoyo al VIH/Sida, 2007), y las relaciones sexuales remuneradas sin protección, en particular, parecen ser un factor clave. En una encuesta reciente, entre el 60% y el 70% de los camioneros y el personal militar, y el 33% de los trabajadores portuarios manifestaron haber comprado sexo durante el año anterior (Secretaría del Consejo Nacional del Sida de Papua Nueva Guinea y Proyecto Nacional de Apoyo al VIH/Sida, 2007). Los estudios de base comunitaria realizados en 10 provincias han revelado que el 40% de los participantes estaban infectados con al menos una infección de transmisión sexual (Instituto de Investigación Médica, 2007).

Relaciones sexuales entre hombres

Las relaciones sexuales sin protección entre hombres constituyen la principal causa de infección por el VIH en Australia (Centro Nacional en Epidemiología e Investigación Clínica del VIH, 2007a) y Nueva Zelandia (Ministerio de Salud de Nueva Zelandia, 2007). Después de haber disminuido drásticamente en la década de1990, los nuevos diagnósticos de VIH han vuelto a aumentar en Australia: de los 763 notificados en 2000 a 998 notificados en 2006 (Figura 2.23). Los datos indican que, en los últimos años, la prevalencia de relaciones sexuales sin protección entre hombres ha aumentado o permanecido en niveles elevados en varias ciudades, incluidas Adelaida, Brisbane, Canberra, Perth (Centro Nacional de Epidemiología e Investigación Clínica del VIH, 2007b) y Sydney (Prestage et al., 2006). Las relaciones sexuales sin protección entre hombres podrían también ser un factor en la epidemia de Papua Nueva Guinea. Al ser encuestados, más de uno cada 10 (12%) hombres jóvenes manifestaron haber tenido relaciones sexuales con hombres y rara vez habían usado preservativos (Maibani-Michie y Yeka, 2005).

Abordar las causas sociales del riesgo y la vulnerabilidad al VIH

3

Capítulo 3

FIGURA 3.1 Eventos seleccionados relacionados con los factores sociales determinantes de la epidemia del VIH

Hallazgos clave

- El éxito a largo plazo de la respuesta a la epidemia del VIH exigirá que se avance constantemente en atender las cuestiones de violaciones de derechos humanos, desigualdad entre sexos, estigma y discriminación.
- Invertir considerablemente en la educación de las niñas, con el respaldo de políticas que impongan la educación primaria y secundaria universal obligatoria, reduciría en forma significativa el riesgo de contagio del VIH y la vulnerabilidad frente al virus para las mujeres y las niñas.
- Los programas fundamentados en pruebas para establecer normas de igualdad entre sexos deben adecuarse a las situaciones con especial atención a las iniciativas centradas en varones jóvenes y adultos.
- Los gobiernos nacionales y los donantes internacionales deben dar prioridad a las estrategias para aumentar la independencia económica de las mujeres y a las reformas legales que reconozcan los derechos de propiedad y herencia de las mujeres.
- Todos los países deben asegurar el estricto cumplimiento de las medidas contra la discriminación para proteger a las personas que viven con el VIH. El tercio de países que carecen de amparos legales contra la discriminación por el VIH deben promulgar esas leyes inmediatamente. Además, los países deben proteger contra la discriminación a las poblaciones en mayor riesgo y garantizar que se les reconozcan los mismos derechos humanos que al resto de la población.
- Los países deben incluir estrategias contra la estigmatización, como elementos integrales de sus planes nacionales sobre sida, invertir en una amplia variedad de actividades que incluyan: campañas de sensibilización pública y de difusión de los derechos de cada uno, servicios jurídicos para las personas que viven con el VIH, expansión del acceso a medicamentos antirretrovíricos y expresiones de solidaridad nacional en la respuesta al VIH.
- Es necesario reunir mucho más apoyo económico y técnico para que las organizaciones y redes de personas que viven con el VIH y los grupos en mayor riesgo de contraer la infección por el VIH puedan fortalecer su capacidad.

El VIH es una entidad biológica sensible a las intervenciones médicas, no obstante, la epidemia ha continuado su expansión, en gran parte debido a que no se han resuelto las condiciones sociales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad relacionados con el virus. Este capítulo analiza dos series de factores sociales que afectan el riesgo y la vulnerabilidad al VIH pero que no se han abordado con eficacia en la mayoría de los países.

- la desigualdad entre sexos y la ausencia de facultación de las mujeres y niñas, y
- la discriminación, el estigma y la marginación social.

Este capítulo también incluye una breve discusión del papel que cumple la desigualdad económica en la epidemia del VIH. Los factores sociales difieren en su manifestación, intensidad e impacto entre y dentro de las regiones, pero están en cierto grado presentes en todo el mundo y, en todos los casos, dificultan la respuesta eficaz, fundamentada en pruebas y orientada desde la perspectiva de los derechos humanos (Mann y Tarantola, 1996). Son relativamente pocos los estudios que han analizado rigurosamente las estrategias para minimizar estos factores y otras fuentes sociales de riesgo y vulnerabilidad al VIH. No obstante, hay pruebas suficientes para guiar las iniciativas nacionales orientadas a reducir dichos factores sociales de riesgo y vulnerabilidad y a crear contextos más propicios para los derechos humanos, la salud y el bienestar de todas las personas, incluidos los grupos en mayor riesgo de exposición al VIH. En especial, en los últimos años se han desarrollado herramientas para medir la desigualdad entre sexos y la discriminación y el estigma relacionados con el VIH; estos avances contribuyen a mejorar la investigación en ciencias sociales y la evaluación de los programas. Las medidas para cambiar las influencias contextuales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad al VIH mediante una serie de iniciativas, incluida una nueva generación de estrategias de comunicación para el cambio social, deben formar parte de cualquier estrategia nacional integral relacionada con el VIH. Este capítulo complementa el Capítulo 4, que analiza los componentes de programas eficaces y exhaustivos para prevenir nuevas infecciones por VIH.

Definición de riesgo y vulnerabilidad relacionados con el VIH

Riesgo se define como la probabilidad o posibilidad de que una persona contraiga la infección por el VIH. Ciertos comportamientos crean, aumentan y perpetúan el riesgo. Por ejemplo, las relaciones sexuales sin protección con una pareja cuyo estado serológico respecto al VIH se desconoce, las parejas sexuales múltiples con quienes se mantienen relaciones sexuales sin protección y el uso de drogas inyectables con agujas y jeringas contaminadas.

La **vulnerabilidad** se deriva de una serie de factores fuera del control de la persona que reducen la capacidad de individuos y comunidades para evitar el riesgo de contraer el VIH. Estos factores pueden incluir: (1) falta de los conocimientos y las aptitudes requeridas para protegerse a sí mismo y a los demás; (2) factores relativos a la calidad y la cobertura de los servicios (p. ej., imposibilidad de acceder a los servicios debido a la distancia, el costo u otros factores); y (3) factores sociales como violaciones a los derechos humanos o normas sociales y culturales. Estas normas pueden incluir prácticas, creencias y leyes que estigmatizan y restan poder a ciertas poblaciones, limitan su capacidad para acceder o usar los servicios y bienes de prevención, tratamiento, atención y apoyo. Estos factores, por sí solos o combinados, pueden crear o exacerbar la vulnerabilidad individual y colectiva al VIH.

Basado en: ONUSIDA (2007a).

Se puede considerar que intentar cambiar los factores determinantes del riesgo de contraer el VIH y la vulnerabilidad al virus excede los recursos, el marco temporal o el mandato de los programas de salud pública. Sin embargo, la epidemia del VIH ya ha provocado importantes alteraciones en el desarrollo internacional y la práctica de salud pública mundial, cambios drásticos en actitudes y enormes variaciones en las normas sociales. La historia de la epidemia demuestra las carencias de una respuesta que es demasiado estrecha y que se orienta solamente al corto plazo. Es posible lograr cambios de gran alcance en las normas y prácticas sociales si se cuenta con liderazgo político suficiente, participación de la comunidad, dirección de programas y solidaridad internacional. En los últimos años, en distintos lugares se han trazado mapas exhaustivos de las actitudes, los patrones de comportamiento y las leyes que causan, reflejan y refuerzan los factores sociales determinantes del riesgo de contraer el VIH y la vulnerabilidad al virus. Se dispone de una cantidad cada vez mayor de pruebas científicas para orientar las respuestas y los programas en materia de políticas.

De hecho, este es el momento de atender las causas originales del riesgo y la vulnerabilidad relacionados con el VIH. Se ha realizado un importante progreso, aunque irregular, en la expansión del acceso a muchas estrategias de prevención del VIH (véase el Capítulo 4); no obstante, la desigualdad entre sexos, el estigma y la discriminación debilitan los esfuerzos por frenar el avance de la propagación del virus. En especial en los lugares hiperendémicos, en los que cambios modestos en comportamientos de riesgo

Enfoques al VIH desde la perspectiva de los derechos humanos

Un enfoque al VIH desde la perspectiva de los derechos humanos garantiza que temas que suelen considerarse discrecionales se reconozcan como facultades legítimas de todas las personas. Además, este enfoque también garantiza que los gobiernos, el sistema de las Naciones Unidas, los donantes y el sector privado sientan la obligación y la capacidad de ayudar en la aplicación de los derechos necesarios para responder al VIH. Es un enfoque que coloca las normas y los principios relativos a los derechos humanos en el corazón mismo de todos los procesos de programación pertinentes al VIH y que faculta a las personas para que conozcan y reivindiquen sus derechos. Contribuye a que las partes interesadas se ocupen de los desequilibrios de poder que se producen a nivel de hogares, comunidades y países. En especial, un enfoque desde la perspectiva de los derechos humanos garantiza:

- atención a los vulnerables y marginados en la epidemia del VIH (p. ej., mujeres, jóvenes, personas que viven con el VIH, huérfanos, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, consumidores de drogas, profesionales del sexo, poblaciones móviles, grupos étnicos e indígenas y refugiados);
- igualdad y no discriminación en los gastos en programas y aplicaciones del VIH;
- programas para facultar a las personas vulnerables al VIH o a quienes viven con el virus, que incluyan reforma legal, asistencia jurídica, educación en derechos humanos, movilización social, comunicación para el cambio social y apoyo para la sociedad civil;
- programas diseñados para lograr los estándares de derechos humanos relativos al VIH (por ejemplo, protección contra la violencia sexual, igualdad entre sexos, educación, información, salud, empleo, acceso al progreso científico);
- participación informada, activa, libre y válida de quienes están afectados por el VIH en el diseño, ejecución, vigilancia y evaluación de los programas relacionados con el VIH;
- mecanismos de rendición de cuentas para gobiernos, organizaciones interguberna-mentales, donantes y sector privado (p. ej., UNGASS y los principios de los "Tres unos").

que podrían mantener controladas las epidemias de bajo nivel posiblemente no tendrían el impacto suficiente, es necesario que se realicen cambios sociales más amplios, que incluyan el respeto por los derechos humanos, a fin de poder controlar la epidemia.

Desigualdad entre sexos y normas de género perjudiciales

Se han documentado extensivamente los numerosos y variados vínculos entre la desigualdad entre sexos y el aumento en la vulnerabilidad a la infección por el VIH entre las mujeres y las adolescentes.[1] Las normas culturales o sociales suelen restringir el acceso de las mujeres a información básica sobre la salud sexual y reproductiva. Aun cuando las mujeres tienen acceso a la información y a los artículos básicos (por ejemplo, preservativos), las normas de género que dictan un papel desigual y más pasivo para las mujeres en la toma de decisiones socavan la autonomía de éstas, exponen a muchas a la coacción sexual y les impide insistir en la abstinencia o en que sus parejas masculinas usen preservativos.

La desigualdad entre sexos ejerce un impacto claro y demostrable en la epidemia. En Botswana, la probabilidad de que las personas que tenían tres o más creencias discriminatorias (por ejemplo, que el sexo extramatrimonial es menos permisible para las mujeres que para los hombres, que un marido está justificado en golpear a su esposa si ella ha tenido relaciones sexuales extramatrimoniales) tuvieran relaciones sexuales sin protección con una pareja fuera del matrimonio en el año anterior era tres veces mayor que la de quienes no tenían esa clase de creencias. Un estudio relacionado en Swazilandia descubrió que la probabilidad de que las personas que tenían seis o más actitudes discriminatorias de género tuvieran múltiples parejas sexuales duplicaba la de aquellos que carecían de dichas actitudes (Physicians for Human Rights, 2007).

Las expectativas tradicionales relacionadas con la masculinidad y con el comportamiento sexual

FIGURA 3.2 Porcentaje de países en regiones que informan que la cuestión de las mujeres se trata como un componente específico en su estrategia multisectorial para el VIH con un presupuesto específico del VIH para sus actividades

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

(número total de Estados Miembros de las Naciones Unidas en la región)

[1] Para obtener un resumen de lo que se conoce acerca de cómo la desigualdad entre sexos aumenta el riesgo de contraer infección por VIH y la vulnerabilidad al virus, véase Coalición Mundial sobre la Mujer y el Sida (2006a).

masculino también aumentan el riesgo de infección entre varones adultos y jóvenes. Los roles masculinos típicos que exigen que los hombres y los niños varones sean duros, agresivos, sexualmente dominantes y que asuman riesgos con frecuencia se asocian con comportamientos que aumentan el riesgo de que contraigan infección por el VIH. Esos comportamientos incluyen un elevado número de parejas sexuales, el consumo de drogas o alcohol y la negativa a buscar atención sanitaria para las infecciones de transmisión sexual (CIIM, 2007; OMS, 2007). La naturaleza recíprocamente nociva de ciertas normas de género subraya la importancia de que los hombres y los niños varones participen en todas las acciones orientadas al cambio.

Respuestas de las políticas nacionales a la desigualdad entre sexos

Aunque la vasta mayoría de los países ha comenzado a reconocer los temas de género en sus procesos de planificación sobre el VIH, un porcentaje considerable carece de respaldo presupuestario y político para abordar estas cuestiones. Más del 80% de los gobiernos nacionales declaran prestar atención a las mujeres como parte de su estrategia multisectorial contra el VIH, pero solamente el 52% informa contar con una partida presupuestaria específica para programas que abordan las cuestiones de la mujer (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). Los porcentajes más elevados de países con presupuestos declarados para tales esfuerzos se registran en Asia (69%) y en África subsahariana (68%) (Figura 3.2).

En el año 2007, los encuestados no gubernamentales del 82% de los países informaron contar con políticas vigentes para garantizar la igualdad de acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en relación con el VIH para mujeres y hombres, con importantes variaciones regionales, según se muestra en la Figura 3.3 (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). Se ha registrado un aumento en comparación con el año 2003, en el que el 69% de los gobiernos nacionales informaron que contaban con políticas de esa índole. A pesar del gran número de países que cuenta con esa clase de políticas, los informantes

FIGURA 3.3 Porcentaje de países (por región) que declaran contar con políticas vigentes para garantizar la igualdad de acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en relación con el VIH para mujeres y hombres

Fuente: Informes de progreso de los países del UNGASS, 2008.

FIGURA 3.4 Índice de políticas relacionadas con la vulnerabilidad de la mujer al VIH

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

no gubernamentales del 12% de esos países comunican la existencia de otras leyes y políticas que plantean obstáculos a la prestación de esos servicios a las mujeres (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008).

En función de las respuestas de los países a 14 preguntas acerca de políticas relacionadas con las mujeres, el ONUSIDA calificó a cada país en un índice de políticas según una escala de 0 (países sin ninguna política vigente de igualdad) a 14 (países con todas las políticas de igualdad vigentes). Como se ilustra en la Figura 3.4, los puntajes más bajos sobre las políticas que garantizaban la igualdad de acceso a las mujeres se registraron en Europa oriental y central y los más altos en África subsahariana.[2]

Pese a los importantes avances en el desarrollo de marcos de política nacional relacionados con la vulnerabilidad de las mujeres y el VIH, todavía resta solucionar déficits clave en muchos países.

Por ejemplo, informantes no gubernamentales comunicaron que aproximadamente un tercio de los países (31%) carece de leyes o reglamentaciones no discriminatorias vigentes que hagan mención explícita de las mujeres (con una variación entre las regiones entre 12% y 50%) (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). Según los informes gubernamentales, el 32% de los países carece de políticas o estrategias de información, educación y comunicación para fomentar la participación de los hombres en los programas de salud reproductiva (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008).

Estrategias eficaces para reducir la desigualdad entre sexos y cambiar las normas de género perjudiciales

Un número cada vez mayor de estrategias, analizadas a continuación, puede reducir las

[2] Los 130 países encuestados fueron calificados de acuerdo con sus respuestas a las 14 preguntas sobre políticas en el ICPN. A cada país se le asignó 1 punto por cada política vigente. Las preguntas se relacionaban con la inclusión de temas específicos de la mujer en los planes nacionales de estrategias y en los planes de desarrollo, en la prevención del VIH (respuesta gubernamental) y en los derechos humanos (respuesta no gubernamental). Se asignó un valor de –1 si un país respondía afirmativamente a la pregunta sobre si las leyes, normas o políticas vigentes imponían obstáculos a los programas de VIH dirigidos a mujeres.

Medición de los cambios en creencias normativas relacionadas con el género entre hombres y mujeres

La historia mundial de la facultación de la mujer demuestra que es factible alterar radicalmente las normas de género. Sin embargo, hasta hace poco, resultaba difícil establecer si determinadas iniciativas para promover la igualdad entre hombres y mujeres habían provocado cambios tanto en las normas como en las prácticas de género. Esta deficiencia se desprendía principalmente de la falta de mediciones confiables en esta área.

Afortunadamente, se ha superado este obstáculo y se ha generado la posibilidad de contar con estudios más sencillos y rigurosos de evaluación de programas. La Escala de Equidad de Género para Hombres, desarrollada y probada por el proyecto Horizons en Brasil, y luego probada en Asia y África, ofrece a los programas de VIH una manera práctica y confiable de medir las creencias y las normas clave que contribuyen a la desigualdad entre sexos.

Los investigadores del programa Horizons descubrieron que podían caracterizar las normas de género dominantes preguntando a los encuestados si estaban de acuerdo con una pequeña serie (entre 15 y 25) de preguntas, por ejemplo: "Hay veces que una mujer merece que se la golpee" y "El hombre debe tener la última palabra en las decisiones de su hogar". La escala resultante permite que los programas de contextos marcadamente diferentes demuestren su impacto sobre las normas de igualdad de género. Por ejemplo, en Brasil y en India, la escala se utilizó para evaluar un programa de seis meses de sesiones interactivas dirigidas por pares con hombres jóvenes que incluían escenificaciones de situaciones, diálogos y otras técnicas para estimular la reflexión crítica sobre las normas de género y sus consecuencias. Además, el estudio evaluó una rama intensiva del programa que suplementaba la actividad estándar con una "campaña de marketing social sobre estilos de vida" para alentar el comportamiento sexualmente responsable y no violento de los hombres. En Brasil e India, tanto las actividades estándar como las intensivas redujeron significativamente el apoyo a las normas de género que promueven la desigualdad a los 6 y 12 meses, en comparación con un grupo testigo que no había participado de esas actividades. En Brasil, los hombres jóvenes que abandonaron las normas de desigualdad entre sexos después de participar en el programa informaron menos infecciones de transmisión sexual y estuvieron más predispuestos a usar preservativos con sus parejas habituales. En Mumbai, India, los hombres que participaron en el programa duplicaron la probabilidad de haber usado preservativos con sus parejas sexuales más recientes y redujeron significativamente la probabilidad de recurrir a la violencia con sus parejas íntimas. (Verma et al., 2006; Pulerwitz et al., 2006).

desigualdades entre sexos y cambiar las normas de género perjudiciales. Estas estrategias son las siguientes:

- educación
- medidas multicomponentes para cambiar las normas de género perjudiciales
- reducción de la violencia de género
- estrategias para la generación de ingresos
- promoción y apoyo.

Fomento de la educación universal

En etapas anteriores de la epidemia, las pruebas acerca de la relación entre el nivel de estudios y el riesgo de contraer infección por el VIH eran ambiguas; sin embargo, datos recientes provenientes de 11 países africanos vinculan claramente un mayor nivel de estudios con una disminución de la prevalencia del VIH (Hargreaves, 2008). Un estudio reciente en las zonas rurales de Sudáfrica

estableció que cada año adicional de estudios reducía en un 7% el riesgo de contraer la infección por el VIH (Bärnighausen et al., 2007). En especial, la escolarización ofrece un excelente medio de disminuir el riesgo y la vulnerabilidad al VIH de las niñas. La probabilidad de que las niñas que hayan completado la educación primaria usen preservativos es más del doble; esta probabilidad se multiplica entre cuatro y siete veces para las niñas que han terminado la educación secundaria, con la consecuente reducción de la probabilidad de contraer la infección por el VIH (Hargreaves y Boler, 2006).

Lamentablemente, en muchos países de ingresos bajos y medianos, sistemáticamente se priva a las niñas de igualdad de oportunidades en educación. En los países menos desarrollados, las probabilidades de que las niñas asistan a la escuela primaria son un 11% menores que las de los niños (PNUD, 2007). La reducción de oportunidades es aún más pronunciada cuando las niñas llegan a la edad de recibir educación secundaria. En los países menos desarrollados, la probabilidad de que las niñas asistan a la escuela es un 19% menor que la de los varones. En Benin, Costa de Marfil y Guinea, la probabilidad de que las niñas asistan a la escuela secundaria es apenas más que el 50% en comparación con los varones (PNUD, 2007).

Desde 1999, la disparidad mundial entre los sexos con respecto a la asistencia escolar disminuyó de un déficit del 9% entre las niñas al 6% en 2005 (UNESCO, 2007). No obstante, 113 países carecían de paridad entre sexos en asistencia a escuelas primarias y secundarias en 2005. Las proyecciones de la UNESCO sugieren que es probable que solamente 18 de estos países logren la igualdad de acceso a la educación para el año 2015 (UNESCO, 2007). Las disparidades de género en la escolarización son mucho más pronunciadas en la educación secundaria y terciaria que en la primaria. De los 144 países encuestados, sólo Botswana, China, México y Perú habían logrado la paridad en la educación terciaria (UNESCO, 2007).

Las medidas estratégicas nacionales pueden acortar las brechas en educación por razones de género. Por ejemplo, en Burkina Faso, Etiopía y una serie de otros países, se ha asociado el fuerte compromiso nacional por alcanzar las metas mundiales de Educación para todos[3] con una significativa reducción de las brechas educativas entre niñas y niños (UNESCO, 2007). En algunas partes de África, le eliminación de los aranceles escolares ha provocado un marcado aumento de inscripción de niñas en las escuelas primarias (Burns, Mingat y Rakotomalala, 2003; Deininger, 2003; UNICEF, 2005). En India, las mujeres jóvenes (escolarizadas o no) que participaron en talleres de desarrollo de capacidades y formación profesional y que fueron derivadas a servicios de salud reproductiva integrales adecuados para la edad tenían mayores probabilidades de posponer el casamiento hasta los 18 años, de informar un uso más sistemático de preservativos y a tener comportamientos más firmes de demanda de atención sanitaria (CEDPA, 2001).

Medidas multicomponentes para cambiar las normas de género perjudiciales

Los programas nacionales de liderazgo e intervenciones pueden ayudar a acelerar el proceso de forjar normas más igualitarias para los sexos. Todas estas medidas deben orientarse a fomentar el diálogo a nivel de los países y las comunidades, a evaluar los costos de la desigualdad de las normas de género para hombres y mujeres y a explorar nuevas formas de pensar acerca de los sexos.

Ha surgido una vasta serie de programas prometedores para ayudar a que las comunidades desarrollen normas de género equitativas. Los talleres Stepping Stones[4], empleados en más de 40 países, han ayudado a reducir el grado de

[3] El movimiento de "Educación para todos" comenzó en 1990 en el Congreso Mundial sobre Educación para Todos. En el Foro Mundial de Educación celebrado en Dakar, Senegal, en 2000, los gobiernos se comprometieron a alcanzar una educación básica de calidad para 2015, con atención especial a la educación de las niñas.

[4] Stepping Stones es un taller orientado a modificar comportamientos y normas relacionadas con el VIH, los sexos y las relaciones. (Véase Welbrourn, 1995).

aceptación y la prevalencia de la violencia contra la mujer y promovido la sensibilización sobre el VIH y el uso de preservativos mediante el fomento del diálogo comunitario (Jewkes et al., 2007). Los participantes en el programa Men as Partners [Hombres como compañeros] en Sudáfrica, ejecutado a través de Engender Health, estaban más predispuestos a creer que los hombres y las mujeres debían tener igualdad de derechos y que golpear a las esposas estaba mal (Kruger, 2003; Peacock y Levack, 2004; Bott, Morrison y Ellsberg, 2005). En Brasil, el Programa H del Instituto Promundo ha demostrado mejoras en las actitudes de los hombres jóvenes hacia la igualdad entre los sexos y disminución en el riesgo de contraer VIH y enfermedades de transmisión sexual. El Programa H utiliza sesiones de grupos pequeños, reforzadas por una campaña de marketing social, para reemplazar las normas comunitarias de dominio masculino con actitudes de respeto y confianza (Pulerwitz, 2006).

La confrontación de actitudes aprendidas y compartidas es un elemento importante del éxito en la promoción de la igualdad entre los sexos. Un metaanálisis de programas para promover la igualdad entre los sexos descubrió que el 29% era eficaz en producir cambios en actitudes o comportamientos pertinentes (Barker, Ricardo y Nascimento, 2007). Los programas expresamente orientados a transformar los roles característicos de uno u otro sexo a través de la reflexión crítica, las escenificaciones y otras interacciones tenían las mayores probabilidades de ser eficaces en cuanto a producir cambios en actitudes y comportamientos específicos a las que estaban dirigidos.

Reducción de la violencia de género

La violencia generalizada contra la mujer no sólo representa una crisis de derechos humanos sino que también contribuye a la vulnerabilidad de las mujeres al VIH. Entre el 40% y el 60% de las mujeres encuestadas en Bangladesh, Etiopía, Perú, Samoa, Tailandia y la República Unida de Tanzanía expresó que había sido víctima de abuso físico o sexual en manos de su pareja íntima (García-

Abordar las prácticas culturales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad de mujeres y niñas

Entre 100 y 140 millones de mujeres y niñas de todo el mundo han sufrido la ablación parcial o total u otras lesiones de los órganos genitales por razones no médicas. Tres millones más de niñas son sometidas a esas prácticas cada año (ONUSIDA et al., 2008). Además de reflejar y reforzar la subordinación de la mujer, la mutilación de los órganos genitales también expone a las mujeres a considerables riesgos de salud. En 2008, el ONUSIDA se sumó a otros nueve organismos de las Naciones Unidas para exhortar la rápida aplicación de leyes y políticas a fin de eliminar las diversas formas de mutilación de órganos genitales femeninos (ONUSIDA et al., 2008).

Las leyes nacionales y las iniciativas comunitarias de sensibilización abordan cada vez más la mutilación de los órganos genitales femeninos y otras prácticas culturales que pueden aumentar el riesgo y la vulnerabilidad de las mujeres. Las leyes promulgadas en Zimbabwe en 2007 prohíben los matrimonios forzados o la servidumbre. En 2005 el gobierno de ese país incluyó una enmienda en el código penal para prohibir la "purificación de las viudas", una práctica por la que las mujeres cuyos esposos habían fallecido debían someterse a relaciones sexuales con un líder del poblado para volver a ser aceptadas en la comunidad (Oficina de las Naciones Unidas de Coordinación de Asuntos Humanitarios, OCAH, 2005; Gable, 2007).

En muchos países, la capacidad de las mujeres para negociar relaciones sexuales más seguras está gravemente limitada.

Moreno et al., 2005). En situaciones de conflicto, la violación y otras formas de coacción sexual suelen ser utilizadas como armas de guerra (Iniciativa Raise, 2007). Se cree que, en las partes de la República Democrática del Congo afectadas por las luchas armadas, la prevalencia de las violaciones es la más alta del mundo (McCrummen, 2007).

En varios países de África, el riesgo de contraer la infección por VIH entre las mujeres que han sido víctimas de la violencia de género puede ser hasta tres veces mayor que entre las mujeres que no la han sufrido (Coalición Mundial sobre la Mujer y el Sida, 2004). El temor a la violencia puede ser un obstáculo a la revelación del estado serológico con respecto al VIH (Medley et al., 2004); por ejemplo, en Camboya, este temor contribuye a los bajos números de mujeres que acceden a los servicios de asesoramiento y pruebas en los dispensarios prenatales (Duvurry y Knoess, 2005).

La experiencia internacional ha mostrado que se pueden reducir los índices de violencia. Sin embargo, el 29% de los gobiernos nacionales informa carecer de leyes o políticas para evitar la violencia contra la mujer. Para que sean exitosas, las medidas destinadas a reducir la violencia de género deben cambiar las normas sociales que sostienen que la violencia es natural y aceptable.

Los programas orientados al cambio de normas deben estar respaldados por reformas legales, un mayor esfuerzo en el cumplimiento de la ley que obligue a los autores de violencia a rendir cuentas de sus actos, y actividades que aborden las actitudes y condiciones que puedan contribuir a la violencia de género.

En febrero de 2007, Zimbabwe promulgó leyes que expanden la protección de los supervivientes de violencia doméstica e imponen sanciones de hasta 10 años en prisión para los infractores. La ley exige que las comisarías tengan personal en funciones con idoneidad en violencia doméstica. La ley también concede al personal de cumplimiento de la ley la autoridad para arrestar a los presuntos autores sin una orden judicial cuando exista sospecha razonable de daño inminente. En apoyo a esta iniciativa, UNICEF se ha asociado con el gobierno nacional y con la Asociación de Mujeres Abogadas de Zimbabwe para capacitar a más de 300 jefes y curanderos tradicionales sobre cómo aplicar la ley para apoyar a los supervivientes de violencia y prevenir los malos tratos en sus comunidades.

Se recomienda a los países que aborden la prevención de la violencia de la misma forma que cualquier otro problema de salud pública.

Las medidas incluyen desarrollar una estrategia nacional de acción, mejorar la recolección y el análisis de datos, analizar los programas para evaluar sus resultados, difundir las estrategias y los resultados a través de los medios de comunicación masiva, e invertir en servicios de atención y apoyo para los supervivientes (Mercy, 2007). En general, las investigaciones sobre prevención de la violencia en los países de ingresos bajos y medianos han atraído escaso apoyo económico (Instituto de Medicina, 2008).

Además de los programas para alentar a los hombres a considerar inaceptable la violencia de género (ya sea que recaiga en hombres o mujeres), las leyes nacionales y locales también pueden ayudar a reducir la vulnerabilidad de la mujer a la violencia. Sin embargo, las leyes contra la violencia de género adquieren sentido solamente si se hacen valer con eficacia. Por ejemplo, Zambia estableció unidades policiales especiales para responder a las denuncias de abusos de género (Human Rights Watch, 2007).

Estrategias para la generación de ingresos

En muchas regiones, es posible que la desigualdad entre los sexos se traduzca en la dependencia económica de las mujeres con respecto a los hombres, y, en consecuencia, aumente su vulnerabilidad al VIH. En los lugares en los que las leyes o las costumbres sociales privan a las mujeres de medios independientes para generar ingresos y permiten que los esposos abandonen a sus esposas si les desobedecen, las mujeres cuentan con pocos o ningún medio para insistir en la abstinencia o el uso de preservativos por parte de sus cónyuges.[5] Según un estudio reciente realizado en Botswana y Swazilandia, las mujeres que carecen de alimentos suficientes tienen una probabilidad 70% menor de percibir un control personal en las relaciones sexuales y probabilidades 50% mayores de tener relaciones sexuales intergeneracionales, 80% mayores de tener relaciones sexuales por motivos de supervivencia y 70% mayores de tener relaciones sexuales sin protección (Weiser et al., 2007).

Las mujeres propietarias de bienes o que controlan otros patrimonios económicos tienen ingresos superiores, un lugar seguro donde vivir y mayor poder de negociación en sus hogares. Un mayor sentido de la eficacia propia contribuye a que las mujeres estén en mejor situación para alejarse de la violencia doméstica o abandonar una relación que las pone en peligro de contraer la infección por el VIH. El aumento en la propiedad y el control del patrimonio económico faculta a las mujeres a negociar abstinencia, fidelidad y relaciones sexuales seguras y a evitar el intercambio de sexo por dinero, alimentos o refugio (Strickland, 2004; Gupta, 2005; Coalición Mundial sobre la Mujer y el Sida, 2006b). Las jóvenes en mejor situación socioeconómica suelen tener un menor número de parejas sexuales y están más dispuestas a retrasar su iniciación sexual y a usar preservativos (Hallman, 2004; Hallman, 2005).

Sin embargo, en muchos de los países más castigados por el VIH, las leyes no reconocen el derecho de las mujeres a poseer o heredar propiedades. Esta clase de discriminación institucionalizada suele estar reforzada por normas culturales, como la práctica en ciertas comunidades que exige que las viudas se casen con un pariente masculino del difunto (Carpano, Izumi y Mathieson, 2007). La Red Jurídica Canadiense sobre el VIH/Sida está recopilando las "prácticas óptimas" en el campo de la reforma legislativa para facultar a las mujeres, con el objeto de elaborar un modelo jurídico y un conjunto de herramientas legales para contribuir con la promoción de la causa a nivel nacional (Carpano, Izumi & Mathieson, 2007).

En los lugares donde se reconocen los derechos económicos de las mujeres, es necesario favorecer la difusión de esos derechos para que las mujeres los conozcan y ayudarlas a defenderlos. En varios países africanos, las organizaciones de base ayudan a las mujeres a desempeñarse en los procesos legales y capacitan a asistentes paralegales y a otros

[5] Véase el Capítulo 4 si desea información acerca del impacto de las desigualdades económicas en la desproporcionalidad de las tasas de infección por el VIH entre niñas adolescentes de África subsahariana.

Encontrar apoyo en un programa de microcréditos relacionado con el VIH

*Imane, una argelina de 27 años, cree que su historia "podría parecerse a la historia de millones [de] mujeres VIH-positivas del mundo árabe".**

Cuando se casó hace cinco años, su esposo no le comunicó que era VIH-positivo. Cuando Imane le mostró los medicamentos que él tomaba a una de sus hermanas, ésta la instó a que se hiciera una prueba de VIH. Si bien su hija de 4 años no estaba infectada, las pruebas mostraron que Imane sí había contraído la infección por VIH. "Cuando el médico me preguntó si conocía mi enfermedad no podía creerle", recuerda Imane. "¡VIH! La enfermedad de las prostitutas. Eso era lo que yo creía en ese entonces. ¡Es lo que piensa mi cultura!"

Hoy en día Imane está mejor informada. "La mayoría de las mujeres VIH-positivas que conozco son mujeres que jamás salen de sus hogares… más del 60% de las mujeres VIH-positivas que conozco han sido infectadas por sus esposos".

El médico de Imane le explicó que el VIH se había convertido en una enfermedad crónica y que podría llevar una vida normal tomando medicamentos antirretrovíricos. Aún así, a Imane le costaba aceptar el diagnóstico y se deprimió. Su esposo mostró muy poca empatía por su situación y su mejor amiga terminó la amistad después de enterarse de que Imane vivía con el VIH. El único interés de Imane fue cuidar de su hija.

Con el tiempo, una mujer de su hospital local, que había vivido con el VIH durante 10 años, la invitó a visitar El Hayet, una red de personas que viven con el VIH. El Hayet ayuda a las personas VIH-positivas a generar ingresos haciendo posible que obtengan un diploma en uno de una serie de oficios como, por ejemplo, repostería artesanal, costura o pintura. La organización vincula a sus integrantes con oportunidades de microcréditos generadas a través de la asociación de El Hayet con el Ministerio de Solidaridad y Asuntos Sociales.

A través de su participación en el programa de generación de ingresos de El Hayet, Imane encontró un grupo de personas que la comprendían y apoyaban. "Fui varias veces hasta que me sentí totalmente a gusto allí y cada vez menos sola a medida que pasaban los días. El ambiente es muy positivo y se forma una relación estupenda entre los instructores y los aprendices. Me pareció estupendo que aquí podamos aprender o enseñar… y hablar libremente acerca de nuestra enfermedad sin temor".

"Hoy, con El Hayet, mis heridas han sanado".

* Imane solicitó que no se usara su fotografía.

en el cumplimiento de los derechos de propiedad y herencia de las mujeres así como de sus derechos legales (CIIM, 2006b). Por ejemplo, Women's Land Link Africa vincula organizaciones de base en 10 países africanos para mejorar el acceso de la mujer a la posesión de la tierra y de propiedades y para abogar por una mayor inclusión de las mujeres en los procesos de formulación de políticas (Carpano, Izumi y Mathieson, 2007). En India, Lawyers' Collective integra la capacitación en prevención y atención del VIH en sus servicios jurídicos para mujeres (Coalición Mundial sobre la Mujer y el Sida, 2006b). Las mujeres que participaron en un programa World Vision que combina educación sobre VIH y microfinanciamiento mostraron mayor capacidad de recuperación económica, niveles superiores de sensibilización sobre el sida y de comportamientos de prevención y mejores logros educativos y nutrición en sus familias (World Vision, 2008). Un proyecto que se extenderá durante varios años en Mozambique está orientado a aumentar la sensibilidad a las diferencias de trato por razón de sexo en los funcionarios judiciales (Carpano, Izumi y Mathieson, 2007). Sin embargo, según una encuesta de organizaciones no gubernamentales en Bangladesh, India, Nepal y Sri Lanka, las medidas para vincular los derechos de propiedad de la mujer con las iniciativas relativas al VIH han sido, en gran parte, fragmentadas y ad hoc (CIIM, 2007).

Además de las reformas legales para extender la posesión de propiedades de las mujeres, es necesario lograr mayor apoyo internacional para las iniciativas de microfinanciamiento orientadas a la mujer que brindan ayuda financiera directa para la independencia económica de las mujeres. Un estudio del proyecto IMAGE en Sudáfrica, que combina microfinanciamiento con género y capacitación sobre el VIH, demostró una reducción del 55% en la violencia contra la mujer por parte de su pareja (Pronyk et al., 2006).[6]

Estigma y discriminación

El **estigma** en relación con el VIH se define como: "... un "proceso de desvalorización" de las personas que viven o están asociadas con el VIH y el sida" (ONUSIDA, 2003).

La **discriminación** se refiere a las acciones que se realizan por motivos del estigma. La discriminación relacionada con el VIH se desprende del estigma y se refiere al tratamiento injusto y malintencionado de una persona a causa de su condición real o percibida en relación con el VIH (ONUSIDA, 2003).

La discriminación hacia las personas que viven con el VIH y hacia quienes se piensa que viven con el VIH se produce en familias y otras redes sociales y, por lo general, no está institucionalizada. Los ejemplos de discriminación institucionalizada incluirían leyes, políticas y procedimientos oficiales orientados negativamente a las personas que viven con el VIH o a grupos que se piensa que viven con el VIH, así como también la discriminación en el lugar de trabajo o en ámbitos de atención sanitaria. La omisión también puede ser una forma de discriminación en los casos en que se desatienden o minimizan las necesidades y los intereses de las personas que viven con el VIH o las poblaciones estigmatizadas.

La discriminación es una violación de los derechos humanos y está prohibida por las leyes internacionales sobre derechos humanos. La Comisión de Derechos Humanos, actualmente el Consejo de Derechos Humanos, ha declarado que la discriminación por motivos de "otras condiciones" incluye el estado de salud y, en consecuencia, el VIH.

[6] Véase el Capítulo 6 para obtener información sobre el papel de las microfinanciamiento en la mitigación del impacto de la epidemia en las mujeres.

Promoción y apoyo

En todo el mundo son muchas las organizaciones y redes que trabajan activamente para desarrollar la solidaridad entre las mujeres que viven con el VIH y para aunar esfuerzos relativos a la promoción para resolver la desproporcionalidad del impacto de la epidemia en las mujeres y las niñas. Los gobiernos nacionales y los donantes internacionales deben incrementar su apoyo para desarrollar la capacidad de las organizaciones de mujeres que trabajan para impulsar los derechos de la mujer y reducir su vulnerabilidad.

En Kenya, Grassroots Organizations Together in Sisterhood (GROOTS) es una red de grupos de autoayuda, dirigidos a mujeres, que trabaja para desarrollar la capacidad de las mujeres de proteger sus derechos jurídicos y económicos. En Nigeria, se reunieron 150 grupos de mujeres en agosto de 2007 para lanzar la Coalición Nacional sobre la Mujer y el Sida. Su objetivo era abordar el origen de la vulnerabilidad de la mujer a la infección bajo el liderazgo de la primera dama del país.

A nivel mundial, la Comisión Huairou vincula las organizaciones de base de mujeres para que compartan recursos, información y estrategias políticas y de organización de las comunidades (Carpano, Izumi y Mathieson, 2007).

Estigma, discriminación y vulnerabilidad al VIH

El estigma, la discriminación y la marginación social son causas de riesgo y vulnerabilidad relacionados con el VIH y, por otra parte, una consecuencia de ser VIH-positivo. Los seres humanos son animales inherentemente sociales, y su salud física y psicológica se deteriora cuando se los aísla o se los separa de su grupo social (Jenkisn y Sarkar, 2007).

Las actitudes de estigmatización hacia el VIH y los más expuestos a la infección provienen de dos fuentes principales. La primera es el temor al contagio, que ha sido una fuente de estigma relacionado con las enfermedades en todos los tiempos. La segunda son las suposiciones negativas relacionadas con los valores acerca de las personas que viven con el VIH las que, a su vez, fomentan los prejuicios y la discriminación (CIIM, 2006a). En algunos casos, la discriminación contra las personas que viven con el VIH está consagrada en las leyes locales y nacionales. Según el Grupo Europeo del Tratamiento del Sida, 74 países restringen la entrada o la estadía de las personas en función de su estado serológico respecto del VIH, entre ellos, 12 países que prohíben la entrada de personas con VIH por cualquier razón o por cualquier período de tiempo.

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH debilitan las medidas de prevención del virus porque desalientan a las personas de realizarse pruebas (Ford et al., 2004; Wolfe et al., 2006; Ma et al., 2007; Pulerwitz y Barker, 2008); de buscar información acerca de cómo protegerse de la infección y, en ciertos casos, de usar preservativos por temor a que se les identifique con la enfermedad o con poblaciones marginadas que están más afectadas (Nyblade et al., 2003). El temor al estigma y la discriminación también disminuye las probabilidades de que las personas que viven con el VIH busquen atención y tratamiento, lo cumplan y revelen su estado serológico respecto del VIH a sus parejas sexuales (White y Carr, 2005; Liu et al., 2006; Mills, 2006). En algunos casos, los familiares, los cuidadores y los hijos de las personas que viven con el VIH también están sujetos a discriminación y vergüenza. Demasiado a menudo, el propio sistema sanitario (incluidos médicos, enfermeras y personal responsable de la atención y el tratamiento de personas que viven con el VIH) es el primer factor generador de estigma y discriminación relacionados con el VIH (Reis et al., 2005; Mahendra et al., 2007; USAID, 2007a). En 2006, las consultas facilitadas por el ONUSIDA entre grupos interesados de la sociedad civil y del gobierno de 122 países identificaron sistemáticamente al estigma y la discriminación relacionados con el VIH como una de las cinco barreras principales para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

Medición del estigma

Como sucede con la desigualdad entre sexos, la ausencia de métodos consensuados para medir el estigma también constituye, desde siempre, un obstáculo a las medidas eficaces destinadas a reducir el estigma.

En más de 10 estudios realizados durante ocho años, el proyecto Horizons demostró que el estigma y la discriminación se pueden reconocer y medir en contextos muy variados en América Latina, Asia y África. Horizons se centró tanto en las personas víctimas del estigma como en los "estigmatizadores" para desarrollar un marco conceptual y práctico que se pudiera aplicar en diferentes contextos culturales. Este marco reconoce que las personas que viven con el VIH luchan contra el estigma internalizado (autoinfligido), el percibido y el expresado (discriminación).

Investigaciones cualitativas exhaustivas revelaron que el problema se puede manejar, medir y cambiar cuando se lo desglosa y aborda en cuatro partes. La primera parte consiste en iniciar investigaciones formativas. Esto implica definir actitudes, creencias y conductas específicas y documentar el problema en la esfera local. Este primer paso es esencial para la segunda parte que implica ayudar a las personas a reconocer el tema. Los estudios iniciales de Horizons mostraron que las personas que discriminan y avergüenzan a quienes creen asociados con el VIH no suelen darse cuenta de que sus acciones son dañinas. La tercera parte es ofrecer información exacta sobre el VIH y crear un contexto de apoyo para contrarrestar los factores derivados del temor impulsores del estigma (por ejemplo, temor a contraer la infección debido a un contacto casual). La cuarta parte es facilitar la reflexión sobre los juicios sociales implícitos en el estigma del VIH ("culpa y vergüenza") y confrontar a las personas con el hecho de que estos juicios suelen ser desacertados e injustos con las realidades de las personas afectadas (por ejemplo, suposiciones de búsqueda irresponsable de placeres o excesos sexuales). Una parte esencial de la estrategia es integrar a las personas que viven con el VIH como educadores y facilitadores. Para guiar y documentar estas acciones, los socios de Horizons han desarrollado medidas estables de actitudes (componentes de reconocimiento, temor y "culpa y vergüenza"), y sucesos estigmatizantes (aislamiento, estigma verbal, pérdida de la identidad y la condición, y pérdida de acceso a los recursos) así como herramientas para medir las mejoras en el entorno que se puedan adaptar y aplicar en todo el mundo.

A partir de una base de conocimiento común, se han desarrollado otros instrumentos prometedores para realizar un seguimiento del estigma vinculado con el VIH. El Índice de Estigma en Personas que Viven con el VIH, desarrollado por la Red Mundial de Personas que viven con el VIH/Sida y la Comunidad Internacional de Mujeres que viven con el VIH/Sida se está aplicando en la República Dominicana, en Asia y en el Pacífico; y se han planificado estudios en áreas adicionales para 2008 (FIPF et al., 2008a; FIPF et al., 2008b). También se han utilizado otros índices para medir el estigma y la discriminación entre los proveedores médicos y en los centros de tratamiento del VIH en Kenya (USAID, 2007b), India (Mahendra et al., 2006) y Ucrania (USAID, 2007a).

En 2007, Tayikistán emprendió su primer esfuerzo nacional para identificar el nivel y los tipos de estigma y discriminación relacionados con el VIH. El seguimiento del estigma derivado del VIH concuerda con las *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH* elaboradas por el ONUSIDA que alientan a los responsables de formular y programar políticas a "conocer su epidemia" y a "equiparar la respuesta con la epidemia" (ONUSIDA, 2007a).

Las leyes pueden ser una fuerza para cambiar o legitimizar las distinciones que se hacen en torno a los grupos. Las leyes pueden proteger a las personas que viven con el VIH de la discriminación o pueden aumentarla. Por ejemplo, la aplicación generalizada de la legislación penal a la transmisión del VIH envía un mensaje de que las personas que viven con el VIH son delincuentes en potencia. Las leyes también pueden proteger a otros grupos (por ejemplo, a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, usuarios de drogas o profesionales del sexo) de las violaciones de derechos humanos, en especial de la violencia, el vilipendio, la discriminación y la falta de acciones judiciales debidas. No obstante, en los casos en que se penalizan las actividades de ciertos grupos (como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los usuarios de drogas o los profesionales del sexo), la propia ley y las fuerzas de orden público pueden constituir un importante obstáculo para el acceso y la adopción de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH. La discriminación institucionalizada también se refleja en actos de omisión, como cuando el nivel de los recursos del VIH dirigidos a las necesidades de hombres que tienen relaciones con hombres, usuarios de drogas inyectables o profesionales del sexo no es acorde con la epidemiología local, o cuando los sistemas de vigilancia del VIH no realizan un seguimiento de dichos grupos.

Reducción del estigma, la discriminación y la marginación social

Durante los últimos años, ha aumentado la comprensión de los efectos perjudiciales del estigma y la discriminación así como el número de instituciones y organizaciones que prestan mayor atención a estos efectos. A continuación se analizan diversos enfoques y estrategias exitosos surgidos en estos años. Los enfoques exitosos incluyen:

- prevención de la discriminación por el VIH;
- promoción del conocimiento y la sensibilización sobre el VIH, la tolerancia y la compasión;
- aumento de la participación y visibilidad de las personas que viven con el VIH;

FIGURA 3.5 Porcentaje de países (por región) que declaran programas diseñados para cambiar las actitudes sociales de estigmatización asociadas con el VIH o el uso de indicadores para la reducción del estigma y la discriminación relacionados con el VIH

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

- ampliación del tratamiento;
- prohibición de la discriminación hacia las poblaciones en mayor riesgo; y
- facultación de la comunidad entre poblaciones más expuestas al riesgo.

Prevención de la discriminación por el VIH

Los amparos legales contra la discriminación por el VIH constituyen un requisito esencial para lograr una respuesta nacional sólida al virus. Una vasta mayoría de países (67%) informa que cuenta con leyes y normas vigentes para proteger de la discriminación a las personas que viven con el VIH. El informe de 2008 de Namibia al ONUSIDA indica que, después de la promoción que emprendió la Unidad Legal sobre Sida, el parlamento nacional incluyó el VIH entre los factores por los que está prohibido discriminar en su Ley de Trabajo promulgada en 2007. Las leyes de las Bahamas, Malawi, Sudáfrica y Zimbabwe prohíben que las pruebas obligatorias de VIH como condición para el empleo en el sector privado (Gable et al., 2007). Camboya, Guyana y otros países cuentan con leyes que especifican el derecho de las personas que viven con el VIH a la igualdad de acceso a la atención sanitaria de calidad (Gable et al., 2007). Sin embargo, no se ha documentado hasta qué punto se hacen cumplir estas leyes ni el grado de acceso de la población a esta legislación.

Además, en la tercera década de la epidemia, un tercio (33%) de los países todavía no informa tener esa clase de leyes. Si bien los gobiernos informan una mejora significativa en relación con la disponibilidad de servicios jurídicos para las personas que viven con el VIH desde 2003, los informantes no gubernamentales indican que menos de la mitad (47%) de los países comunicó la disponibilidad de dichos servicios en 2007 (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008) de los casi 9,6 millones que necesitan tratamiento. Los informantes no gubernamentales de tres cuartos de los países (75%) comunican la existencia de programas diseñados para educar y aumentar la sensibilización de las personas que viven con el VIH respecto de los derechos humanos que les competen (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). No se ha medido ni evaluado la calidad, la escala ni la cobertura de dichos programas.

FIGURA 3.6 Porcentaje de países (por región) que declaran amparos legales contra la discriminación y mecanismos relevantes

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

Aunque es importante asignar prioridad a la reducción del estigma y la discriminación relacionados con el VIH dentro de un plan nacional sobre el VIH, la medición de los avances resultará difícil, sino imposible, de lograr a menos que se tomen medidas para realizar seguimientos prolongados de ambos factores. No obstante, según los informes no gubernamentales, solamente el 33% de los países emplea valores de referencia o indicadores de desempeño para la reducción del estigma y la discriminación relacionados con el VIH (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008) (Figura 3.5). A principios de 2007, el gobierno brasileño creó un mecanismo para la notificación confidencial a las autoridades de las violaciones de las leyes que prohíben la discriminación a causa del VIH.

De manera similar, los informantes no gubernamentales indican que los países no han instituido sistemáticamente mecanismos para informar, documentar y abordar los casos de discriminación hacia las personas que viven con el VIH o las poblaciones de mayor riesgo (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008) (Figura 3.6).

La sociedad civil puede desempeñar un papel importante en hacer cumplir las leyes contra la discriminación. Por ejemplo, en Belice, la Alianza contra el Sida celebró en 2007 su décimo aniversario de labor en la reducción del estigma y la discriminación relacionados con el VIH. Durante los últimos dos años, esta organización no gubernamental ha logrado aunar una amplia coalición de la sociedad civil para emprender acciones intensificadas contra el estigma, por ejemplo, una campaña de sensibilización pública que destaca la persistente discriminación contra las personas que viven con el VIH en ámbitos de atención sanitaria.

Promoción del conocimiento y la sensibilización sobre el VIH, la tolerancia y la compasión

Las tres causas primarias de estigma y discriminación que pueden abordarse satisfactoriamente a través de programas son:

- falta de sensibilización y conocimientos sobre el estigma y la discriminación y sus efectos nocivos;

Penalización de la transmisión del VIH

El reciente aumento en la aplicación del derecho penal en casos de transmisión del VIH en los que otros programas de salud pública menos punitivos serían más adecuados es una tendencia peligrosa que alienta la percepción de que las personas que viven con el VIH son delincuentes y debilita el objetivo de acceso universal (ONUSIDA, 2002). Al menos en 36 países existen leyes nacionales o subnacionales que penalizan la transmisión del VIH (GNP+ y TGT, 2005; Chan, 2006; Burris, 2007; Pearhouse, 2007).

Aunque las leyes de esa índole pueden derivar de la frustración ante la persistencia de los elevados índices de nuevas infecciones, son estrategias con escasa visión de futuro que no aportan a las personas medios válidos, jurídicos o de otro tipo, para reducir su vulnerabilidad al VIH. La inversión en programas de prevención del VIH fundamentados en pruebas para personas tanto VIH-positivas como negativas es una opción más racional y eficaz de reducir la infección que la aplicación de leyes que penalizan la transmisión del VIH, lo que exarcerba el estigma vinculado al virus. En aquellos países que imponen sanciones penales por la transmisión, el ONUSIDA recomienda que se aplique el derecho penal solamente en casos que impliquen la transmisión intencional del VIH, es decir, casos en los que alguien tuvo la intención de transmitir el VIH, actuó en consecuencia y transmitió el virus.

Las mujeres y niñas llegan a ser profesionales del sexo por muchas razones diferentes.

- temor a contraer la infección por el VIH a través del contacto cotidiano con personas infectadas debido a la falta de conocimientos e información detallados; y
- vinculación de las personas que viven con el VIH con comportamientos considerados impropios e inmorales (ONUSIDA, 2008).

Los programas que abordan esos temas deben ser una parte integral de los planes estratégicos nacionales y deben contar con el apoyo de otros grupos interesados no gubernamentales. Los programas interactivos que fomentan una mayor comprensión del daño provocado por el estigma y la discriminación resultan especialmente eficaces. La participación activa de las personas que viven con el VIH y de representantes de otras poblaciones afectadas en la planificación y ejecución ayudará a garantizar que se atiendan sus necesidades.

Debido a que el estigma y la discriminación presentan muchas facetas, los programas que abordan estas cuestiones deben operar en distintos niveles (individual, familiar, comunitario, organizacional, institucional, gubernamental y jurídico) y recurrir a una serie de enfoques para abarcar a muchos grupos diferentes. Los programas que producen resultados suelen incluir los siguientes componentes: facultación de las personas que viven con el VIH, educación acerca del VIH y actividades que alientan la interacción de las personas que viven con el VIH y de públicos clave, entre ellos, los responsables de formular políticas y personalidades destacadas (ONUSIDA 2008).

En India, los investigadores trabajaron en colaboración con las autoridades nacionales del VIH para aplicar un programa contra el estigma en tres importantes hospitales donde se registraron casos de mal trato hacia las personas que viven con el VIH. Después de educar al personal hospitalario acerca de la presencia de actitudes estigmatizantes, el programa puso en práctica una serie de políticas para mejorar la seguridad de los proveedores (p. ej., guantes, disponibilidad de profilaxis después de las exposiciones a sangre) y prohibió las prácticas discriminatorias, como la segregación o la demora en el tratamiento de pacientes con el VIH. Miembros elegidos de todos los niveles del personal participaron en talleres de capacitación interactiva de dos horas de duración, día por medio, durante dos semanas. Se ofreció información a todos los niveles de trabajadores hospitalarios (desde el personal de sala hasta los jefes de departamentos) al igual que la participación en pequeños grupos de debate dentro del hospital. Este programa multifacético causó una disminución significativa en las actitudes

Aumento de la visibilidad y participación de las personas que viven con el VIH en el sistema de las Naciones Unidas

ONU Plus, el grupo de promoción del personal de las Naciones Unidas que vive con el VIH, ha aumentado significativamente la visibilidad de las personas que viven con el virus en el sistema de la organización. Formado en el año 2005 con el objeto de brindar apoyo y una voz eficaz para el personal de las Naciones Unidas que vive con el VIH, ONU Plus desarrolló un espacio de trabajo virtual para facilitar debates en línea de temas pertinentes. ONU Plus se reúne con los responsables de tomar decisiones en el sistema de las Naciones Unidas para tratar inquietudes clave del personal que vive con el VIH. Además, el grupo se asoció con UN Cares, el programa del sistema sobre VIH en el lugar de trabajo, para asegurarse de que el personal conozca datos concretos acerca de la prevención, el tratamiento, y la atención y el apoyo relacionados con el VIH a quienes están afectados por el virus, incluidos los códigos de conducta de las Naciones Unidas que exigen igualdad de tratamiento respeto para todo el personal, independientemente de su estado de salud.

Organizado por el ONUSIDA, ONU Plus ayuda a otras organizaciones internacionales a establecer y consolidar grupos de promoción para personal VIH-positivo. ONU Plus es un ejemplo de la "reforma de las Naciones Unidas en acción" en tanto que reúne a personal de 37 países en 27 organismos y programas asociados de la organización.

y las prácticas estigmatizantes de todos los niveles de trabajadores sanitarios y marcadas mejoras en el cumplimiento de las directrices de confidencialidad y consentimiento informado para el asesoramiento y las pruebas del VIH (Consejo de Población, 2006). En Viet Nam se lograron mejoras similares en la calidad de la atención después de poner en marcha un programa contra el estigma en cuatro hospitales (Oanh et al., 2008).

En casi todos los países (98%), los gobiernos nacionales declaran incluir el estigma y la discriminación en su estrategia nacional sobre el VIH, entre ellos, todos los países con una epidemia generalizada de VIH que informan estos datos (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). Los informantes no gubernamentales en la vasta mayoría de los países (92%) dicen que existen programas para cambiar las normas sociales a fin de reducir el estigma y la discriminación. La mayoría de estas medidas implica el uso de diversas estrategias, por ejemplo, los medios, la educación en escuelas y las personalidades destacadas que hablen acerca del sida (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). Sin embargo, los indicadores del UNGASS no miden la escala ni la eficacia de tales programas.

Los medios pueden desempeñar un papel esencial en la reducción del estigma y la discriminación relacionados con el VIH. En 2007, la Red Nacional de Sida de Zambia capacitó a más de 300 periodistas para que informaran sobre suestiones relativas al VIH. La Campaña Nacional contra el Estigma Relacionado con el VIH de Ghana, lanzada en enero de 2007, incluyó anuncios en la televisión y la radio nacionales que preguntaban: "¿Quién es usted para juzgar? Las personas que viven con el VIH son iguales a usted".

Aumento de la participación y visibilidad de las personas que viven con el VIH

El silencio, el temor y la vergüenza son algunos de los factores que permiten que se multipliquen el estigma y la discriminación vinculados con el VIH. Para revertir estas condiciones, es necesario:

- promover la visibilidad de las personas que viven con el VIH;
- asegurar su participación integral en la planificación y ejecución de estrategias y programas;
- invertir en estrategias que faculten a las personas que viven con el VIH para trabajar en pos de cambiar las condiciones sociales que facilitan el estigma y la discriminación del VIH.

Las redes de personas que viven con el VIH pueden ayudar a fomentar el liderazgo; además, la movilización social junto con la promoción jurídica pueden hacer posible el cambio social. En Sudáfrica, por ejemplo, la Campaña de Acción por el Tratamiento ha recurrido a un marco jurídico de apoyo y a litigios estratégicos para promover el acceso al tratamiento del VIH (Heywood, 2002; Jones, 2005). En Malawi, la Red de Malawi para las Personas que Viven con el Sida y sus muchos asociados en el campo de los derechos humanos crean conciencia de los derechos de estas personas y conocimiento de dónde acudir por resarcimiento. En Belice, la Alianza contra el Sida ha forjado una alianza de amplio alcance para abogar contra el estigma y la discriminación en ámbitos de atención de la salud y para fomentar la educación en salud sexual y reproductiva.

Entre 1996 y 2007, la Red Zambiana de Personas que Viven con el Sida (NZP+) creció de 28 miembros a más de 50 000. NZP+ opera según un modelo de facultación y rechaza expresamente la noción que sus miembros son "pacientes" vulnerables que deben depender exclusivamente de la caridad. A través de más de 3000 grupos de autoayuda, la NZP+ moviliza a sus miembros a luchar contra el estigma del VIH y a exigir mejor acceso a servicios de calidad.

Lamentablemente, en apenas el 20% de los países los encuestados no gubernamentales indican que las organizaciones de la sociedad civil tienen un acceso significativo al apoyo económico (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). Los gobiernos nacionales y los donantes internacionales deben priorizar la expansión de las capacidades para apoyar a las personas que viven con el VIH. En especial, los donantes deben examinar sus procesos de toma de decisiones para evaluar el grado de ayuda que brindan a fin de facultar a las personas que viven con el VIH para que lideren las respuestas al VIH. Un ejemplo instructivo es el Fondo Colaborativo de Preparación para el Tratamiento del VIH, un proyecto conjunto de la Fundación Tides y de la Coalición Internacional

FIGURA 3.7 Mediana del porcentaje de población alcanzada por los servicios de prevención del VIH dentro del contexto jurídico especificado

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS 2008.

Brasil sin homofobia

En el año 2004, el gobierno brasileño inició el programa "Brasil sin homofobia" para reducir el estigma y la discriminación hacia las personas que tienen relaciones sexuales con personas del mismo sexo. Partiendo del compromiso nacional para abordar la homofobia, el gobierno lanzó una iniciativa nacional en 2008 para tratar el VIH y las infecciones de transmisión sexual entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas transexuales. La iniciativa de 2008 fue motivada por la preocupación del gobierno debido a la persistencia de las elevadas tasas de infección entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que representaban el 40% de todos los diagnósticos de sida entre varones entre 2000 y 2005.

La iniciativa está orientada a que la sociedad civil participe, junto con los gobiernos federales, estatales y locales, para atender el papel del estigma y la discriminación en el aumento del riesgo y la vulnerabilidad al VIH de los hombres brasileños que tienen relaciones con hombres. A mediados de 2008, el Presidente brasileño convocará la primera Conferencia Nacional de Homosexuales, Lesbianas, Bisexuales, Travestis y Transexuales a fin de promover el diálogo nacional sobre la homofobia y el VIH. También se tratará la iniciativa de 2008, que establece objetivos concretos que deben alcanzarse para 2011.

de Preparación para el Tratamiento. Las decisiones en materia de financiamiento y políticas para el Fondo Colaborativo está a cargo exclusivamente de personas que viven con el VIH, quienes trabajan en agrupaciones regionales para identificar las prioridades de financiamiento y proyectan quiénes serán los beneficiarios del trabajo de preparación para el tratamiento.

Ampliación del tratamiento

Además de salvar vidas y reducir el sufrimiento, la inversión pública en el tratamiento antirretrovírico ayuda a mitigar el estigma del VIH ya que destaca el valor asignado a las vidas y el bienestar de las personas que viven con el virus y refleja la inclusión de personas VIH-positivas en el cuerpo político. La ampliación del tratamiento aumenta los incentivos para que las personas se sometan a las pruebas de VIH; esto, a su vez, promueve un debate público más abierto de temas relacionados con el VIH. Un estudio longitudinal realizado en Mombasa, Kenya, descubrió que las personas que toman medicamentos antirretrovíricos presentaban un grado menor de estigma internalizado al cabo de 12 meses de haber iniciado el tratamiento y era más probable que revelaran su infección por el VIH a sus familiares (Kaai et al., 2007).

No obstante, es poco probable que la introducción del tratamiento en sí sirva para erradicar las actitudes negativas hacia las personas que viven con el VIH. En Estados Unidos, por ejemplo, donde los tratamientos para el VIH han estado disponibles durante más de diez años, el 68% de los estadounidenses dicen que les incomodaría tener un dentista VIH-positivo y el 27% preferiría no trabajar cerca de una mujer que viva con el VIH (Blumenthal, 2008).

Prohibición de la discriminación hacia las poblaciones en mayor riesgo

Pocos países informan contar con leyes o normas contra la discriminación que especifiquen amparos para las poblaciones en mayor riego de contraer el VIH. Los informantes no gubernamentales del 26% de los países comunican la existencia de leyes que protegen a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; asimismo, el 21% y el 16% de los países informan contar con leyes contra la discriminación para los profesionales del sexo y los usuarios de drogas inyectables, respectivamente (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). La Figura 3.7 ilustra el contexto jurídico y normativo contra la discriminación en los países que comunicaron datos de cobertura de

Creación de una comunidad entre los hombres que tienen relaciones con hombres en Burundi

Georges Kanuma es el presidente y fundador de la Asociación por el Respeto de los Derechos de los Homosexuales en Burundi.

Georges Kanuma tenía 18 años cuando se dio cuenta de que debía de ser homosexual.

Pero la mayoría de las personas en su ciudad natal de Bujumbura no creen que haya homosexuales africanos. En consecuencia, muchos homosexuales y lesbianas en Burundi sufren vergüenza y aislamiento en secreto, y quienes no ocultan su orientación sexual sufren discriminación en todos los niveles de la sociedad.

Estos problemas indujeron a Kanuma a comenzar una organización llamada la Asociación por el Respeto de los Derechos de los Homosexuales (ARDHO) que ya cuenta con 25 miembros. "Estamos aquí para demostrar que la homosexualidad es una realidad obvia en Burundi", declara Kanuma. "Fundamos ARDHO para luchar por nuestra integración social, para reclamar la comprensión de la sociedad y para combatir nuestra marginación y el VIH/sida dentro de nuestra comunidad".

En un mundo hostil, la asociación ofrece una comunidad solidaria. También desafía tabúes mediante la realización de talleres de educación sobre el VIH y sexo seguro en los que se habla abiertamente sobre los riesgos del sexo anal sin protección. La asociación ha descubierto que son pocos los hombres que tienen relaciones con hombres conscientes de su vulnerabilidad física al virus; en general, creen, equivocadamente, que sólo pueden contraer la infección en relaciones sexuales genito-genitales. "Intentamos organizar sesiones informativas acerca de las vías de infección del VIH y de los modos de prevención", explica Kanuma. "Nos reunimos dos veces al mes y movilizamos a nuestros compañeros homosexuales y a nuestras parejas respecto al uso de geles y preservativos".

El ambiente de homofobia parece extenderse a otras organizaciones vinculadas a la respuesta al VIH. Además del ONUSIDA, sólo dos organizaciones no gubernamentales apoyan a la asociación. Esto significa que ARDHO sigue siendo una asociación no inscripta y sufre la continua escasez de materiales educativos, preservativos y otros recursos. Otra marcada necesidad, aunque de remota realización, se refiere a los servicios específicos relacionados con el VIH para hombres que tienen relaciones con hombres, en especial quienes han sufrido de violencia de género.

Todos los miembros de la asociación tienen historias personales de estigma y discriminación. "Nuestros padres se niegan a pagar nuestras cuotas escolares, por ejemplo, y a cuidarnos cuando estamos enfermas", cuenta Flaviana, un miembro de la asociación. "Nuestros hermanos y hermanas nos insultan y se burlan de nosotros… y sufrimos discriminación incluso en el lugar de trabajo. Las personas religiosas incitan a la población en contra de nosotros, diciendo que somos una señal de presagio del fin del mundo".

El padre de un miembro del grupo lo golpeó y echó del hogar familiar; otro integrante fue obligado a abandonar la escuela porque sus maestros creían que Dios lo había maldecido. Kanuma sostiene que esta clase de trato conduce al uso indebido de alcohol y de drogas, un resultado que, a su vez, aumenta el riesgo de contraer el VIH.

A pesar de todas estas dificultades, Kanuma y sus amigos están felices con sus vidas. "Por fin tengo una pareja", cuenta, "Acepto mi vida y estoy orgulloso de ella".

buena calidad para los programas de prevención del VIH dirigidos a distintas poblaciones de mayor riesgo. Entre los países que presentaron datos de cobertura, la difusión de los programas de prevención del VIH para las poblaciones de mayor riesgo es, en general, mejor en los países con legislación vigente contra la discriminación que en los países que carecen de leyes de esa índole.

Además, una organización internacional no gubernamental comunicó que, en 2007, 91 países (en su mayoría de ingresos bajos y medianos) tenían leyes que prohibían las relaciones sexuales consensuadas entre adultos del mismo sexo (Ottosson, 2007). Siete países imponen la pena de muerte a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Sin embargo, en los últimos años, varios países han revocado las leyes que penalizan las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, a veces en respuesta a fallos judiciales. En 2003, la Corte Suprema de Estados Unidos suprimió todas las leyes estatales en contra de la sodomía alegando que constituían una violación a los derechos humanos según la Constitución del país. La Constitución de Sudáfrica posterior al apartheid prohíbe específicamente la discriminación por motivos de orientación sexual (Gable et al., 2007).

En general, las fuentes no gubernamentales informan que una minoría significativa de países tiene leyes que interfieren con su capacidad de proveer servicios a los usuarios de drogas inyectables (40%), los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (32%) y los profesionales del sexo (45%) (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008).

La mayoría de las jurisdicciones en todo el mundo prohíbe la venta y compra de sexo, por lo que la protección de los derechos humanos de los profesionales del sexo (incluidos sus derechos a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH) resulta un desafío de enormes proporciones (Gable et al., 2007). Incluso en aquellos lugares donde no se prohíbe el comercio sexual, los profesionales del sexo suelen ser objeto de acoso por parte de la policía. Desde que el comercio sexual se despenalizó en 2003, Nueva Zelanda ha tomado medidas para promover el uso de preservativos en las relaciones sexuales comerciales (Gable et al., 2007). Un objetivo clave de la reforma legal progresiva para el comercio sexual es reducir la estigmatización de los profesionales del sexo y el acoso al que están sometidos y evitar que se les coloque en situaciones que amenacen su salud y seguridad. Algunos defensores de la reforma legal han citado favorablemente al "modelo sueco", que penaliza al comprador de sexo pero no al profesional del sexo. Sin embargo, quienes critican este enfoque sostienen que esas leyes no han erradicado la vigilancia penal ni el acoso oficial hacia los profesionales del sexo en el marco de dichas leyes (Open Society Institute, 2006a). La participación y sensibilización de la policía es un componente fundamental de una respuesta eficaz y a largo plazo orientado a aumentar el acceso de los profesionales del sexo a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

La hostilidad hacia las poblaciones más expuestas al riesgo, a menudo inducida por leyes que no conciernen directamente al VIH, puede socavar las reformas sólidas y progresivas de las políticas. Por ejemplo, en 2005, Ucrania comenzó a poner en prácticas programas de tratamiento de sustitución con buprenorfina para los usuarios de drogas inyectables, pero la persistente alta prevalencia de actitudes y prácticas estigmatizantes y discriminatorias desalienta a muchas personas de utilizarlos. Esta clase de prácticas incluye la penalización del consumo de drogas y las exigencias de que los usuarios sean registrados en organismos del orden público y establecimientos de atención sanitaria. Según las encuestas a usuarios de drogas y profesionales del sexo en Ucrania, los policías frecuentemente acosan a los agentes de extensión a cargo de proyectos de reducción del daño, y los proveedores de atención sanitaria suelen discriminar activamente a los usuarios de drogas. Muchos usuarios de drogas ucranianos evitan buscar tratamiento para su adicción o su infección por el VIH debido a las exigencias legales de que sus nombres sean notificados a la policía (Human Rights Watch, 2006). Sin embargo, la experiencia

FIGURA 3.8 Prevalencia del VIH según el nivel de riqueza: Hombres

Fuente: Mishra V, Bignami-Van Assche S, Greener R, Vaessen M, Hong R, Ghys P, Boerma T, Van Assche A, Khan S, Rutstein S, "HIV infection does not disproportionately affect the poorer in sub-Saharan Africa", 2007, AIDS, Vol 21 Suplemento 7, noviembre de 2007.

Pobreza, desigualdad en los ingresos y vulnerabilidad al VIH

La relación entre condición socioeconómica y salud está bien documentada: en general, las personas con mayores ingresos gozan de un mejor estado de salud que aquellos de condición socioeconómica más baja. Se ha demostrado que esto se aplica en la mayoría de las medidas de salud, entre ellas, nutrición, morbilidad y mortalidad y el uso de asistencia sanitaria. Las variaciones en el estado de salud suelen seguir una pendiente en la que las personas en cada nivel sucesivo de ingresos presentan mejor salud que aquellas ubicadas directamente por debajo (Marmot, 2006; Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2007).

El VIH no reconoce fronteras socioeconómicas. No obstante, la vasta mayoría de las personas que viven con el VIH pertenecen a países de ingresos bajos y medianos, y las regiones más pobres del mundo soportan una carga considerablemente mayor de la enfermedad por VIH. Por ejemplo, África subsahariana (que tiene uno de los índices más altos de pobreza extrema del mundo) alberga poco más del 10% de la población mundial, pero representa más de dos tercios (68%) del total de personas que viven con el VIH (Oficina de Referencia de Población, 2007; ONUSIDA, 2007d). Más del 40% de la población de la región vive con menos de un dólar estadounidense por día (Chen y Revaillon, 2004).

La desproporcionada carga del VIH en países de ingresos bajos y la mayor gravedad del impacto de la enfermedad en hogares de escasos recursos a menudo inducen a la suposición de que el VIH es una "enfermedad de la pobreza" y de que las personas pobres corren un mayor riesgo de contraer la infección. De hecho, la relación entre pobreza absoluta y riesgo de contraer la infección es mucho más compleja y depende, en gran parte, del contexto.

En África subsahariana, por ejemplo, la prevalencia del VIH es más alta no en los países más pobres sino en dos de los más ricos: Sudáfrica y Botswana, el 18,8% y el 24,1% respectivamente (ONUSIDA, 2007b). En la misma región, un análisis reciente de ocho encuestas nacionales descubrió una prevalencia del VIH mayor entre adultos con mayores niveles de riqueza que entre aquellos con menores niveles de riqueza (Mishra et al., 2007) (Figura 3.8). Estos resultados se asocian a que las personas de mayores recursos y educación suelen tener mayor autonomía sexual, índices más elevados de cambio de parejas (debido a su mayor movilidad) y mayor propensión a vivir en ciudades (donde la prevalencia del VIH suele ser más alta) (Gillespie, Kadiyala y Greener, 2007). Estos resultados destacan la importancia de las estrategias de prevención dirigidas a todos los estratos socioeconómicos.

Algunos investigadores especulan que es posible que esta dinámica cambie en etapas posteriores de la epidemia, debido a que es más probable que las personas más ricas tengan acceso a información sobre prevención del VIH y a preservativos y a que adopten cambios de comportamiento (Lopman et al., 2007). Una revisión reciente de la relación entre nivel de estudios y riesgo de contraer el VIH documenta un cambio en el transcurso del tiempo hacia una prevalencia más alta del VIH entre las personas con menor nivel de estudios en África subsahariana (Hargreaves et al., 2008).

Aunque las personas más pobres, como grupo, no necesariamente están expuestas a un mayor riesgo de contraer la infección, hay situaciones en que la combinación de género y pobreza genera riesgo. Por ejemplo, la inseguridad alimentaria se asocia con un aumento en las probabilidades de sometimiento a prácticas sexuales de riesgo en las mujeres, incluida la probabilidad de vender sexo por dinero o recursos y de sometimiento a relaciones sexuales sin protección o intergeneracionales (Weiser et al., 2007). Además, es menos probable que las mujeres pobres o económicamente dependientes de sus parejas masculinas eviten o abandonen una relación en la que podrían llegar a contraer la infección.

Otros estudios apuntan a una posible relación entre la desigualdad de ingresos y el riesgo de contraer el VIH, con mayor riesgo (según una medición a nivel de la población por prevalencia del VIH) en países con desigualdad más pronunciada en los ingresos (Gillespie, Kadiyala y Greener, 2007; Piot, Greener y Russell, 2007). Aún resta esclarecer las vías concretas a través de las que la desigualdad en los ingresos contribuye al riesgo y la vulnerabilidad vinculados al VIH y, de hecho, si existe una relación causal. Sin embargo, algunos investigadores sugieren que la desigualdad en los ingresos puede reflejar el nivel de cohesión de una sociedad, en la que las mayores disparidades de ingresos reflejarían una mayor estratificación social entre los grupos socioeconómicos. Es necesario realizar investigaciones adicionales a nivel subnacional y comunitario antes de que sea posible formular políticas sólidas pertinentes.

en Asia demuestra que las leyes contra las drogas no necesariamente impiden de manera permanente la introducción de programas de reducción del daño. Diversos países, entre ellos, China, la República Islámica de Irán y Viet Nam han introducido o expandido recientemente iniciativas fundamentadas en pruebas para prevenir la transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectables (véase el Capítulo 4).

Al igual que con la discriminación vinculada al VIH, la promulgación de leyes contra la discriminación de los grupos en mayor riesgo de exposición al VIH debe respaldarse mediante acciones enérgicas para hacer cumplir dichas leyes. Por ejemplo, en Perú, el gobierno nacional ha intentado mejorar la denuncia de las violaciones y su resarcimiento según las leyes sobre derechos humanos del país mediante la confección de mapas de los factores determinantes del estigma y la discriminación hacia los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los profesionales del sexo y los reclusos, y de las iniciativas que aumentan las capacidades de las oficinas de defensoría del pueblo subnacionales. Sin embargo, los informantes no gubernamentales indican que una gran parte de los países de la mayoría de las regiones carecen de mecanismos para registrar, documentar y resolver casos de discriminación experimentados por las personas que viven con el VIH y las poblaciones en mayor riesgo de contraer el virus. Los países de las regiones del Caribe y de América Latina son los que tienen mayores probabilidades de contar con esos mecanismos (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008).

Facultación de la comunidad en las poblaciones más expuestas al riesgo

El acceso al apoyo social, a veces mencionado como "capital social", es fundamental para reducir la vulnerabilidad de los grupos marginados o despojados de derechos. En prácticamente todos los países en los que se ha invertido el curso de la epidemia del VIH, la movilización de las comunidades locales fue el motor central de la respuesta nacional al VIH (Merson, 2008). Sin embargo, no todos los países tienen una tradición de compromiso y facultación de las comunidades. En las comunidades en las que es posible que los comportamientos de riesgo sean penalizados, es escasa la capacidad de movilización en respuesta a la epidemia. A pesar de estos obstáculos, las comunidades de todo el mundo se han organizado para afrontar el desafío del VIH, a menudo con magros recursos y con considerables riesgos para las personas implicadas. Los donantes internacionales han sido lentos en su apoyo de estos esfuerzos; esta demora señala un importante vacío en la respuesta mundial al VIH que se debe enmendar.

La situación de los profesionales del sexo ejemplifica la necesidad de apoyo social. Cientos, quizás miles, de grupos de base y de organizaciones no gubernamentales representan o prestan servicio a los profesionales del sexo en todo el mundo. En general, no obstante, el apoyo financiero para estos grupos es escaso, aunque ciertos financiadores han priorizado la ayuda destinada a actividades de desarrollo comunitario, apoyo recíproco y promoción entre los profesionales del sexo (Open Society Institute, 2006b). El financiamiento de la prevención del VIH ha apoyado los programas que llegan a los profesionales del sexo de todas las regiones, pero con frecuencia esos programas no están dirigidos por ni para los profesionales del sexo (Open Society Institute, 2006a). Algunas iniciativas de prevención del VIH orientadas a los profesionales del sexo los han considerado principalmente como "vectores de transmisión", mientras que las de mayor éxito los han facultado. Por ejemplo, el proyecto Sonagachi en Calcutta, India, que empleó un abordaje de facultación para fortalecer los servicios de salud para profesionales del sexo, se asoció con un aumento significativo en el uso de preservativos y con una reducción en la incidencia del VIH y de infecciones de transmisión sexual (Pardasani, 2005; Jenkins y Sarkar, 2007). Lamentablemente, las leyes de los gobiernos nacionales y las normas de las organizaciones multilaterales a menudo hacen que sea difícil registrar a las organizaciones no gubernamentales que representan a los profesionales del sexo (Open Society Institute, 2006a).

En los países de ingresos altos, en los primeros años de la epidemia, los hombres homosexuales pudieron organizar sólidas respuestas de base comunitaria al VIH apoyadas en infraestructuras de la comunidad que existían antes de la epidemia (Shilts, 1987). La conciencia de grupo y la organización comunitaria entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres están aumentando en varios países, sin embargo, las infraestructuras comunitarias siguen siendo débiles en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos, en especial en contextos en los que la homosexualidad sigue siendo altamente estigmatizada. En 2005, el financiamiento para organizaciones de lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales e intersexuales en los países de ingresos bajos y medianos sumó menos de 10,5 millones de dólares estadounidenses (Funders for Lesbian and Gay Issues, 2007). En 2005, el presupuesto anual promedio de esas organizaciones en los países de ingresos bajos y medianos fue de US$ 7600. En un ejercicio mundial de levantamiento de mapas, América Latina representó más de la mitad (54%) de las organizaciones de lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales e intersexuales identificadas en los países de ingresos bajos y medianos (Funders for Lesbian and Gay Issues, 2007).

Entre los usuarios de drogas que enfrentan el mundo de las iniciativas del VIH, la consigna es "Nada sobre nosotros sin nosotros" (Red Jurídica Canadiense sobre el VIH/Sida). Las iniciativas de facultación de la comunidad pueden ayudar a los usuarios de drogas y a sus defensores y proveedores de servicios, a superar las barreras institucionales al acceso a los servicios. En las Filipinas, por ejemplo, se aprovechó el apoyo temprano para una iniciativa entre grupos de pares de usuarios de drogas de la Alianza Internacional contra el VIH/Sida y del Programa de Apoyo de las ONG de Filipinas para obtener apoyo a largo plazo del Fondo Mundial. El proyecto capacita a usuarios de drogas inyectables como promotores de la reducción del daño y propicia alianzas con funcionarios de los gobiernos locales. Además de suministrar agujas estériles y preservativos, el proyecto ha formado un grupo de educadores inter pares que ha ayudado a

Comunicación para el cambio social

La comunicación para el cambio social (CCS) implica el uso estratégico de estrategias de promoción, comunicación y movilización para facilitar o acelerar el cambio social. En el contexto del VIH, las estrategias de CCS pueden ayudar a modificar las actitudes y conductas sociales subyacentes que contribuyen al riesgo y la vulnerabilidad al VIH.

Los programas exitosos de CCS combinan enfoques de medios masivos de difusión, estrategias de participación comunitaria y estrategias de facultación con otras formas de promoción y comunicación informativa y motivadora. El objetivo de la comunicación para el cambio social es actuar como catalizadora de acciones en distintos niveles: individual, comunitario y de políticas.

Los programas de comunicación para el cambio social funcionan. Se han evaluado rigurosamente y se ha demostrado que producen cambios significativos y duraderos en prácticas profundamente arraigadas. En agosto de 2007, el ONUSIDA celebró una Consulta Técnica sobre la Comunicación para el Cambio Social a fin de lograr una mejor comprensión del papel de la CCS en la respuesta mundial al VIH (ONUSIDA, 2007c). En 2008, el ONUSIDA elaborará directrices prácticas y apoyo técnico sobre CCS para programas nacionales relativos al sida.

Fuente: Adaptado de una definición del ONUSIDA de la comunicación para el cambio social desarrollada con una serie de grupos interesados internacionales durante una Consulta Técnica en Agosto de 2007. El informe de la reunión y el documento de trabajo están disponibles en línea en http://www.unaids.org.

sacar a los usuarios de drogas de las sombras y ha aumentado la sensibilización y aceptación públicas de los servicios de reducción del daño. Aunque los datos cuantitativos sobre el proyecto son limitados, el número de lugares de reunión donde se inyectan drogas (*shooting galleries*) ha disminuido considerablemente desde que comenzó el proyecto y ha aumentado significativamente la visibilidad de antiguos y actuales usuarios de drogas.

Liderazgo para el cambio

Hace tiempo que se ha reconocido que la respuesta al VIH debe estar fundamentada en pruebas y basada en los derechos. En este sentido, la epidemia del VIH ha demostrado en reiteradas ocasiones que las respuestas eficaces son las que también facultan a las personas y a los grupos a través de la ejecución de sus derechos humanos: el derecho a la educación, la expresión, la privacidad, la salud, la igualdad entre sexos, así como también el derecho a no ser víctimas de discriminación ni de violencia por razones de género. No obstante, cambiar las normas perjudiciales de género para reducir la vulnerabilidad al VIH, al igual que eliminar el estigma y la discriminación, exigirá un liderazgo audaz de parte de muchos grupos interesados. Temas que suelen considerarse privados o reservados se deben exponer abiertamente y debatirse, y es posible que sea necesario cambiar leyes, políticas oficiales y prioridades programáticas. En especial, las mujeres, los jóvenes, las personas que viven con el VIH y la población clave de riesgo, en particular los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los profesionales del sexo y los usuarios de drogas inyectables, deben desempeñar un papel más significativo en la toma de decisiones, la planificación y la supervisión continua de los avances hacia el objetivo de acceso universal.

Resulta imperativo desarrollar una mayor capacidad técnica sobre cuestiones de género y derechos humanos, avanzar del apoyo conceptual para un enfoque basado en los derechos a la puesta en práctica de ese enfoque. La adopción de políticas para tratar estas causas sociales de la vulnerabilidad al VIH es un importante primer paso. Sin embargo, el éxito estará determinado, en última instancia, por la asignación de recursos suficientes y el uso de programas comprobados (incluidas las estrategias de comunicación para el cambio social a fin de modificar las normas sociales).

La ejecución exigirá una visión a largo plazo de la epidemia y el reconocimiento de que sólo con el paso del tiempo se podrá medir el impacto de algunos programas. También se deben acelerar las acciones actuales para integrar la programación sobre el VIH en marcos más amplios de alivio de la pobreza y de fomento del desarrollo. Además, se puede conseguir una importante sinergia de asociaciones más sólidas entre quienes trabajan en el campo del VIH y quienes trabajan en derechos humanos, incluidos los derechos de las mujeres y los niños.

En el nivel nacional, la priorización de las poblaciones vulnerables posiblemente exija cambios en el financiamiento entre áreas programáticas o poblaciones y la ejecución de estrategias que no sólo tengan un impacto en el VIH sino también en la sociedad en su conjunto; en consecuencia, es probable que esta priorización se considere políticamente controvertida. No obstante, el uso de financiamiento destinado al VIH en estrategias que no estén dirigidas al centro del riesgo y la vulnerabilidad al VIH entre mujeres, jóvenes, personas que viven con el VIH y poblaciones clave de riesgo es ineficiente y es el enfoque que se debe considerar más polémico.

Las pruebas obtenidas sobre el terreno han contribuido a identificar estrategias eficaces para reducir la desigualdad entre sexos y el estigma y la discriminación vinculados con el VIH. Estos factores están fuera del control directo de la persona, pero tienen un efecto profundo en el riesgo y la vulnerabilidad relacionados con el VIH. En los últimos años, también ha progresado la comprensión de la compleja asociación entre VIH, desigualdad en los ingresos y pobreza. Se necesitan futuras investigaciones y modelos adicionales de programas eficaces, pero ahora es el momento de actuar.

Pruebas para la acción

¿Se están tomando las medidas correctas?

- El 80% de los países tratan a la mujer específicamente como un componente de su estrategia nacional sobre el VIH y el 83% de los países informa contar con una política para asegurar la igualdad de acceso de mujeres y hombres a los servicios del VIH.
- Aproximadamente dos tercios (67%) de los países declaran tener leyes que protegen a las personas VIH-positivas de la discriminación.
- Una mayoría de países (67%) declaran contar con leyes, reglamentación o políticas que ofrecen protección contra la discriminación para las personas que viven con el VIH.

¿Las medidas correctas se toman de la manera correcta?

- Sólo aproximadamente la mitad de los países (53%) declara partidas presupuestarias específicamente destinadas a programas relacionados con el VIH para mujeres y niñas.
- Menos de la mitad de los países (47%) informan que apoyan la prestación de servicios jurídicos para ayudar a las personas que viven con el VIH a hacer valer sus derechos conforme a los amparos contra la discriminación.
- Aproximadamente dos tercios (63%) de los países declaran contar con leyes, reglamentación o políticas vigentes que obstaculizan el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH entre las poblaciones más expuestas.

¿Estas medidas se han ampliado lo suficiente como para marcar una diferencia?

- Las organizaciones de la sociedad civil tienen acceso significativo a ayuda económica en uno de cada cinco países.
- Pocos países tienen amparos legales para las poblaciones en mayor riesgo de contraer infección por el VIH. El 26% de los países declara tener leyes que protegen a los hombres que tienen relaciones con hombres, el 21% tiene leyes contra la discriminación hacia profesionales del sexo y menos de un quinto (16%) cuenta con leyes contra la discriminación hacia usuarios de drogas inyectables.
- Los datos sobre la magnitud, la calidad, el alcance o el impacto de los programas informados por los países aún son insuficientes.

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

Campamento Goodtime

"No soy como las demás chicas del colegio", dice Stephanie, una adolescente australiana que vive con el VIH. "Bueno, sí lo soy... pero también tengo que lidiar con los secretos, la discriminación, las actitudes ignorantes en la escuela, con qué les diré a mis compañeros seronegativos y con el miedo constante de que me descubran..."

Stephanie nació con el VIH cuando Australia era presa del terror respecto de la enfermedad. Aunque un sistema médico de primera clase la ha mantenido saludable y fuerte, ha sufrido en manos de una comunidad que, en otras circunstancias, habría sido comprensiva.

"La escuela secundaria es dura para cualquier adolescente, pero a mí, la sombra del silencio me asedia día a día", comenta. "Cualquier actividad normal para los adolescentes australianos, como quedarse a dormir en la casa de un amigo, exige mucho más que sólo empacar el pijama y el cepillo de dientes. Tener que esconder los medicamentos para que los amigos y su familia no los vean se convierte en una tarea complicada.

En la escuela, Stephanie ha padecido toda la gama del temor y la ignorancia de la gente respecto del VIH, desde bromas crueles hasta la discriminación activa. En la escuela a la que iba antes había revelado su estado respecto del VIH a la vicedirectora y se le indicó que, a menos que lo informara a toda la escuela, debería irse. Así que se fue, pero no antes de que su enfermedad se diera a conocer al personal.

"Hay muchas historias desgarradoras sobre niños pequeños que son humillados a causa de una enfermedad que heredaron. Pero los adolescentes australianos infectados con el VIH no vamos a rendirnos sin dar batalla", sostiene. "El hecho de que personas como yo aún estemos aquí demuestra que las personas con VIH son algunas de las más fuertes del mundo..."

Existe sólo un breve período en el año durante el cual Stephanie no necesita temer a la discriminación: eso es cuando va al Campamento Goodtime, el campamento nacional anual para los niños VIH-positivos y sus familias. "No hay nada como los lazos entre los adolescentes positivos. Cuando nos reunimos no podemos dejar de reír, de llorar, de apoyarnos y de contar historias sobre campamentos pasados y miembros que han fallecido", comenta.

Para los adolescentes positivos, el campamento significa más que sus medicamentos. "Campamento Goodtime significa aceptación, amor… y la posibilidad de expresarte con libertad, sin temor", dice.

Stephanie siente que debe su supervivencia al campamento y al apoyo y la fuerza que ha recibido de su madre y de sus amigos VIH-positivos. Un mentor inspirado que la presentó a un grupo de apoyo para mujeres VIH-positivas también la ayudó a definir su función como intercesora para los adolescentes que viven con el VIH. "Me abrió los ojos para que entendiera que debía cambiar por mí misma en vez de esperar que alguien más lo hiciera por mí".

Cuando tenía 15 años, Stephanie se dirigió a un grupo de mujeres VIH-positivas en la Cumbre Internacional de Mujeres. Las desafió con estas palabras: "Me llamo Stephanie. He sobrevivido a la guerra del VIH y tengo algo que decirle al mundo. ¿Y ustedes?"

Prevenir nuevas infecciones por el VIH: la clave para invertir el curso de la epidemia

4

Capítulo 4

FIGURA 4.1 Eventos seleccionados relacionados con la prevención del VIH

Hallazgos clave

- La epidemia mundial de VIH no puede revertirse, ni los avances para ampliar el acceso al tratamiento pueden sostenerse, sin un mayor progreso hacia la reducción de la tasa de nuevas infecciones por el VIH.
- Las estrategias de prevención existentes pueden ser eficaces para reducir el riesgo de exposición al VIH. Sin embargo, los programas de prevención, en especial en países con epidemias concentradas, no llegan a muchas personas con un riesgo elevado de exposición al VIH, entre ellas, la mayoría de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los usuarios de drogas inyectables.
- Los jóvenes de 15 a 24 años representan el 45% del total de nuevas infecciones por el VIH en adultos, y gran cantidad de jóvenes aún no cuentan con información completa y exacta acerca de cómo evitar la exposición al virus.
- En los dos últimos años, se progresó mucho en la ampliación del acceso a los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil. Este progreso sugiere que, en el futuro y con suficiente financiación, compromiso y acción estratégica, este modo de transmisión del VIH podría presentarse sólo en casos aislados.
- Las iniciativas de prevención deben centrarse de un modo más estratégico en las parejas sexuales, en particular las que incrementan el riesgo de exposición al VIH; entre ellas, las relaciones serodiscordantes y las parejas múltiples y concurrentes.
- Los programas de prevención no alcanzarán su eficacia máxima a menos que estén respaldados por iniciativas eficaces que traten los factores sociales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad, como la desigualdad entre sexos, la discriminación y el estigma relacionados con el VIH, y la marginación social de las poblaciones más expuestas al VIH.

- El sostenimiento de los avances en la prevención representa uno de los grandes desafíos para la prevención del VIH. Para mantener una respuesta de prevención que sea contundente, los países deben alimentar un "movimiento de prevención", desarrollar la capacidad técnica y poner a disposición los recursos humanos necesarios para sostener los esfuerzos de prevención, y trabajar para estimular una mayor demanda de servicios de prevención.

El curso de la epidemia del VIH no puede invertirse sin obtener éxito rotundo y sostenido en la prevención de nuevas infecciones por el VIH. La prevención del VIH sigue siendo —según las palabras de la *Declaración de compromiso sobre el VIH/Sida*— "el pilar de la respuesta". En los últimos años, el acceso al tratamiento se amplió en forma progresiva, pero las iniciativas para prevenir nuevas infecciones por el VIH se han quedado atrás. Mientras que el 87% de los países con metas de acceso universal han fijado objetivos para el tratamiento del VIH, solamente alrededor del 50% de estos países plantean metas para las estrategias clave de prevención del VIH.

Entre 2005 y 2007, los programas relacionados con el VIH dispusieron de nuevas e importantes fuentes de financiamiento en los países de ingresos bajos y medianos; además, según lo revela el análisis a continuación, mejoró el acceso a ciertos componentes de la prevención integral del VIH. Sin embargo, a mitad de camino del plazo establecido por los Objetivos de Desarrollo del Milenio, muchas de las personas con riesgo de infección por el VIH carecen de un acceso significativo a los servicios de prevención fundamentados en pruebas.[1]

Este capítulo se centra en las actividades de prevención del VIH. Se complementa con el Capítulo 3, que describe los factores sociales que deben atenderse para potenciar el impacto de los programas de prevención del VIH. Este capítulo comienza con un breve resumen del fundamento en pruebas para los instrumentos y las estrategias disponibles de prevención del VIH, y luego brinda información acerca de la cobertura de los programas e identifica las acciones clave necesarias para amplificar el impacto estratégico de las iniciativas de prevención del VIH. Una sección de cierre examina el desafío de sostener los avances en la prevención del VIH, a la vez que recalca la necesidad de desarrollar capacidades de prevención locales y nacionales, y de crear un movimiento social amplio que genere una demanda continua de servicios de prevención.

El fundamento en pruebas de la prevención del VIH

Una vasta experiencia en diversas regiones ha demostrado la eficacia de una amplia variedad de estrategias de prevención del VIH. Existen estrategias eficaces para prevenir todos los modos de transmisión del VIH: sexual, por la sangre (que incluye la transmisión por el uso de drogas inyectables o en ámbitos de atención sanitaria) y maternoinfantil (véase Wegbreit, 2006). Los métodos de prevención del VIH incluyen estrategias para:

- modificar comportamientos sexuales y de consumo de drogas;
- promover el uso correcto y sistemático de preservativos masculinos y femeninos;
- reducir el número de parejas sexuales;
- mejorar el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual;
- ampliar el acceso al asesoramiento y las pruebas de VIH;
- aumentar el acceso a programas de reducción del daño para consumidores de drogas;
- promover la circuncisión médica masculina; y
- garantizar el control eficaz de la infección en ámbitos de atención sanitaria (ONUSIDA, 2005).[2]

[1] Las estrategias de prevención fundamentadas en pruebas son aquellas que tienen una base en pruebas científicas fiables. Los factores pertinentes a la adopción de decisiones a escala nacional sobre las estrategias de prevención del VIH incluyen no sólo las pruebas, sino también la relevancia, el costo, la factibilidad y la equidad.

[2] Estudios observacionales indican que, en países que aplicaron programas de prevención del VIH durante los primeros años de la epidemia, los cambios de comportamiento en la población disminuyeron la incidencia del VIH en un promedio del 50% al 90% (Auerbach, Hayes y Kandathil, 2006).

En los últimos años, se confirmó la circuncisión masculina como una metodología potencialmente valiosa para reducir el riesgo del VIH en los varones. Entre otros progresos recientes, se encuentran el surgimiento de un grupo de estrategias de prevención del VIH centradas en la terapia antirretrovírica; estas estrategias incluyen la prevención de la transmisión maternoinfantil, profilaxis posexposición, pautas posológicas experimentales para la profilaxis previa a la exposición[3]; y probables beneficios de prevención secundaria de la administración terapéutica de medicamentos antirretrovíricos. Las iniciativas de prevención son muy eficaces cuando incluyen combinaciones de estrategias fundamentadas en pruebas que satisfacen necesidades específicas de las personas en riesgo. Llevar a escala la prevención del VIH en forma combinada evitaría más de la mitad del total de las nuevas infecciones cuya aparición está proyectada entre 2005 y 2015 (Stover et al., 2006).

Del mismo modo, se establecieron directrices claras para la identificación nacional de prioridades de prevención. Se identificaron programas esenciales necesarios para la prevención del VIH, que van desde programas específicos para prevenir la transmisión sexual o por drogas hasta estrategias para proteger la seguridad de los suministros de sangre en el país. Los países pueden consultar la orientación normativa sobre las medidas esenciales en materia de política para respaldar las estrategias nacionales de prevención del VIH (ONUSIDA, 2005).

La selección de la combinación particular de estrategias de prevención que mejor responda a las condiciones nacionales debe estar guiada por las pruebas. Se recomienda que los países "conozcan su epidemia y su respuesta". Mediante un fundamento en pruebas sólido y que mejore constantemente, los países pueden:

- identificar los comportamientos y los ámbitos vinculados a la transmisión del VIH, y a las poblaciones más expuestas al VIH;
- comprender las tendencias epidemiológicas clave;
- evaluar el alcance, la escala, la calidad y la orientación de los programas de prevención;
- abordar factores contextuales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad al VIH; y
- cerrar diferencias en el acceso a los servicios esenciales de prevención (véase ONUSIDA, 2005; ONUSIDA, 2007a).

Maximizar el impacto estratégico de la prevención del VIH

En años anteriores, el *Informe sobre la epidemia mundial de sida* resumió las pruebas de la eficacia de los componentes individuales de la prevención integral del VIH (véase ONUSIDA, 2006a). El resto de este capítulo trata de un número determinado de medidas de alto impacto para maximizar las consecuencias de los enfoques actuales para la prevención del VIH. Mediante el uso más estratégico de la prevención del VIH fundamentada en pruebas y mediante la esperada discusión de ciertos asuntos clave hasta ahora ignorados o menoscabados, es posible lograr un progreso acelerado hacia el objetivo último de invertir el curso de la epidemia mundial para el año 2015, según establece el Objetivo de Desarrollo del Milenio 6.

Programas de prevención del VIH abiertos, precisos e integrales dirigidos a jóvenes

La epidemia mundial no puede revertirse sin el éxito sostenido de reducción del número de nuevas infecciones por el VIH entre los jóvenes. Casi la mitad de la población del mundo es menor de 25 años (UNFPA, 2006). Se calcula que, en 2007 en todo el mundo, los jóvenes menores de 25 representaron un 45% del total de las nuevas infecciones por el VIH en adultos.

[3] Para marzo de 2009, se encontraban en marcha o bien planificados ensayos para ocho métodos experimentales diferentes de profilaxis previa a la exposición. Dos de estos ensayos estudian formulaciones tópicas; uno de ellos es CAPRISA 004, el primer ensayo de un microbicida que incorpora medicamentos antirretrovíricos.

¿El liderazgo nacional influye en la prevención del VIH? El caso de Namibia

En los últimos años, el gobierno de Namibia tomó medidas para consolidar la respuesta del país al VIH, que está guiada por un plan estratégico de cinco años cuyo objetivo primordial es reducir la incidencia del VIH. En los últimos dos años, el país incrementó su gasto interno en programas de VIH a más del doble, además movilizó con éxito un apoyo externo sustancialmente mayor. En 2007, el país promulgó leyes para estimular y guiar mayores esfuerzos para el VIH por parte de una amplia gama de ministerios y sectores nacionales.

Estos esfuerzos están dando sus frutos en forma de cobertura mejorada para las iniciativas de prevención esenciales, así como tendencias epidemiológicas y comportamentales favorables. La educación sobre el VIH basada en las aptitudes necesarias para la vida ahora se imparte en el 79% de las escuelas secundarias, una campaña nacional se ha dedicado al riesgo del VIH y el alcoholismo, y el sector público distribuye más de 25 millones de preservativos masculinos gratuitos por año (equivalente a siete preservativos por hombre de 15 a 49 años). Namibia tiene la tasa más alta de pruebas del VIH de los 38 países que participaron recientemente de la Encuesta Demográfica y de Salud, con un 29% de mujeres y un 18% de hombres entre 15 a 49 años que recibieron los resultados de una prueba del VIH en los últimos 12 meses (Measure DHS, 2008). Los niveles de conocimiento acerca del VIH y el uso del preservativo se han incrementado, mientras que los índices de relaciones sexuales antes de los 15 años y relaciones sexuales con más de una pareja disminuyeron en los últimos 12 meses (Figura 4.2). La prevalencia del VIH en adultos parece haberse estabilizado, mientras que la prevalencia del VIH en las mujeres jóvenes que asisten a dispensarios prenatales disminuyó del 18% en 2003 al 14% en 2007.

FIGURA 4.2 Namibia: conocimientos y comportamientos relacionados con el VIH en la población general, 2000–2006

Fuente: Informe de progreso de Namibia, 2008.

CAPÍTULO 4

Adaptación de las iniciativas de prevención a los diversos ámbitos

Los países con diferentes características epidémicas inevitablemente necesitarán estrategias nacionales diferentes para aplicar programas eficaces de prevención del VIH. La epidemia del VIH recibe la clasificación de epidemia de bajo nivel, concentrada, generalizada o hiperendémica, según se detalla a continuación.

- En una epidemia de bajo nivel, la infección por el VIH puede existir desde hace muchos años, pero nunca se ha propagado hasta alcanzar niveles significativos en ninguna subpoblación.
- En una epidemia concentrada, el VIH se ha propagado con celeridad en una subpoblación definida, pero no se ha arraigado en la población general. Esta tendencia indica redes activas de riesgo dentro de la subpoblación. El curso que seguirá la epidemia estará determinado por la frecuencia y la naturaleza de los lazos que existen entre las subpoblaciones con alto nivel de infección y la población general.
- En una epidemia generalizada, el VIH se ha establecido sólidamente en la población general. Si bien es posible que las subpoblaciones de alto riesgo continúen contribuyendo en forma desproporcionada a la propagación del VIH, las redes sexuales en la población general son suficientes para sostener la epidemia independientemente de las subpoblaciones expuestas a un mayor riesgo de infección.
- En un país hiperendémico, la prevalencia general de la infección por el VIH en adultos supera el 15%.
- De los 135 países de ingresos bajos y medianos, ONUSIDA estima que 97 países tienen epidemia de bajo nivel o concentrada, y 38 tienen epidemia generalizada, de los cuales siete se clasifican como hiperendémicos.

En los países con epidemia de bajo nivel y concentrada, el interés central de la prevención estará en las poblaciones más expuestas. Por desgracia, el 69% de los países con epidemia de bajo nivel o concentrada informan la existencia de leyes, reglamentación o políticas que imponen barreras al uso de los servicios para el VIH por parte de las poblaciones más expuestas. Los países deben ocuparse de derribar estas barreras legislativas y promover activamente el acceso a la prevención. Para disminuir la probabilidad de que una epidemia de bajo nivel o concentrada se generalice, los programas de prevención también se deben concentrar en posibles puentes epidemiológicos, como las parejas sexuales de los usuarios de drogas inyectables o los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

En una epidemia generalizada, donde la infección se propaga más allá de las poblaciones diferenciadas en un riesgo elevado, se requiere una inversión mayor en intervenciones más amplias de base poblacional, como el uso de medios masivos de comunicación, educación en las escuelas, movilización comunitaria, intervenciones en lugares de trabajo y estrategias para modificar las normas sociales. Por el contrario, los países hiperendémicos requieren una movilización social extensa para tratar las prácticas socioculturales y económicas que contribuyen al comportamiento sexual de riesgo. Esta orientación más amplia debe complementar las intervenciones intensivas que buscan modificar los conocimientos y el comportamiento, con el fin de disminuir la cantidad de personas que tienen relaciones sexuales con parejas no habituales o parejas sexuales múltiples y concurrentes. También resulta conveniente ampliar el acceso a la circuncisión médica masculina (ONUSIDA, 2007a).

Un monje budista da una clase de educación y prevención del VIH/sida a jóvenes locales. Las posibles fuentes de servicios de prevención del VIH para jóvenes son numerosas, entre ellas, escuelas, pares, medios de comunicación, padres y líderes religiosos.

Abordar los conocimientos inadecuados del VIH

Aunque a menudo el conocimiento por sí mismo no es suficiente para provocar un cambio duradero en el comportamiento, un entendimiento exacto de los riesgos del VIH y de las formas de prevenir la exposición al virus es un requisito previo a la reducción del riesgo. Trágicamente, muchos jóvenes carecen del conocimiento básico acerca de la prevención del VIH. Los datos de una encuesta en 64 países arrojaron que el 40% de los hombres y el 38% de las mujeres de 15 a 24 años tenían un conocimiento exacto y general acerca del VIH y de cómo evitar la transmisión (Indicador 13 del UNGASS).[4] Si bien esto representa una mejoría, en especial para las mujeres jóvenes, con respecto a los niveles de conocimientos de 2005 (año en que los resultados de jóvenes con conocimientos básicos del VIH fueron del 37% en hombres y 28% en mujeres), los niveles de conocimientos de 2007 aún están muy por debajo del objetivo de la *Declaración de compromiso* por el cual se propone conseguir un conocimiento amplio del VIH en el 95% de los jóvenes para el año 2010.

FIGURA 4.3 Conocimiento general del VIH en los jóvenes (15-24 años), 1999–2007

Fuente: MEASURE DHS.

[4] Este indicador utiliza datos de encuestas poblacionales (con preferencia de los últimos dos años) para evaluar la capacidad de los jóvenes de identificar correctamente las maneras de prevenir la transmisión sexual del VIH (por ejemplo, uso de preservativo) y rechazar las principales ideas erróneas acerca de la transmisión del VIH (por ejemplo, el VIH puede transmitirse por una picadura de mosquito). Los jóvenes deben responder a cinco preguntas pertinentes; se considera que tienen un conocimiento preciso y amplio del VIH si las respuestas a las cinco preguntas son correctas.

FIGURA 4.4 Conocimiento general del VIH en los jóvenes, por tipo de pregunta

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS 2008.

Mientras que más del 70% de los hombres jóvenes saben que usar preservativos puede protegerlos contra la exposición al VIH, solamente el 55% de las mujeres jóvenes mencionan el uso del preservativo como una estrategia de prevención eficaz (Indicador 13 de UNGASS). En Somalia, sólo el 4% de las mujeres jóvenes (15–24 años) revelan un conocimiento preciso del VIH, y sólo el 11% de las mujeres adultas saben que los preservativos pueden prevenir la transmisión del VIH.

Estrategias eficaces para llegar a los jóvenes

Existen numerosos canales para educar a los jóvenes sobre el VIH, garantizar el acceso a los artículos de prevención y los servicios sanitarios, y alentarlos a tomar medidas para evitar la transmisión del VIH.[5]

- *Programas escolares.* En un metaanálisis de 22 estudios de programas escolares para la educación sobre prevención en países de ingresos bajos y medianos, 16 programas con intervenciones en el plan de estudio guiadas por un adulto tuvieron efectos positivos en la edad de la primera relación sexual, la frecuencia de las relaciones sexuales, la cantidad de parejas, el uso de preservativos o anticonceptivos y la frecuencia de las relaciones sexuales sin protección (OMS, 2006b; Biddlecom et al., 2007).[6]
- *Programas comunitarios para los jóvenes que no asisten a la escuela.* Estudios de evaluación determinaron que se pueden lograr notorios resultados en el comportamiento de los jóvenes no escolarizados, en especial cuando están a cargo de organizaciones reconocidas de servicios para la juventud (Maticka-Tyndale y Brouillard-Coyle, 2006).
- *Medios masivos de comunicación.* Según un metaanálisis, cinco de seis campañas en medios masivos de comunicación orientadas a la juventud en diferentes países de ingresos bajos y medianos tuvieron consecuencias mensurables en los comportamientos de riesgo relacionados con el VIH (Consejo de Investigación Médica et. al, 2005).

[5] Para un resumen reciente de las pruebas que ofrecen los programas de cambio comportamental centrados en los jóvenes, véase Asociación Mundial para la Salud Sexual, 2008.

[6] Kenya y Zimbabwe —países en los que se han informado cambios positivos significativos en los comportamientos sexuales entre jóvenes en los últimos años— realizaron importantes inversiones iniciales en programas escolares de prevención del VIH.

- *Servicios para jóvenes.* Los servicios para jóvenes representan un "gancho" para conectar a los jóvenes con la información y los servicios de prevención del VIH. Dichos servicios también se ocupan de factores que pueden incrementar el riesgo de exposición al VIH de los jóvenes, como el desempleo, la pobreza o la falta de acceso a la atención sanitaria (Akhmedov et al., 2007).[7]

Muchos países no están utilizando los canales a su disposición para distribuir información y servicios de prevención del VIH entre los jóvenes. La mayoría de los países (89%) indican que han incorporado la educación sobre el VIH en los planes de estudio de las escuelas secundarias, pero sólo el 65% enseñan el VIH en escuelas primarias, siendo los países del África subsahariana los más representativos en esta tarea (Figura 4.5). Los gobiernos nacionales del 67% de los países con epidemia generalizada informan que han puesto en práctica la educación sobre el VIH en las escuelas en todos o en la mayoría de los distritos que lo necesitan, y el 42% ha puesto en funcionamiento programas de prevención del VIH para los jóvenes no escolarizados en la mayoría de los distritos que lo necesitan. Las respuestas no gubernamentales indican niveles aun más bajos de ejecución, en el orden de 51% y 28%, respectivamente (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). Este nivel bajo de ejecución se refleja en la escasez de datos acerca de esta intervención. De los 147 países que presentaron informes de progreso nacional en 2008, sólo 34 informaron el porcentaje de escuelas que enseñaron la prevención del VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último año académico. Entre los países que presentaron informes, esta intervención se aplicó en un promedio de menos del 40% de las escuelas. Además, informantes no gubernamentales en 36 países (28%) declaran que tienen leyes, políticas o reglamentaciones que en realidad impiden el acceso de los jóvenes a la prevención del VIH y otros servicios (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008).

FIGURA 4.5 Porcentaje de países con educación sobre el sida como parte del plan de estudio escolar

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

[7] Los jóvenes están representados en exceso entre los pobres del mundo (OIT, 2006). La pobreza o la falta de oportunidades laborales decentes pueden privar a los jóvenes de un sentido de pertenencia o de una motivación, y potencialmente someterlos a relaciones sexuales forzadas y otras situaciones que incrementan el riesgo de exposición al VIH.

Educar a los pares jóvenes acerca del VIH

Champuii (24) es una ex consumidora de drogas y educadora inter pares en Aizwal, Mizoram, India

Los problemas de Champuii comenzaron a muy temprana edad. Abandonada por sus padres cuando tenía sólo seis años, fue criada por padres de acogida, pero nunca se sintió cómoda. Al comienzo de su adolescencia, ya bebía alcohol y antes de que pasara mucho tiempo, estaba consumiendo drogas duras.

"Desde que empecé con las drogas, mi vida se dio vuelta patas arriba", dijo. "Mis maestras de escuela me echaron y cuando mis padres se enteraron de que andaba en esas cosas me dieron una patada". Sin un lugar donde vivir, las calles se convirtieron en su hogar y sus amigos consumidores de drogas, en su familia. Comenzó a vender drogas para mantenerse y mantener su hábito.

Champuii también luchó con su identidad sexual. "Mis padres me prohibían usar ropa de varones y jugar con juguetes para varones", contó. "Me obligaron a vivir una vida de niña. Pero esto no me convencía. Cuando yo salía de casa, tenía las costumbres de un varón".

Fue arrestada muchas veces y enviada a campamentos y centros de rehabilitación. La última vez que estuvo en la cárcel se dio cuenta de que sus días estaban contados. Su cuerpo y su mente estaban sufriendo un rápido deterioro, y tuvo miedo de morir. El dolor de una úlcera en la pierna la mantuvo despierta toda la noche. A la mañana, había decidido que cambiaría su vida, que dejaría de tomar drogas. "En el último minuto me dije: '¿Por qué me tengo que morir por la droga? Esta vida es un regalo de Dios, así que se la debo a Él', dice.

Champuii no consume drogas desde hace dos años. Trabaja como educadora inter pares, bajo la dirección de la ONUDD, para CHARCA, una organización no gubernamental local que ofrece apoyo, información y asesoramiento a los consumidores de drogas que están expuestos al VIH. Además, trabaja con grupos y asociaciones de jóvenes locales. Champuii siempre habla de sus propias experiencias. "Si lo hago, la gente confía en mí", explica. "Pueden contarme sus problemas y les puedo dar consejos. Ésa es la ventaja de contar abiertamente mi vida".

Champuii y otros educadores inter pares se valen de la música para llegar a los jóvenes. Con frecuencia, ofrece interpretaciones en la iglesia y también ha cantado en la televisión local. En todas las ocasiones aprovecha la oportunidad para informar a su audiencia acerca del consumo de drogas y el VIH.

Ha pasado mucho tiempo desde sus días de consumo de drogas. "Al principio, la gente me miraba con desprecio", comenta. "Hoy cuando interpreto y canto en la iglesia, siento que me aceptan. Soy de lo más feliz cuando elogian mis canciones".

Champuii se ha convertido en un ejemplo a seguir y una líder en su localidad. Cuando no e enseñando a sus pares, Champuii los está cuidando en el centro donde vive. Es una comuna para jóvenes que abandonaron las drogas y el comercio sexual, que alberga a 25 personas.

"Después de todo lo que pasé, todos los altibajos, me siento dueña de mí misma", concluye. "Miro a la vida desde un lugar mejor. Soy muy optimista".

FIGURA 4.6 Porcentaje de jóvenes que tienen su primera relación sexual antes de los 15 años, por sexo

Fuente: MEASURE DHS.

Elevar la edad de inicio de la actividad sexual en los jóvenes

En los países con ingresos bajos y medianos, el porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años está disminuyendo en todas las regiones, una continuación de las tendencias observadas a principios de esta década (Figura 4.6). Los varones informan una probabilidad notablemente mayor de inicio de la actividad sexual antes de los 15 años, excepto en el África subsahariana, donde las adolescentes menores de 15 años son sexualmente activas en casi un 50% más que los varones. Mientras que es clara la tendencia mundial hacia un retraso del inicio de la actividad sexual, las encuestas revelan considerables variaciones entre los países. En una comparación entre comportamientos sexuales de varones jóvenes en seis países africanos, la edad promedio de la primera relación sexual cayó en Etiopía, Nigeria y la República Unida de Tanzanía entre los periodos 1996 a 2001 y 2002 a 2006, pero se incrementó en Mozambique, Rwanda y Uganda (Indicador 15 del UNGASS).

Todos los jóvenes tienen derecho a recibir educación sobre cómo evitar la transmisión del VIH, pero la necesidad de servicios de prevención del VIH es en especial acuciante para aquellos que particularmente corren riesgo de exposición al VIH. Entre ellos están los jóvenes que sufren situaciones como desplazamiento, migración, pobreza o encarcelamiento; y los trabajadores sociales, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Brindar a los jóvenes una prevención del VIH integral y precisa

Una debilidad central de numerosas iniciativas de prevención destinadas a los jóvenes es que no hablan con franqueza ni brindan la información exhaustiva y exacta que los jóvenes necesitan. Muchos países que necesitan enseñar el VIH en las escuelas tienen planes de estudio que priorizan los programas centrados en la abstinencia, desalientan las conversaciones sin rodeos sobre los preservativos y las prácticas sexuales más seguras. Sin embargo, ningún estudio en países de ingresos bajos y medianos reveló la eficacia de este enfoque. Los estudios en los Estados Unidos indican que los programas de prevención orientados a los jóvenes que promueven exclusivamente la abstinencia no disminuyen el riesgo de infección por el VIH (Underhill, Montgomery y Operario, 2007).

En busca de nuevos instrumentos de prevención

Pese a que los programas nacionales trabajan para llevar a escala las estrategias disponibles para la prevención del VIH y para mejorar su aplicación estratégica, continúa la búsqueda de más instrumentos que refuercen las iniciativas de prevención. En particular, se necesitan con urgencia nuevas tecnologías de prevención para las mujeres que en la actualidad no tienen acceso a métodos de prevención iniciados por la mujer.

En 2007, los resultados del campo de la investigación biomédica para la prevención del VIH fueron aleccionadores. En septiembre de 2007, los ensayos de eficacia de la vacuna más prometedora contra el VIH (un producto de Merck & Co. que intentaba provocar fuertes respuestas de inmunidad de mediación celular ante la exposición al virus) se interrumpieron después de que la vacuna pareció no demostrar eficacia. Del mismo modo, estudios de microbicidas vaginales de primera generación demostraron que tampoco éstos eran eficaces (Nelson, 2007). Los ensayos también determinaron que los diafragmas femeninos (utilizados conjuntamente con un gel lubricante) no sumaban beneficios al uso del preservativo (Padian et al., 2007); tampoco los estudios de tratamiento con aciclovir para el virus del herpes simple tipo 2 demostraron mayor protección contra la infección por el VIH (Watson-Jones et al., 2008).

Es natural sentir desilusión cuando los ensayos clínicos no confirman la eficacia de los nuevos productos, pero la magnitud y la gravedad de la epidemia del VIH obligan a continuar con las investigaciones, incluida la investigación de estrategias socio-comportamentales innovadoras y nuevas tecnologías de prevención. Los investigadores están analizando nuevos enfoques para la prevención, como vacunas que buscan crear anticuerpos neutralizadores de amplio espectro contra el VIH (véase Montefiori et al., 2007) y microbicidas que incorporan compuestos antirretrovíricos, dos de los cuales se evalúan en ensayos clínicos en este momento. Algunos de los microbicidas de la próxima generación resultan especialmente atractivos, dado que no necesitan aplicarse inmediatamente antes de la relación sexual. Además, hay estudios en curso que investigan si la profilaxis antirretrovírica previa a la exposición y el mejor tratamiento del

FIGURA 4.7 Inversión anual en la investigación y el desarrollo de la vacuna preventiva contra el VIH por fuente, entre 2000 y 2006

Fuente: Grupo de Trabajo sobre Seguimiento de Recursos para Microbicidas y Vacunas contra el VIH (2007).

virus del herpes simple tipo 2 pueden reducir el riesgo de transmisión sexual del VIH.

Los gastos no comerciales en concepto de investigación de nuevas tecnologías de prevención ascendieron abruptamente entre los años 2000 y 2006: en un 153% para las vacunas y en un 430% para los microbicidas (Figura 4.7). Durante este periodo, los financiadores del sector público invirtieron aproximadamente US$ 67 millones en investigación y desarrollo en una variedad de otros métodos biomédicos experimentales de prevención, entre ellos, circuncisión masculina en adultos, supresión del virus del herpes simple tipo 2, métodos de barrera en el cuello uterino para impedir la transmisión del VIH y profilaxis antirretrovírica previa a la exposición.

Los ensayos de prevención bien diseñados son complejos y costosos (Grupo Mundial de Trabajo sobre la Prevención del VIH, 2006). Los ensayos deben reclutar a miles de participantes para evaluar la eficacia de las nuevas tecnologías de prevención, y con frecuencia enfrentan complicaciones, incluida la baja observancia de los protocolos del ensayo por parte de los participantes y la incidencia insuficientemente alta del VIH para tener la potencia estadística necesaria que permita arrojar resultados significativos. La incidencia del VIH tiende a descender con el tiempo en las cohortes del ensayo —quizás como resultado del suministro regular de un fuerte conjunto de intervenciones para la prevención del VIH— lo cual complica aun más la capacidad de los ensayos de detectar en forma fiable el efecto de las intervenciones (Gray y Wawer, 2007). También está claro que es poco probable que los ensayos de prevención tengan éxito sin la participación y la apropiación significativas y continuas de las comunidades en que tienen lugar las investigaciones (ONUSIDA y AVAC, 2007).

En gran parte del mundo, muchos jóvenes comienzan a tener relaciones sexuales en la adolescencia. Por ejemplo, en Kenya, la República Unida de Tanzanía, Uganda y Zambia, la mayoría de los jóvenes son sexualmente activos desde los 18 años (Zaba et al., 2004). Estas tasas son comparables a las que se informan en países de ingresos altos, como las Estados Unidos, donde el 47% de los jóvenes ya se han iniciado en la actividad sexual para cuando terminan la escuela secundaria (CDC, 2006a). Los padres, las autoridades sanitarias, los sistemas escolares y dispensadores de servicios para jóvenes tienen un interés en fomentar la postergación de la actividad sexual en los jóvenes; además tienen la obligación de brindar a los jóvenes sexualmente activos información y apoyo para resguardar sus vidas.

Frenar la distribución de la información sobre prevención del VIH y sexualidad humana entre los jóvenes no es coherente con el elemento fundamental de las actividades eficaces de prevención del VIH orientadas a los jóvenes: el fomento de la discusión abierta sobre la sexualidad y las consecuencias del comportamiento sexual precoz. En Sudáfrica, los índices de predicción más significativos del uso del preservativo entre adultos jóvenes fueron el uso del preservativo en el inicio de la actividad sexual, y hablar con la primera pareja acerca de los preservativos (Hendriksen et al., 2007).

Además de brindar información básica y fomentar el diálogo sobre las relaciones sexuales seguras, los programas de prevención para jóvenes deben promover las normas sociales que protegen a los jóvenes y reducen el riesgo de infección. A menudo, esto significa que los programas deben tratar temas delicados que pueden resultar incómodos para algunos. Dichos temas incluyen normas de género que idealizan al "machismo" y las relaciones sexuales múltiples para los varones adultos y jóvenes, y el aumento del riesgo de exposición al VIH en las mujeres jóvenes. Por ejemplo, en Burkina Faso, Ghana, Malawi y Uganda, casi una de cada cinco adolescentes mujeres (15–19 años) informaron que su primera experiencia sexual incluyó el uso de la fuerza o coerción (Biddlecom et al., 2007).

Otro tema delicado que deben abordar las iniciativas de prevención del VIH orientadas a los jóvenes es el papel de las relaciones sexuales intergeneracionales en la transmisión del VIH a niñas y mujeres jóvenes. Las adolescentes en África meridional tienen de dos a cuatro y medio más posibilidades de

FIGURA 4.8 Países que informaron en 2005 y 2007 sobre servicios de prevención para las poblaciones más expuestas

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

Ampliación de la cobertura de la prevención para las poblaciones más expuestas

Fuera de África subsahariana, la mayoría de las epidemias son de nivel bajo o concentradas, y se asocian predominantemente con comportamientos de alto riesgo en poblaciones específicas. Casi en forma universal, los individuos que pertenecen a estas poblaciones están expuestos al VIH por relaciones sexuales sin protección o por exposición a equipos de inyección contaminados. Se identificaron en forma sistemática tres poblaciones que corren un alto riesgo de exposición al VIH: usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.[8]

Los informes nacionales sobre los indicadores del UNGASS señalan que la prestación de los servicios de prevención a las poblaciones más expuestas no es uniforme y varía en gran medida dentro de una región o entre regiones. A pesar de que un gran porcentaje de estas poblaciones puede identificar correctamente los medios para prevenir la transmisión sexual del VIH, muchos no tienen acceso a los servicios esenciales de prevención, como preservativos y agujas estériles.

[8] Véase el Capítulo 2 para una descripción del papel significativo que tienen las poblaciones más expuestas en las epidemias del África subsahariana.

De las poblaciones más expuestas, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres son los que reciben la cobertura más baja de los servicios de prevención del VIH

contraer la infección que sus homólogos masculinos (Bearinger et al., 2007). El grado de contacto sexual entre mujeres adolescentes y hombres adultos es a menudo un factor importante en las desigualdades entre los sexos que se refleja en la prevalencia del VIH entre adolescentes de África (Dupas, 2006). Según encuestas recientes en Uganda, tres de cada cuatro adolescentes solteras y con experiencia sexual dijeron haber recibido regalos o dinero a cambio de sexo, por lo general de parte de hombres mayores que ellas (Darabi et al., 2008).

La mediana de la diferencia de edad entre cónyuges en África oscila de 5,5 años a 9,2 años, una cifra significativamente mayor que la mediana de la diferencia de edad entre parejas casadas en otras regiones (Wellings et al., 2006). En países de ingresos bajos y medianos, el casamiento a una edad temprana representa el factor más común que incrementa el riesgo de exposición al VIH en niñas adolescentes. Las mujeres jóvenes casadas tienen relaciones sexuales sin protección con más frecuencia que sus homólogas solteras, habitualmente con esposos que son mayores que ellas y por lo tanto con más posibilidades de ser VIH-positivos (Gregson et al., 2002; Wellings et al., 2006; Bearinger et al., 2007). Sin embargo, hay relativamente pocos programas ampliados de prevención del VIH que intenten modificar las normas sociales de parejas intergeneracionales.

La variedad de informes sobre los indicadores del UNGASS sugiere que los países reconocen cada vez más la importancia de las iniciativas de prevención del VIH que se centran en las poblaciones con mayor riesgo de exposición al VIH. Como muestra la Figura 4.8, la cantidad de países que informaron sobre los indicadores específicamente en relación con los usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y profesionales del sexo se incrementó en forma significativa entre 2005 y 2007 (Indicador 9 del UNGASS).

Casi todos los países (92%) tienen una política o estrategia para promover la prevención del VIH en las poblaciones con mayor riesgo de exposición al VIH (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008), un porcentaje que se ha incrementado con el tiempo (del 81% en 2003). Sin embargo, los servicios de prevención para estas poblaciones se llevaron a escala en relativamente pocos lugares, lo cual dejó a la mayoría de las personas en mayor riesgo de exposición al VIH con poco o ningún acceso a los servicios de prevención del VIH (Figuras 4.9 y 4.10). Además, informantes no gubernamentales en casi dos tercios de los países (63%) afirman tener leyes, reglamentación o políticas que plantean obstáculos para lograr la eficacia de los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH dirigidos a las poblaciones más expuestas (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). En último término, una cobertura escasa para quienes corren el mayor riesgo de exposición al VIH refleja una carencia de liderazgo entre dirigentes políticos, ministerios nacionales y donantes internacionales. Las siguientes secciones analizan la cobertura actual de los programas de prevención para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo y usuarios de drogas inyectables.

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Según se explica en el Capítulo 2, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres corren un

FIGURA 4.9 Porcentaje de países que informan la existencia de leyes, reglamentación o políticas que plantean obstáculos a la eficacia de los servicios del VIH para las poblaciones más expuestas

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

riesgo desproporcionado de exposición al VIH en diversos ámbitos de todo el mundo (CDC, 2006b). Sin embargo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres siguen estando gravemente marginados con respecto a los servicios de prevención del VIH. En países que informan sobre las poblaciones en mayor riesgo de exposición al VIH, el 40% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres comunican saber dónde pueden hacerse una prueba del VIH y han recibido un preservativo en el año anterior (Indicador 9 del UNGASS). Los gobiernos de menos del 20% de los países con epidemias generalizadas notifican haber puesto en marcha programas centrados en la prevención del VIH para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en la mayoría de todos los distritos con esta necesidad. Los encuestados no gubernamentales de sólo el 10% de estos países informan la aplicación de tales programas. Los encuestados no gubernamentales del 32% de los países notifican la existencia de leyes, reglamentación o políticas que plantean obstáculos para ofrecer servicios eficaces relacionados con el VIH a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008).

El conocimiento de que los preservativos pueden prevenir la transmisión del VIH está difundido entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en países de ingresos bajos y medianos, pero muchos no tienen acceso a los preservativos. En varios países (entre ellos Armenia, Grecia, México, Papua Nueva Guinea y Turquía) menos del 25% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres tienen acceso a preservativos. Menos del 40% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres encuestados en Indonesia, Filipinas, Turquía y Ucrania dijeron haber usado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales. En Cuba, apenas más de la mitad de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres usaron un preservativo en la última relación sexual (Indicador 9 del UNGASS).

Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres son tan heterogéneos culturalmente como la población mundial, van desde hombres identificados como homosexuales en entornos urbanos importantes de países de ingresos altos a profesionales del sexo "hijra" (el llamado "tercer sexo") en la India. Los programas dirigidos a estos grupos deben contar con la participación activa

FIGURA 4.10 Porcentaje de las poblaciones más expuestas que logran atender los programas de prevención del VIH, 2005–2007

* Porcentaje notificado de profesionales del sexo y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que saben dónde pueden recibir una prueba del VIH y que recibieron preservativos.

** Porcentaje informado de usuarios de drogas inyectables que saben dónde podrían recibir una prueba del VIH, y que recibieron preservativos y agujas y jeringas estériles.

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres del lugar donde se aplican, para garantizar que las iniciativas aborden las verdaderas necesidades y circunstancias de los beneficiarios previstos. La mayor parte de la investigación en intervenciones para la prevención del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se realizó en países de ingresos altos, lo que subraya la necesidad urgente de mayor investigación en el ámbito de las ciencias sociales y más estudios de intervención entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de países de ingresos bajos y medianos. Estudios específicos de investigación etnográfica —como un estudio reciente que examinó los diferentes significados sexuales de las relaciones entre hombres en Viet Nam (Vu et al., 2008)— también pueden ayudar a diseñar, adaptar y aplicar los programas de prevención en ámbitos particulares. Sin embargo, en muchos casos en los que se ha emprendido una investigación profunda en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los hallazgos no se han llevado a la práctica.

Un ensayo reciente de una intervención de prevención diseñada específicamente para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Dakar, Senegal, destaca el potencial de los programas de prevención del VIH fundamentados en pruebas y orientados a esta población y a algunas de las dificultades que enfrentan estos hombres en diferentes ámbitos. El proyecto, concebido en colaboración entre el ministerio de salud, expertos técnicos y organizaciones no gubernamentales, incluye educación inter pares, mayor acceso a los servicios para la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual, y actividades de sensibilización en los medios de comunicación. La intervención produjo una notable ampliación del conocimiento sobre el VIH y un incremento en el uso de los servicios de pruebas del VIH. Sin embargo, aunque aumentó el conocimiento sobre la eficacia de los preservativos, se observó poco cambio en las tasas de uso sistemático del preservativo. El uso sistemático de lubricantes a base de agua también

Defiende tus derechos

Nigel Mathlin es presidente de GrenChap, la asociación sobre el VIH/sida en el Caribe

Nigel Mathlin ha participado en cuestiones del VIH desde que asistió a su primer taller de educación inter pares hace 12 años. Recientemente, creó una pequeña organización no gubernamental, Grenada/Caribbean HIV/AIDS Partnership (GrenChap), cuyo principal interés son los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y otras poblaciones en mayor riesgo de exposición al VIH en Granada.

"Es un viaje permanente, es muy desafiante, tener el coraje de convertirse en un rostro público; defender, sacar a relucir asuntos importantes que no son en realidad muy conocidos", comenta Mathlin. "La gente automáticamente asume que uno puede ser VIH-positivo o que uno es un hombre que tiene relaciones sexuales con hombres, un profesional del sexo, un consumidor de drogas o parte de cualquiera de las demás poblaciones a las que defendemos. Pero el objetivo aquí es que todas esas cosas dejen de tener importancia. Sea heterosexual o gay, mi condición no debería incidir en mi acceso al tratamiento o en mis derechos".

El estigma contra los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres es un enorme obstáculo a los programas para el VIH en el Caribe oriental. Hasta hace poco, las relaciones sexuales entre hombres ni siquiera estaban reconocidas. "Fue todo un reto, nadie en realidad quería hablar sobre este tema", explica Mathlin. "La gente decía: 'No tenemos homosexuales en Granada'. Todavía hoy hay leyes que penalizan la sodomía en Granada, así como en tantas otras islas del Caribe".

Mathlin trata de aprovechar cada situación para capacitar a las personas y brindar la oportunidad de expresarse a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Pero hay un largo camino por recorrer. "Está claro que es mucho el trabajo que debemos hacer y mucho lo que queda por hacer", dice Mathlin. "Son demasiadas las personas que siguen muriendo de sida. Más gente debería acercarse a recibir tratamiento, y las actitudes hacia los homosexuales, los profesionales del sexo y los consumidores de drogas deben cambiar. Se les siguen negando sus derechos".

Mathlin ve al género como una importante cuestión interrelacionada en el Caribe. "Muchos hombres caribeños desean mantener una imagen ultramasculina y, si no lo hacen, no reciben respeto. Yo lo llamo el honor del gallero". Estas actitudes hacen difícil negociar relaciones sexuales más seguras y son el principal impulsor de la epidemia en la región. La situación se complica con las relaciones sexuales intergeneracionales, la pobreza, la violencia doméstica y la descomposición de las estructuras familiares. La pérdida de respeto por la mujer es otro factor que crea vulnerabilidad frente al VIH.

Mathlin se inspira en el progreso que se está produciendo en todo el Caribe, y está aprendiendo de la experiencia de países vecinos como Jamaica, donde las organizaciones están desafiando el clima de violencia hacia los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres con la ayuda de asociados internacionales como Human Rights Watch. Otras organizaciones trabajan con gran empeño para cambiar el marco normativo que estigmatiza y convierte en delincuentes a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Mathlin piensa que su papel como activista contra el VIH es un desafío. Aunque ha recibido el reconocimiento de extraños, quienes lo rodean no siempre le han brindado apoyo. A veces, incluso su propia seguridad le preocupa. Teme que la homofobia pueda obligarlo a abandonar su hogar y país tan amados, como sucedió con algunos de sus pares jamaiquinos.

Pero el trabajo debe continuar. "Puedo hacer que las cosas cambien", afirma Mathlin. "No importa el tamaño del impacto, siempre es positivo, y a fin de cuentas si puedo salvar una o más vidas, o si puedo ofrecer alivio a las personas que no pueden hacerse oír, habré hecho mi parte, y eso para mí es suficiente".

fue bajo, en gran medida debido a que tales productos son costosos y difíciles de usar (Consejo de Población y USAID, 2007).

Profesionales del sexo

El término "profesionales del sexo" comprende una única e importante población a los fines epidemiológicos, pero abarca a una gran diversidad de personas (mujeres, hombres y transexuales), y a personas que trabajan en una gran variedad de ámbitos (por ejemplo, prostíbulos, ámbitos informales y en la calle). Algunos profesionales del sexo constituyen una población muy móvil, mientras que otros mantienen únicamente relaciones sexuales informales a cambio de regalos o favores. Muchas personas que se dedican al comercio sexual no se identifican a sí mismas como profesionales del sexo.

En Kenya, las investigaciones sugieren que los proyectos de prevención que conduzcan a un mayor uso de preservativos durante las relaciones sexuales remuneradas podrían reducir significativamente la transmisión del VIH. Si el uso del preservativo se incrementara al 90% en las relaciones sexuales remuneradas a la vera de la autopista transafricana que une Mombassa con Kampala, Uganda (donde trabajan unas 800 profesionales femeninas del sexo), se podrían prevenir entre 2000 a 2500 nuevas infecciones por el VIH por año en ese sector de la autopista, con una disminución en la incidencia del VIH de 1,3% a 0,4% (Morris, 2006).

Los enfoques que buscan la participación y la facultación de la comunidad, en especial cuando se combinan con programas que se dirigen al entorno en el cual viven y se desempeñan los profesionales del sexo, siempre han demostrado eficacia en aumentar el uso del preservativo entre profesionales del sexo y sus clientes (véase Kerrigan et al., 2006). Por ejemplo, en el distrito Sonagachi de Calcutta, India, un proyecto para facultar a los profesionales del sexo y facilitar su acceso a información y servicios sanitarios esenciales descendió en dos tercios la incidencia del VIH entre los profesionales del sexo a quienes se dirigió, e incrementó los porcentajes de uso del preservativo de 5% a 90% (véase Basu et al., 2004; Pardasani, 2005). En el estado de Karnataka, India, la aceptación de los servicios de prevención del VIH por parte de los profesionales del sexo se vio facilitada por la participación de los profesionales del sexo en estudios comportamentales formativos y estudios de vigilancia de infecciones de transmisión sexual, la movilización de una red de divulgación inter pares, y la selección del lugar y el personal para el dispensario del proyecto (Steen et al., 2006). En África, los programas de prevención del VIH con trabajo inter pares destinados a profesionales del sexo resultaron muy eficaces para modificar los comportamientos sexuales y reducir el número de nuevas infecciones por el VIH (Wegbreit et al., 2006).

El nivel de acceso notificado a preservativos y pruebas del VIH para los profesionales del sexo es un tanto más elevado para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; en 39 países, un promedio del 60% de profesionales del sexo comunicaron tener acceso a los preservativos y las pruebas del VIH. Entre las variaciones regionales se pueden mencionar 41% en Asia sudoriental y meridional, 72,8% en América Latina y el Caribe, 69% en Europa oriental y Asia central (siete países), y 69,7% en África subsahariana (Indicador 9 del UNGASS). Las tasas notificadas de uso del preservativo con el último cliente son por lo general bastante elevadas, aunque hay excepciones; en el Líbano, solamente un tercio de los profesionales del sexo dijeron que usaron un preservativo con el último cliente.

Usuarios de drogas inyectables

El uso de equipo no esterilizado durante el consumo de drogas inyectables representa un medio especialmente eficaz para la transmisión del VIH, que a menudo lleva a la rápida propagación de la infección del VIH en redes localizadas de usuarios de drogas. Por ejemplo en Karachi, Pakistán, la prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables se elevó desde menos del 1% a principios de 2004 al 26% en marzo de 2005 (Emmanuel, Archibald y Altaf, 2006).

Un porcentaje estimado del 78% de los usuarios de drogas inyectables del mundo viven fuera de los países de ingresos altos (Aceijas et al., 2004). A escala mundial, en los últimos años las tasas de consumo de opioides y otras sustancias narcóticas

Una décima parte o más de los 1 300 millones de habitantes de China han migrado a zonas urbanas.

Prevención del VIH para trabajadores migrantes

En el mundo, una cifra estimada de 86 millones de trabajadores migrantes se encontraban viviendo fuera de las fronteras de su país de origen en 2005 (Naciones Unidas, 2006). Millones de personas en todo el planeta también se desempeñan en trabajos que requieren un movimiento constante.

La relación entre la migración y el VIH se ha estudiado en profundidad, pero todavía se la entiende sólo parcialmente. El impacto de la migración sobre la propagación del VIH también puede ser distinto, según las circunstancias de la movilidad y una serie de otras variables (Southern African Migration Project, 2005). Migrar por trabajo aumenta el riesgo de exposición al VIH de varias maneras. Las personas pueden desplazarse de áreas con una baja prevalencia del VIH a áreas con mayor prevalencia del VIH, lo cual incrementa los riesgos asociados con comportamientos sexuales de riesgo. Los migrantes pueden enfrentar niveles de comportamiento riesgoso más elevados porque están aislados de sus familias o las redes de apoyo social, y a menudo cuentan con acceso limitado a los servicios de prevención (White, 2003; Khan et al., 2007). En el 22% de los países, los informantes no gubernamentales notifican la existencia de leyes, reglamentación o políticas que presentan obstáculos para la prevención eficaz del VIH, así como para el tratamiento, la atención, y el apoyo eficaces a los migrantes (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008).

Las iniciativas centradas en la educación inter pares en lugares de trabajo que atraen a gran número de trabajadores migrantes han demostrado ser eficaces en llegar a los migrantes que pueden ser vulnerables a la exposición al VIH (Consejo de Población, 2003; Iniciativa Global Clinton, 2007). China tiene una cantidad estimada de 200 millones de trabajadores migrantes, y en 2007 anunció el lanzamiento de iniciativas de prevención del VIH en lugares de trabajo que emplean a trabajadores migrantes. Además, China puso en práctica intervenciones de comportamiento y educación en 420 puertos fronterizos, con lo cual llega a un millón de trabajadores contratados que parten al extranjero. La Federación de Sindicatos de China inició campañas de educación sobre el VIH en 10 000 escuelas nocturnas para llegar a un estimado de tres millones de trabajadores migrantes.

La colocación estratégica de los servicios de prevención del VIH reviste especial importancia para los conductores de camión y otros trabajadores del transporte. En Brasil, un programa que brinda asesoramiento de prevención, pruebas del VIH y métodos de detección para infecciones de transmisión sexual en puestos de la aduana provocó un significativo incremento del uso del preservativo con parejas no habituales por parte de los conductores de camión que cruzaban la frontera (Chinaglia et al., 2007). Las iniciativas de prevención para las poblaciones móviles deben tener en cuenta el papel del género en el mayor riesgo de exposición al VIH, dado que las mujeres representan la mitad de los migrantes del mundo (Comisión Mundial sobre Migraciones Internacionales, 2005).

se estabilizaron, aunque con frecuencia en niveles elevados; se siguen notificando aumentos en el consumo de opioides en Asia central y Europa oriental (Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, 2008). Las epidemias nacionales de VIH en estas zonas se alimentan principalmente de la transmisión entre usuarios de drogas inyectables y sus parejas sexuales. Varios países, en especial en Asia, también notificaron un incremento en el consumo de drogas no opioides en años recientes, aunque los últimos datos sobre el consumo y fabricación de drogas sugiere una estabilización de estas tendencias (ONUDD, 2007).

Una prevención eficaz del VIH para los usuarios de drogas inyectables implica el acceso fácil a un tratamiento de sustitución[9] para la drogodependencia y a agujas y jeringas estériles. Además, los programas de prevención deben ayudar a los usuarios de drogas inyectables a reducir los riesgos de transmisión sexual del VIH y ponerlos en contacto con otros servicios sociales y sanitarios, entre ellos, pruebas confidenciales del VIH, asesoramiento y terapia antirretrovírica (Instituto de Medicina, 2006). En conjunto, estos componentes programáticos normalmente se denominan "reducción del daño". De manera sistemática, los estudios han demostrado que la reducción del daño disminuye las infecciones por el VIH y los comportamientos de riesgo sin contribuir a un incremento en el consumo de drogas ni a un incremento de otros daños en las comunidades en que se aplican dichos programas (Instituto de Medicina, 2006; Fiellin, Green y Heimer, 2007).

La experiencia en diversas regiones ha demostrado la factibilidad de llevar a escala programas de reducción del daño frente a la resistencia oficial (Physicians for Human Rights, 2007). Las características comunes de los programas de alta cobertura para usuarios de drogas inyectables incluyen la participación de organizaciones comunitarias, el trabajo con organismos encargados del cumplimiento de la ley para minimizar el acoso, la financiación adecuada y sostenida, la facilidad de acceso para los clientes del programa, y la participación de los usuarios de drogas inyectables en grupos de asesoramiento y otras estructuras pertinentes (ONUSIDA, 2006b).

Prevención del VIH en centros penitenciarios

En promedio, las personas en centros penitenciarios enfrentan tasas de infección mucho más altas que quienes viven fuera de una prisión (Dolan et al., 2007). Esto refleja en parte la desproporcionada probabilidad de encarcelamiento para las poblaciones clave, como profesionales del sexo y usuarios de drogas inyectables. Dentro de las prisiones, también se produce transmisión del VIH, por lo general mediante el uso de drogas inyectables y las relaciones sexuales sin protección. En todos los países donde se dispone de datos sobre la prevalencia del VIH en las prisiones, las mujeres encarceladas tienen tasas de infección más elevadas que los prisioneros varones.

Muy raramente existe en una prisión servicios integrales de prevención del VIH. Un tercio (33%) de los países notifican la existencia de leyes, reglamentación o políticas que plantean obstáculos para ofrecer servicios eficaces relacionados con el VIH a los reclusos (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). Únicamente la República Islámica de Irán, España y Suiza cuentan con servicios integrales de tratamiento y reducción del daño para usuarios de drogas en centros penitenciarios. En 2006, sólo ocho países habían establecido o lanzado una prueba piloto de programas de intercambio de agujas y jeringas en prisiones (Lines et al., 2006).

[9] Tradicionalmente, el tratamiento de sustitución para la drogodependencia incluye la administración de metadona. La buprenorfina es una alternativa de la metadona utilizada en algunos países, y puede ser más aceptable para ciertos usuarios de drogas inyectables. En China y Tailandia se está realizando un ensayo clínico (HPTN 058) para evaluar la eficacia de la buprenorfina en la reducción de la incidencia del VIH.

Reconstrucción de un pueblo: reducción del daño en Camboya

Korsang es el primer proyecto de reducción del daño en Camboya. Proporciona intercambio de agujas y jeringas, educación sobre el VIH y otros servicios a los consumidores de drogas de Phnom Penh. Fundado en 2003 por Holly Bradshaw, una abuela estadounidense y ex consumidora de drogas, emplea a 68 personas y llega a más de 3000 consumidores de drogas.

"Hay mucha discriminación hacia nosotros y nos llevó mucho tiempo [empezar a funcionar]", dice Bradshaw. "El primer centro de acogida y consulta fue en un lugar muy precario. Hacía 49 °C en el verano, y teníamos una mesa, tres sillas, un par de ventiladores y muchísimas ratas".

Muchos de los que trabajan en Korsang son jóvenes camboyanos que han pasado la mayor parte de sus vidas como refugiados en los Estados Unidos antes de ser deportados por diversos delitos. Wicket, de 27 años, era uno de estos jóvenes deportados. Cuando conoció a Bradshaw, vivía con su familia en el campo, donde se sentía inútil y fuera de lugar. Wicket se sumó a Korsang y recibió capacitación para ser uno de los primeros voluntarios en el programa.

La parte más importante de Korsang son los educadores inter pares, quienes en su totalidad son o fueron usuarios de drogas inyectables. "Tomamos los que son respetados, que provienen de vecindarios donde nuestro personal no puede entrar", explica Wicket. "Vienen a Korsang, salen a distribuir jeringas, a recoger jeringas usadas. Educan a sus pares".

Korsang significa reparar o reconstruir, y eso es exactamente lo que hace para los consumidores de drogas de Phnom Penh. Además de la reducción del daño y los servicios médicos, el proyecto brinda comida y vivienda y un refugio seguro para los consumidores de drogas. "La mayoría de los muchachos son usuarios de drogas inyectables callejeros, sin ningún lugar adonde ir", explica Wicket. "Están cansados, durante toda la noche... huyendo de los policías, de los mafiosos del lugar, escapando de los otros muchachos que quieren sacarles el dinero. No tienen nada para comer, ni lugar para descansar, de modo que Korsang es un entorno seguro donde pueden descansar, comer, dormir, hablar con sus pares y obtener los servicios médicos que necesitan".

Las actitudes de los camboyanos comunes presentan el mayor desafío al proyecto. El enojo de los vecinos los expulsó seis veces de las instalaciones que ocupaban. "No quieren tener a drogadictos en la misma propiedad donde viven", dijo Bradshaw. "Tan pronto como conseguimos un edificio y nos instalamos, nos expulsan otra vez. Los vecinos firman peticiones; esto es un enorme problema para Korsang. Es discriminación hacia los consumidores de drogas".

"Lo que deben soportar los consumidores de drogas los está matando a toda costa", afirma Bradshaw. "La discriminación, la delincuencia, la represión. Los aporrean, los condenan, los matan de hambre, les niegan tratamiento, pero no son delincuentes, son consumidores de drogas, tienen una enfermedad crónica, necesitan tratamiento. Pero es como estar estigmatizado dos veces, necesitan sus derechos humanos".

Bradshaw siente motivación para continuar con este trabajo a partir de su propia experiencia como consumidora de drogas. Comenzó a usar drogas a los 12 años, y comenzó a inyectarse heroína apenas cumplidos los 20. Pasó por decenas de programas desintoxicantes, pero nada funcionó hasta que se encontró frente a una condena de 22 años de prisión. Dejó de consumir, y pronto empezó a trabajar prestando servicios a los demás. Sentía que debía devolver lo que había tomado. "Eso es todo lo que sé, ser consumidora de drogas, estar bajo tratamiento, estar en prisión, trabajar con consumidores de drogas".

"No creo haber elegido todo esto, creo que fui elegida", reflexiona. "Por esto aún estoy viva, para ayudar a los demás, eso es lo que quiero hacer con mi vida. Quiero hacer esto hasta el día en que me muera".

Seguridad del suministro sanguíneo: informe de situación

Las pruebas eficaces de detección sistemática del VIH en sangre donada antes de la transfusión constituyen una estrategia rentable para prevenir la transmisión del virus. El riesgo de transmisión del VIH supera el 90%, dado el gran volumen de sangre que puede transfundirse a un paciente a partir de una unidad de sangre infectada (Donegan et al., 1994). Según informes de países sobre los indicadores del UNGASS para la *Declaración de compromiso*, 91 países notifican haber tomado medidas para asegurar que toda la sangre donada se analice en relación con el VIH, y que la calidad de todos los procesos de las pruebas sistemáticas de detección esté garantizada. Sin embargo, 34 países no realizan pruebas de detección del VIH en toda la sangre donada conforme a normas de calidad mínimas, y 67 países no brindaron información sobre este indicador (Indicador 3 del UNGASS, 2008).

Aún no se realizaron pruebas de detección sistemática del VIH en más de un millón de unidades de sangre según normas de calidad mínimas. Más de 20 años después del surgimiento de los sistemas de pruebas de detección sensibles, resulta un asunto de gran preocupación que no se realicen pruebas de detección del VIH en toda la sangre donada de conformidad con las normas de calidad mínimas. También se necesitan más iniciativas para reducir las transfusiones de sangre innecesarias.

En 15 países que comunican datos sobre programas de prevención para usuarios de drogas inyectables, la mediana de la cobertura de prevención fue del 46% en 2007 (Indicador 9 del UNGASS, 2008).[10] La cobertura para usuarios de drogas inyectables es menor en Europa oriental y en Asia central (mediana 46,8%) que en Asia meridional y sudoriental (mediana 61,5%). Un desafío importante para ampliar el acceso a los programas de reducción del daño es garantizar la igualdad entre sexos, porque la mayoría de dichos programas están diseñados principalmente para hombres (International Harm Reduction Development Program, 2007; Hankins, 2008).

La falta de apoyo oficial para la reducción del daño en muchos países, las leyes que prohíben los componentes clave de la reducción del daño, y los regímenes normativos onerosos (por ejemplo, límites estrictos a la importación de medicamentos para tratamientos de mantenimiento con opiáceos) a menudo dificultan la misma puesta en práctica de las iniciativas de reducción del daño, y mucho más difícil es pensar en llevar dichos programas a escala (Fiellin, Green & Heimer, 2007). Los encuestados no gubernamentales en el 40% de los países notifican la existencia de leyes, reglamentación o políticas que plantean obstáculos para ofrecer servicios eficaces relacionados con el VIH a usuarios de drogas inyectables (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). El tratamiento de sustitución con metadona está disponible en sólo 52 países, y con buprenorfina en sólo 32 países. El tratamiento de sustitución es mayormente inexistente en Europa oriental y Asia central, donde el uso de drogas inyectables representa el modo más importante de transmisión del VIH (TRC, 2008).

En años recientes, se han observado importantes aunque desiguales avances en el acceso a la reducción del daño en diferentes ámbitos. China, por ejemplo, ha ampliado los componentes clave de la reducción del daño, y llega a más de 88 000 individuos con terapia de mantenimiento con metadona, y a casi 50 000 usuarios de drogas inyectables con servicios de intercambio de agujas desde octubre de 2007. Viet Nam iniciará su primer proyecto piloto de tratamiento de sustitución con

[10] Con respecto a los usuarios de drogas inyectables, el indicador 9 del UNGASS preguntó si los individuos sabían dónde hacerse una prueba del VIH, si habían recibido un preservativo en los 12 meses anteriores, y se habían recibido agujas y jeringas estériles (por ejemplo, de parte de un agente de extensión, un educador inter pares o un proyecto de intercambio de agujas).

metadona en 2008 (Oanh, 2007); los programas de reducción del daño en el país distribuyeron 15 millones de preservativos y 7,5 millones de agujas y jeringas en los primeros diez meses de 2007. En 2006, Bulgaria, Estonia, Finlandia, Letonia y Lituania crearon una red regional para ampliar y coordinar los servicios de prevención del VIH para usuarios de drogas inyectables, con financiamiento asegurado hasta 2009 a cargo de la Comunidad Europea. En Tailandia, por el contrario, un informe reciente de informantes de la sociedad civil encontró poca ampliación de los programas de reducción del daño, a pesar del compromiso del gobierno nacional masivamente publicitado en 2004 de incrementar el acceso a la prevención para los usuarios de drogas (Grupo de Acción Tailandés para el Tratamiento del Sida, Human Rights Watch, 2007).

Las políticas enérgicas de control de drogas con frecuencia inhiben el uso de programas de reducción del daño, lo que subraya la necesidad de colaboración interministerial y de sensibilización del personal encargado del cumplimiento de la ley para evitar metodologías que puedan disuadir la participación en los programas de prevención. En la mayoría de los países de Europa oriental y Asia central, por ejemplo, la policía a veces arresta

La prevención del VIH dirigida a personas que viven con el VIH

Durante el transcurso de la mayor parte de la epidemia, los programas de prevención se centraron principalmente en promover la reducción del riesgo entre personas que eran VIH-negativas o que desconocían su estado serológico respecto al VIH. Con el advenimiento de la terapia antirretrovírica de combinación, que prolonga en forma significativa la vida y mejora la calidad de vida para las personas que viven con el VIH, hay cada vez más reclamos para que se ofrezcan mejores servicios de prevención a las personas que viven con el VIH (Grupo Mundial de Trabajo sobre Prevención del VIH, 2004). Relativamente pocos estudios han examinado la eficacia de los programas de prevención dirigidos específicamente a las personas que viven con el VIH; sin embargo, los programas adaptados a las necesidades de las personas VIH-positivas pueden reducir los comportamientos de riesgo (Crepaz et al., 2006).

En el momento en que el presente informe fue a imprenta, la OMS estaba concluyendo su orientación sobre prevención del VIH y otras intervenciones esenciales para adultos y adolescentes que viven con el VIH en ámbitos de recursos limitados. Las directrices de la OMS contemplan asesoramiento y otro tipo de apoyo para la reducción del riesgo, como parte de un continuo que incluye tratamiento, atención y apoyo para las personas que viven con el VIH. Los programas de reducción del riesgo son simplemente uno de los numerosos componentes comportamentales de la prevención integral del VIH y la atención de las personas que viven con el VIH, que incluyen las estrategias para promover la observancia del tratamiento y para mitigar la estigmatización y la discriminación. Los servicios psicosociales para promover comportamientos seguros entre personas VIH-positivas deben estar atentos a las diferencias de cultura, sexo, edad y vulnerabilidad. La participación activa de las personas que viven con el VIH es esencial al momento de diseñar e implantar estos servicios.

En 2008, luego de un análisis de cuatro estudios, la Comisión Nacional Suiza del Sida concluyó que las personas VIH-positivas con una carga vírica no detectable después de una terapia antirretrovírica no presentan riesgo de transmitir el VIH a sus parejas sexuales (Vernazza et al., 2008). En respuesta, el ONUSIDA y la OMS resaltaron la importancia permanente de la prevención integral del VIH para las personas que viven con el VIH. El ONUSIDA y la OMS observan que el riesgo de transmisión del VIH es menor para las personas con cargas víricas no detectables, pero hacen hincapié en que aún ningún estudio ha descartado el riesgo de transmisión del VIH.

FIGURA 4.11 Cambio en el porcentaje de uso del preservativo en la última relación sexual, entre personas con más de una pareja sexual en los últimos 12 meses, por sexo

Fuente: MEASURE DHS.

por posesión de cantidades extremadamente pequeñas de narcóticos, lo que puede resultar desalentador para el usuario de drogas que desee participar en proyectos de intercambio de agujas (Nashkhoev y Sergeyev, 2007). Según un informe oficial de Georgia presentado al ONUSIDA sobre indicadores del UNGASS, el clima de políticas antidrogas nacionales ha cohibido los esfuerzos por ofrecer incluso un acceso mínimo a servicios de desintoxicación y rehabilitación por drogas. En Tailandia, los supuestos asesinatos extrajudiciales en 2003 y la violencia asociada, que dio como resultado la muerte de más 200 presuntos vendedores y usuarios de drogas, sigue repercutiendo en toda la sociedad. Informantes de la sociedad civil afirman que los usuarios de drogas inyectables temen acceder a los servicios de reducción del daño y otros servicios sanitarios. (Grupo de Acción Tailandés para el Tratamiento del Sida y Human Rights Watch, 2007).

Prevención del VIH en parejas sexuales

Históricamente, la rigurosa evaluación de los programas de prevención del VIH se centró sobre todo en los individuos más que en las parejas. Esta omisión reviste una importancia en potencia, dado que las encuestas internacionales del comportamiento sexual de los jóvenes muestran de manera sistemática que las parejas sexuales son una influencia clave en las prácticas sexuales particulares en las que los jóvenes deciden participar (Marston y King, 2006). Al menos dos tipos de parejas parecen justificar la intensificación de la prevención del VIH: las parejas serodiscordantes y las parejas múltiples y concurrentes. Con programas adaptados específicamente para llegar a las personas en diferentes tipos de parejas, las iniciativas de prevención del VIH pueden lograr un mayor impacto que los programas que únicamente intentan incidir en el comportamiento de una persona individual.

Parejas serodiscordantes

En los lugares en que el conocimiento del estado serológico respecto al VIH es bajo y la utilización del preservativo poco frecuente, el riesgo de transmisión dentro de parejas serodiscordantes

Aumentar el uso del preservativo entre las personas con parejas múltiples

El uso sistemático del preservativo entre quienes tienen parejas múltiples (definidas como más de una pareja en los últimos 12 meses) parece estar aumentando, en particular en las zonas más afectadas por la epidemia. En la ronda más reciente de las Encuestas Demográficas y de Salud, un promedio de 27% [2%–66%] de mujeres (15–49 años) y 33% [7%–75%] de hombres (15–49 años) que habían tenido más de una pareja en el último año informaron el uso de un preservativo la última vez que habían mantenido relaciones sexuales. En los 21 países donde esta información se había recopilado al final de al menos dos periodos, la utilización del preservativo en mujeres subió en 16 países, y la utilización del preservativo en hombres aumentó en 12 países (Figura 4.11). Sin embargo, como muestra la Figura 4.12, no se pueden dar por sentado los progresos en el uso del preservativo, dado que éste ha disminuido en una serie de países.

FIGURA 4.12 Uso de preservativo en la última relación sexual, entre personas con más de una pareja sexual en los últimos 12 meses, en tres países con una carga alta

Fuente: MEASURE DHS 2008.

puede ser alto, en especial cuando el integrante que tiene el virus se infectó recientemente pero aún desconoce su estado. Entre las parejas heterosexuales serodiscordantes en Uganda, el integrante no infectado tiene una posibilidad estimada del 8% anual de infectarse con el VIH (Wawer et al., 2005).

Según Encuestas Demográficas y de Salud realizadas en cinco países africanos, dos tercios de las parejas infectadas por el VIH son serodiscordantes (de Walque, 2007). Asimismo, las encuestas en África oriental indican que más del 40% de las personas con VIH casadas tienen cónyuges no infectados (Were et al., 2006). La encuesta en cinco países africanos reveló que el integrante infectado de una pareja serodiscordante era mujer en el 30% a 40% de los casos. Más de

la mitad de las mujeres VIH-positivas encuestadas que eran casadas o cohabitaban no habían sido infectadas por su pareja actual (de Walque, 2007). En Burkina Faso, casi el 90% de parejas que convivían dijeron no haber usado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales (de Walque, 2007).

Se puede ayudar a prevenir la transmisión del VIH con mejores servicios de tratamiento y prevención para las parejas serodiscordantes, incluidos asesoramiento, acceso a preservativos masculinos y femeninos, terapia antirretrovírica, tratamiento inmediato de infecciones de transmisión sexual y circuncisión médica masculina. El conocimiento del estado serológico respecto al VIH es un punto de partida importante. En el África subsahariana, las "pruebas para parejas" redujeron la transmisión del VIH entre parejas serodiscordantes (Allen et al., 2003). La eficacia de las pruebas voluntarias de parejas puede ser óptima cuando se las acompaña de asesoramiento centrado en el cliente. El conocimiento del estado serológico respecto al VIH sólo impulsa a la prevención si conduce a un comportamiento sexual más seguro. Sin embargo, el miedo a la estigmatización y al rechazo hace que muchos posterguen o eviten revelar su estado serológico a su pareja habitual. Esto subraya la importancia del asesoramiento y las iniciativas para reducir la estigmatización, cuyo objetivo es facilitar la revelación oportuna del estado entre las parejas. El tratamiento también desempeña un papel en la reducción del riesgo de transmisión del VIH en parejas serodiscordantes, dado que la terapia antirretrovírica se asocia con una reducción del 80% en la transmisión entre parejas serodiscordantes (Castilla et al., 2005).

Parejas múltiples y concurrentes

Aunque los datos existentes son limitados, el potencial para acelerar la transmisión del VIH de las parejas concurrentes es especialmente pronunciado en los lugares con elevada prevalencia de base del VIH o altas tasas de movilidad de la población (Cassels, Clark y Morris, 2008). Estos factores son frecuentes en África meridional, donde la concurrencia se ha mencionado como posible razón para los singularmente altos niveles de infección por el VIH de la región (véase el Capítulo 2).

Según una encuesta nacional de más de 7000 personas (15-65 años) en Sudáfrica, las normas sociales dominantes alientan tanto la concurrencia como la rotación rápida de parejas sexuales, con poco apoyo inter pares para el compromiso con una única pareja. De manera significativa, sólo el 21% de los encuestados opinó que "quedarse con una sola pareja y ser fiel" podría prevenir la transmisión del VIH, y sólo el 5% reconoció que reducir el número de parejas sexuales constituye una estrategia válida para prevenir el VIH (CADRE et al., 2007).

Pocos estudios han examinado estrategias para modificar actitudes y prácticas con respecto a la concurrencia de parejas. Sin embargo, la bibliografía sobre la prevención del VIH abunda en ejemplos de cambios radicales en los comportamientos sexuales y el establecimiento de nuevas normas sexuales en una población (Auerbach, Hayes y Kandathil, 2006). Con frecuencia, dichos cambios radicales en el comportamiento se produjeron luego de campañas de alto nivel destinadas a modificar las normas sexuales y a aumentar el conocimiento de los riesgos relativos al VIH. Las iniciativas de prevención, en especial en lugares hiperendémicos, deben incluir estrategias comunitarias para educar a las personas con respecto al riesgo de tener parejas múltiples y crear nuevas normas sociales que fomenten el rechazo a las relaciones concurrentes.

En 2006, el Comité de Asesoramiento sobre la Prevención del VIH de la Comunidad del África Meridional para el Desarrollo recomendó que ocuparse de las relaciones sexuales múltiples y concurrentes sea la prioridad número uno en la prevención del VIH regional. Se están acelerando las iniciativas regionales para tratar el problema de las parejas concurrentes en las respuestas a la prevención del VIH. Después de analizar la investigación formativa al final de 2007, los nueve países que participaron en un programa regional organizado por Soul City, un proyecto de cambio social y promoción de la salud, recomendaron la iniciación de una campaña regional de prevención del VIH cuyo objetivo sean las parejas múltiples

Integrar la circuncisión médica masculina en las iniciativas nacionales de prevención del VIH

Ensayos clínicos en Kenya, Sudáfrica y Uganda demuestran que la circuncisión médica masculina reduce el riesgo (en alrededor de un 60%) de que una mujer que vive con el VIH transmita el virus a su pareja sexual masculina (Auvert et al., 2005; Bailey et al., 2007; Gray et al., 2007). Parece ser que los primeros resultados que indicaron un beneficio de la circuncisión en la prevención del VIH aumentaron la demanda de la circuncisión en algunas partes de África (OMS, 2006).

Mucho resta por saber acerca del posible papel de la circuncisión médica masculina en reducir la velocidad de las nuevas infecciones del VIH en el nivel de las poblaciones. La circuncisión médica masculina tiene otros beneficios en cuanto a la disminución de úlcera genital y virus del papiloma humano (el agente causal del cáncer de cuello uterino), pero es improbable que la circuncisión masculina tenga un efecto protector directo contra el VIH para las mujeres durante el acto sexual. El grado en que los beneficios observados en ensayos controlados pueden replicarse en la vida diaria se está evaluando durante la introducción de programas, en especial en los lugares de los tres ensayos. Algunos estudios observacionales en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres sugieren un efecto protector de la circuncisión (véase Buchbinder et al., 2005), pero no sucede lo mismo en otros estudios (Millett y Peterson, 2007; Templeton y Hogben, 2007). Los hombres en el ensayo de la vacuna con adenovirus de Merck eran hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y los que estaban circuncidados presentaron el riesgo más bajo de contagio del VIH. (Robertson, 2008).

Los expertos convocados por el ONUSIDA y la OMS en marzo de 2007 determinaron que los resultados de las investigaciones sobre los beneficios de la circuncisión médica masculina para los hombres heterosexuales eran abrumadores. La consulta avaló la circuncisión masculina como una eficaz intervención para la prevención, advirtiendo que su impacto podía ser mayor en ámbitos donde la prevalencia del VIH adquirido en relaciones heterosexuales es alta; los niveles de circuncisión masculina, bajos; y las poblaciones expuestas al VIH, considerables (ONUSIDA Y OMS, 2007). Varios países están implantando servicios de circuncisión masculina como un componente más de la prevención integral del VIH, con apoyo técnico de parte de asociados de las Naciones Unidas y otros a través del Segundo Plan de Trabajo de las Naciones Unidas sobre Circuncisión Masculina.

Desde 2005, una serie de estudios de modelización y relación costo-eficacia estimaron el número de casos de infección que podían prevenirse con la ampliación de los programas de circuncisión en varones adultos en el África subsahariana (Williams et al., 2006; Hallett et al., 2008). Estos ejercicios determinaron que la circuncisión masculina constituye un método muy beneficioso para prevenir nuevas infecciones por el VIH en ámbitos donde la prevalencia es alta, con una proyección de ahorros en futuros tratamientos antirretrovíricos que supera en gran medida el costo de los programas de circuncisión (Kahn, Marseille y Auvert, 2006).

Un desafío importante para llevar a escala la circuncisión es garantizar que dichas intervenciones quirúrgicas se realicen en condiciones de seguridad. Históricamente, muchas circuncisiones en África se realizan fuera del ámbito médico, a menudo a cargo de curanderos. Son frecuentes las infecciones y otras complicaciones como consecuencia del procedimiento (Schoofs, 2007). Además, existe el peligro de que el mismo VIH se transmita a través de una circuncisión realizada sin control de infecciones. Sin embargo, hay pocas pruebas directas que avalen este efecto, y las prácticas tradicionales de iniciación son ocasiones para transmitir las normas y

los valores en torno a la masculinidad. Por lo tanto, dichas prácticas pueden ser oportunidades importantes para la educación preventiva contra el VIH (Peltzer et al., 2007). Se están aplicando programas de capacitación del prestador para garantizar una seguridad y una calidad aceptables durante la práctica de la circuncisión masculina (Schoofs, 2007).

Debido al riesgo de que los hombres circuncidados y sus parejas lleguen a la conclusión errónea de que la intervención quirúrgica los exime de la necesidad de otras medidas de protección, la extensión de la circuncisión médica masculina debe acompañarse con iniciativas reforzadas de prevención del VIH. En particular, las campañas de educación públicas deben hacer hincapié en que la circuncisión ofrece únicamente una protección parcial al hombre y que puede ocurrir la transmisión del VIH durante las relaciones sexuales aun después de la circuncisión. Además, los dispensadores de atención de salud deben aconsejar con cuidado a los hombres que se realizan esta cirugía y a sus parejas, para que se abstengan de tener relaciones sexuales hasta que las heridas de la circuncisión cicatricen por completo.

y concurrentes. Los participantes de Soul City concluyeron que la campaña debe abordar la comunicación entre niños y padres, y entre parejas; las desigualdades de género (es decir, la dominación del hombre y la facultación de la mujer) y la socialización y presión de los pares.

Prevención del VIH adaptada para hombres heterosexuales

La influencia en el comportamiento sexual masculino es esencial para reducir el número de nuevas infecciones por el VIH. No sólo los hombres representan la mitad de las infecciones del VIH en todo el mundo, sino que alentar a los hombres a evitar los comportamientos sexuales riesgosos es un paso fundamental en la prevención de nuevas infecciones por el VIH en las mujeres.

Si bien se crearon diversos modelos de prevención para brindar apoyo de prevención dirigido a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, pocos programas de prevención del VIH se diseñaron específicamente

FIGURA 4.13 Número y porcentaje de embarazadas VIH-positivas que reciben terapia antirretrovírica, 2004–2007

Fuente: ONUSIDA, UNICEF y OMS, 2008; datos provistos por países.

CAPÍTULO 4

FIGURA 4.14 Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que reciben terapia antirretrovírica, 2007

Fuente: ONUSIDA, UNICEF y OMS, 2008; datos provistos por países.

para tener en cuenta los valores que el hombre heterosexual adjudica al sexo, los placeres que obtiene de éste y las presiones sociales asociadas con la actividad sexual. Una regla principal de la prevención del VIH es que los programas deben tener relevancia cultural en la población objetivo, pero esta máxima no se ha seguido con rigurosidad entre los programas dirigidos principalmente a modificar los comportamientos de los hombres.

Prestar mayor atención a las necesidades de prevención de los hombres heterosexuales de ninguna manera sugiere la disminución del esfuerzo que se dedica a las mujeres adultas y jóvenes. Por el contrario, los programas de prevención eficaces para los hombres complementan las iniciativas pensadas para facultar a las mujeres adultas y jóvenes para la prevención de la transmisión del VIH. La falta de métodos de prevención iniciados por la mujer subraya la importancia de promover un comportamiento sexual más responsable y seguro entre los hombres.

Las iniciativas de prevención del VIH para los hombres heterosexuales buscan motivar a hombres y mujeres a hablar más abiertamente sobre el sexo, la sexualidad, el uso de drogas y el VIH. La prevención eficaz del VIH también alienta a los hombres a cuidarse más a sí mismos, a cuidar a sus parejas y familias. Ya en 2001, el ONUSIDA documentó 12 modelos diferentes de "prácticas óptimas" de programas de prevención para hombres (ONUSIDA, 2000). Sin embargo, tales proyectos siguen estando confinados a un lugar y no se han llevado a escala (CIIM e Instituto Promundo, 2007; OMS e Instituto Promundo, 2007).

Los programas para varones adultos y jóvenes que tratan abiertamente los desequilibrios de poder entre los sexos pueden ayudar a transformar las normas de género (véase el Capítulo 3). En muchos países, las normas de género predominantes aumentan la vulnerabilidad de la mujer frente al poder masculino, y a la vez alientan al hombre a poner en riesgo a la mujer. Por ejemplo, ciertos conceptos de masculinidad que premian a las parejas múltiples pueden ejercer una presión considerable en el hombre para que se comporte de determinada manera. Como resultado de dicha dinámica, tanto el hombre como la mujer se exponen a un mayor riesgo de infección al VIH.

Movilización mundial para erradicar la transmisión maternoinfantil

En ausencia de alguna intervención, el riesgo de transmisión maternoinfantil del VIH es del 15% al 30% aproximadamente si la madre no amamanta a su hijo. Con un amamantamiento prolongado, la probabilidad de infección puede ser tan alta como el 45% (De Cock, 2000). La administración oportuna de un tratamiento breve con medicamentos antirretrovíricos disminuye significativamente el riesgo de transmisión del VIH (Guay et al., 1999).

Aún no existen tratamientos quimioprofilácticos validados para disminuir el riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia, aunque se están realizando ensayos para evaluar los diferentes enfoques experimentales. Hasta que se encuentre un tratamiento profiláctico, parece que la lactancia materna exclusiva y la ayuda para el destete prematuro minimizan el riesgo de transmisión al recién nacido en ámbitos donde no se dispone de métodos alternativos seguros para la alimentación del bebé (Kuhn et al., 2007).

En los países de ingresos altos, la amplia cobertura de los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil mantuvo las tasas de transmisión del VIH por debajo de 1. Por ejemplo, en 2006 en Europa occidental, sólo 191 nuevos diagnósticos de VIH en niños se atribuyeron a la transmisión maternoinfantil (EuroHIV, 2007). Logros similares son posibles en ámbitos de escasos recursos. Un estudio en Abidjan, Côte d'Ivoire, demostró que la transmisión maternoinfantil puede limitarse a menos del 6% cuando se ofrecen los servicios necesarios (Tonwe-Gold, 2007). En Botswana, donde el gobierno nacional otorgó gran prioridad a la prevención de la transmisión maternoinfantil, la tasa en que los bebés nacidos de madres VIH-positivas contraen el VIH bajó al 4% (Donnelly, 2007).

Informantes gubernamentales y no gubernamentales en el 63% de los países con epidemia generalizada notifican haber puesto en práctica la prevención de la transmisión maternoinfantil en la mayoría o en todos los distritos que lo necesitaban (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008); la cobertura real de los programas no refleja un nivel tan alto de acceso. Las estimaciones epidemiológicas sugieren que la cobertura de la terapia antirretrovírica en embarazadas VIH-positivas para la prevención de la transmisión maternoinfantil en países de ingresos bajos y medianos aumentó del 9% en 2004 al 34% en 2007(Figura 4.13). Estas cifras se basan en estimaciones epidemiológicas revisadas de la prevalencia nacional y mundial del VIH (véase el Capítulo 2), y en un proceso de unificación de datos entre ONUSIDA, OMS y UNICEF, y los países que informan el indicador 5 del UNGASS. Hay fallas en el continuo de atención para la prevención de la transmisión maternoinfantil que parecen contribuir a una cobertura reducida. Por ejemplo, las estimaciones sugieren que sólo el 18% de todas las mujeres embarazadas VIH-positivas reciben pruebas en dispensarios prenatales. Sin embargo, de las mujeres que se sometieron a pruebas, el 80% de las que resultaron positivas recibieron terapia antirretrovírica. Esto sugiere que la falta de pruebas puede estar obstaculizando los esfuerzos para aumentar la cobertura de prevención en las embarazadas que lo necesitan (UNICEF, 2008).

En los últimos años, son varios los países que han progresado en la ampliación de su cobertura para embarazadas VIH-positivas. Entre 2004 y 2006, la cobertura de prevención de la transmisión maternoinfantil aumentó del 12% al 64% [53%–80%] en Namibia, del 5% al 67% [60%–74%] en Swazilandia, y del 15% al 67% [58%–81%] en Sudáfrica. La Figura 4.14 muestra que el progreso de cada país para ampliar los servicios que previenen la transmisión maternoinfantil es muy variable.

Son numerosos los factores que impiden la ampliación de los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil. Por ejemplo, el conjunto de servicios de prevención disponible para mujeres embarazadas está diseñado para aplicarse en ámbitos de atención sanitaria; sin embargo, el uso de la atención prenatal varía mucho en un mismo país y entre países, y por lo general es mucho menor en zonas rurales (Say y Rain, 2007). En Papua Nueva Guinea, donde la mayoría de las mujeres dan a luz en su hogar, la cobertura de servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil está por debajo del 5%. A escala mundial, una de cada

seis embarazadas en países de ingresos bajos y medianos no reciben atención prenatal antes del parto (UNICEF, 2008). En los 30 países africanos con las puntuaciones de desarrollo humano más bajas, la mayoría de los partos no son atendidos por un profesional de la salud capacitado, a excepción de Zimbabwe (PNUD, 2007). Incluso en ámbitos prenatales donde la aceptación de la prevención del VIH es alta, como Bangkok, las encuestas indican que muchas mujeres no utilizan los servicios porque la atención prenatal no es uniforme, temen a la estigmatización o les preocupa revelar su estado serológico respecto al VIH (Teeraratkul, 2005).

Según estudios en Côte d'Ivoire y Sudáfrica, los enfoques recomendados para la lactancia materna no gozan de un cumplimiento general (Becquet, 2005; Doherty, 2007). Además, muchos bebés hijos de madres VIH-positivas no reciben atención de seguimiento, lo cual impide un diagnóstico oportuno de la infección por el VIH y la pronta iniciación de la terapia antirretrovírica. En Malawi, por ejemplo, sólo el 19% de los bebés nacidos de madres VIH-positivas recibieron una prueba del VIH dentro de los 12 meses posteriores al nacimiento (Manzi et al., 2005).

En el futuro inmediato, países, donantes y otros asociados deben basarse en el progreso reciente para extender los servicios de modo que estén lo suficientemente disponibles en los países de ingresos bajos y medianos para reproducir los logros de ámbitos de ingresos altos. Dichas medidas salvarán vidas y disminuirán el costo de los futuros tratamientos.

La aplicación de pruebas del VIH iniciadas por el proveedor en dispensarios prenatales y otros ámbitos ya está incrementando la aceptación de los programas. En algunos dispensarios, las embarazadas que probablemente no vuelvan al dispensario para el parto reciben dosis de nevirapina para ellas y para sus bebés (Stripipatana, 2007). Otros dispensarios están trabajando para hacer participar a las parejas masculinas y los padres. Ciertos programas en Etiopía y Sudáfrica movilizaron a madres VIH-positivas con experiencia en los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil para que brinden educación, información y apoyo a las embarazadas. Un estudio reciente en maternidades seleccionadas en San Petersburgo, en la Federación Rusa, encontró que el ofrecimiento en el lugar de atención de una prueba del VIH rápida derivó en la identificación de un número significativo de mujeres VIH-positivas antes sin diagnosticar y en la administración de profilaxis antirretrovírica al 98% de los bebés expuestos al virus (Kissin et al., 2008).

Sostener la prevención del VIH en el largo plazo

Una de las mayores dificultades para la prevención del VIH es sostener en el tiempo los cambios favorables en los comportamientos sexuales y de consumo de drogas. La prevención del VIH no es una intervención de "dosis única" que confiere inmunidad contra la infección para toda la vida. Por el contrario, la reducción del riesgo es un esfuerzo de por vida que requiere apoyo, afianzamiento y autocontrol.

Las investigaciones recientes sugieren que, mientras que las personas a menudo reducen significativamente los comportamientos de riesgo sexuales en el año posterior a intervenciones intensivas, repetidas, dirigidas a individuos o pequeños grupos, con frecuencia no logran sostener comportamientos más seguros durante periodos más prolongados. Por ejemplo, los ensayos de una intervención de asesoramiento individualizado de 10 semanas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres encontraron que la intervención produjo beneficios significativos en el comportamiento a corto plazo y redujo la incidencia del VIH. Sin embargo, después de tres años, quienes habían recibido la intervención no presentaron diferencias significativas comparados con el grupo testigo en relación con la incidencia del VIH, lo que sugiere que el impacto favorable inicial no se pudo sostener (Coates et al., 2008).

Este patrón también se observó fuera de las condiciones del ensayo, donde el éxito prematuro de la prevención nacional resultó difícil de sostener en el largo plazo. En Uganda, el país africano que mejores resultados ha obtenido en reducir la prevalencia del VIH, las encuestas documentaron un incremento en el comportamiento sexual riesgoso en los últimos años (ONUSIDA, 2007b). Del mismo modo, varios países de ingresos

altos que registraron marcadas reducciones en la incidencia del VIH en la década del ochenta luego de fuertes inversiones en los programas dirigidos a la prevención del VIH, están siendo testigos de un aumento significativo en el comportamiento sexual riesgoso y en el número de nuevas infecciones por el VIH (EuroHIV, 2007; Osmond et al., 2007).

Es difícil sostener un cambio en el comportamiento personal por una serie de razones. Con frecuencia, los esfuerzos de prevención son a corto plazo, y las personas pueden volver a patrones de comportamiento anteriores si las iniciativas de prevención no se mantienen ni refuerzan. Quienes adoptan comportamientos más seguros pueden experimentar "fatiga de la prevención" y, con el tiempo, volver a los comportamientos anteriores que son la norma en su comunidad. Además, los cambios en el entorno pueden alterar las percepciones individuales del riesgo. En países de ingresos altos, por ejemplo, la perspectiva de mejores tratamientos le restó gravedad a la enfermedad para algunos y, al parecer, provocó un aumento en los comportamientos sexuales que incrementan el riesgo de exposición al VIH (Suarez et al., 2001).

Al igual que el tratamiento del VIH, la prevención del VIH es de por vida. Para asegurar su permanente relevancia, las estrategias de prevención deben fortalecerse y revisarse a medida que la epidemia avanza y las circunstancias subyacentes se modifican. Las iniciativas de investigación sobre la prevención deben concentrarse específicamente en estrategias para prevenir que los cambios en el entorno (por ejemplo, la introducción de tratamientos o nuevas tecnologías de prevención) socaven los patrones existentes de observancia de comportamientos más seguros.

Para lograr y mantener el éxito, las iniciativas de prevención del VIH deben lograr la intensidad requerida y ofrecerse en una forma fundamentada en pruebas y de calidad. Hasta hace poco, los problemas de calidad e intensidad parecían de alguna manera académicos en la mayoría de los ámbitos de prevención, dado que la cobertura de la mayoría de las actividades de prevención del VIH era extremadamente baja. Sin embargo, como demuestra este informe, ese panorama está comenzando a cambiar, con una cobertura en aumento tanto para las iniciativas dirigidas a la población general como para los programas dedicados a las poblaciones más expuestas. Con una mayor cobertura de los programas de prevención, los indicadores de desempeño también mantendrán el ritmo al incorporar medidas de calidad e intensidad.

El financiamiento y el apoyo político nacional para la prevención del VIH se han incrementado, pero la utilización de servicios de prevención sigue estando por debajo del nivel óptimo, lo que subraya la necesidad de estimular una mayor demanda para la prevención del VIH. La historia de la epidemia sugiere que es poco probable que los programas gubernamentales o las políticas del donante aisladamente generen la demanda. En diversos países de diferentes regiones, el surgimiento de una demanda popular masiva de la prevención del VIH ha requerido la participación y el liderazgo genuinos y duraderos de comunidades eficaces (Piot, 2008). Se necesita una atención continuada para llevar a escala los servicios de prevención fundamentales, y se precisan mayores inversiones en estrategias de movilización social. En Etiopía, por ejemplo, el programa nacional del VIH priorizó la movilización de la sociedad desde la esfera local a esferas superiores, para acelerar el progreso hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

Cuando se genere una mayor demanda para los servicios de prevención, se requerirán iniciativas complementarias para crear las capacidades locales y nacionales que puedan sostener las iniciativas de prevención de alta calidad en el futuro. En el nivel local, se necesitarán mejores capacidades organizativas y habilidades de gestión (junto con una mayor capacidad analítica en los niveles nacional y subnacional) para recopilar y analizar la nueva información sobre la epidemia y dar una respuesta a esta información. Dichas medidas garantizarán la capacidad suficiente para poner en práctica y sostener las estrategias de prevención existentes, y permitir que los enfoques y las tecnologías para la prevención que surjan en el futuro se adopten con rapidez y se amplíen.

A medida que la epidemia evoluciona, los responsables de formular políticas a menudo sienten la tentación de aplicar iniciativas de prevención

de corto plazo, asumiendo que las inversiones anteriores ya se han ocupado del problema lo suficiente. La experiencia en los Estados Unidos es ilustrativa. Al comienzo de la epidemia, a principios de la década de los ochenta, la prevención del VIH representaba el 25% de todos los gastos relacionados con el virus. Los gastos para la prevención habían descendido al 13% en 1990. En 2006, el 25.º año desde que se reconoció el sida como epidemia, sólo cuatro de cada 100 dólares que el gobierno de los Estados Unidos gastaba en el VIH estaban destinados a la prevención de nuevas infecciones por el VIH (Fundación de la Familia Henry J Kaiser, 2006).

La prevención sostenida del VIH requiere un liderazgo nacional que reconozca tanto el beneficio como la necesidad humanitaria de invertir en la prevención y que comprenda la naturaleza a largo plazo de la amenaza. Los esfuerzos para persuadir a los líderes políticos a que inviertan en la prevención del VIH han encontrado obstáculos dado que no hay un grupo interesado natural para la prevención. La falta de inclusión de las personas que viven con el VIH y de quienes se encuentran ante un mayor riesgo de exposición al VIH en el diseño y la ejecución de los programas de prevención también ha contribuido al debilitamiento de dichos programas.

En varios países, la búsqueda de nuevas tecnologías de prevención ha generado un activismo y una organización comunitaria de gran importancia, en parte porque en los últimos años decenas de miles de personas de todo el mundo se inscribieron como participantes de ensayos de prevención. Una movilización similar, pero a una escala mucho mayor, se necesita para exigir la implantación inmediata de herramientas existentes fundamentadas en pruebas a fin de prevenir nuevas infecciones.

Pruebas para la acción

¿Se están tomando las medidas correctas?

- Casi todos los países (95%) tienen políticas nacionales para brindar acceso gratuito a los servicios de prevención del VIH.
- La mayoría de los gobiernos nacionales (89%) notifican haber integrado el VIH en los planes de estudio de las escuelas secundarias, pero muchos menos incluyen la educación sobre el VIH en los planes de la escuela primaria (65%) o tienen una estrategia de educación del VIH para jóvenes no escolarizados (64%).
- La mayoría de los gobiernos nacionales (92%) tienen una política o una estrategia para la prevención del VIH dirigida a las poblaciones más expuestas.

¿Se toman las medidas correctas de la manera correcta?

- Los programas de prevención del VIH a menudo no brindan información exacta y exhaustiva a los jóvenes. Según informantes no gubernamentales, el 28% de los países tienen leyes, reglamentación o políticas que plantean obstáculos a los servicios eficaces relacionados con el VIH para los jóvenes.
- Los informantes no gubernamentales en el 63% de los países tienen leyes, reglamentación o políticas vigentes que plantean obstáculos a los servicios eficaces relacionados con el VIH dirigidos a las poblaciones más expuestas.

¿Estas medidas se han ampliado lo suficiente como para marcar una diferencia?

- Los datos de encuestas de 64 países indican que el 40% de los hombres y el 36% de las mujeres (15-24 años) tienen un conocimiento amplio y preciso acerca de la prevención del VIH, muy por debajo del objetivo del 95% en la *Declaración del compromiso*.
- El porcentaje de embarazadas que viven con el VIH y que reciben terapia antirretrovírica para prevenir la transmisión maternoinfantil se incrementó del 9% en 2004 al 34% en 2007.
- Entre los pocos países que informan sobre las poblaciones más expuestas, el 60% de los profesionales del sexo, el 46% de los usuarios de drogas inyectables y el 40% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres fueron beneficiarios de programas de prevención del VIH en 2007.

Tratamiento y atención: avances sin precedentes, desafíos sin respuesta

5

Capítulo 5

FIGURA 5.1 Eventos seleccionados relacionados con el tratamiento del sida

Hallazgos clave

- El número de personas que reciben medicamentos antirretrovíricos en países de ingresos bajos y medianos ha registrado un aumento de diez veces más en solamente seis años, con lo que ascendió a casi 3 millones de personas a fines de 2007.
- La rápida expansión del acceso al tratamiento en contextos de recursos limitados salva vidas, mejora la calidad de vida y contribuye al rejuvenecimiento de las familias, las comunidades y la totalidad de las sociedades.
- Es necesario intensificar las medidas para asegurar la entrega oportuna de tratamiento contra el VIH a los niños, quienes tienen probabilidades marcadamente más reducidas que los adultos de recibir medicamentos antirretrovíricos.
- A nivel mundial, la cobertura de la terapia antirretrovírica para las mujeres es mayor o igual a la de los hombres.
- Las poblaciones con mayor riesgo de exposición al VIH, como los usuarios de drogas inyectables, enfrentan grandes obstáculos para el acceso al tratamiento contra el VIH, a menudo como resultado de discriminación institucionalizada.
- Las bajas tasas de pruebas reducen el impacto del tratamiento del VIH, ya que las personas con diagnóstico tardío en la evolución de la infección tienen un pronóstico menos promisorio. No obstante, varios países están empleando con éxito una serie de enfoques para aumentar el conocimiento acerca del estado serológico con respecto al VIH.
- A pesar de la existencia de medicamentos asequibles, pocas personas que viven con el VIH y la tuberculosis reciben tratamiento para ambas enfermedades. Esta situación contribuye a una morbimortalidad considerable y evitable.

- Las deficiencias en los sistemas de atención de la salud retardan la ampliación de los programas de tratamiento del VIH y enfatizan la necesidad de intensificar las medidas para fortalecerlos. La ampliación de la terapia antirretrovírica contribuye a impulsar mejoras significativas en la infraestructura sanitaria en lugares de recursos limitados.
- Se necesitan ciertos avances para asegurar la sostenibilidad del tratamiento del VIH, entre ellos, tratamientos de segunda y tercera línea más asequibles y mayor eficacia en la prevención de las nuevas infecciones por el VIH.

La decisión de la comunidad mundial de encaminarse hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en relación con el VIH da testimonio de un compromiso moral de proporciones históricas. Es la primera vez que el mundo intenta, a tan gran escala, llevar la gestión integral de enfermedades crónicas a lugares de recursos limitados. Hasta esta década, los países de ingresos bajos y medianos se veían forzados a esperar entre 10 y 20 años, a veces por más de una generación, antes de que pudieran disponer ampliamente de los avances en tecnologías de la salud. Algo más de diez años después del surgimiento de la terapia antirretrovírica de combinación, millones de personas en lugares de recursos limitados se benefician con estos medicamentos.

El compromiso mundial para que los tratamientos del VIH estén disponibles en estos contextos está dando sus frutos. En sólo seis años, el número de personas que reciben medicamentos antirretrovíricos en los países de ingresos bajos y medianos ha aumentado más de 10 veces (Figura 5.2). En lugares en los que hasta hace muy poco tiempo el VIH era invariablemente mortal, la introducción de tratamientos que preservan la vida ha rejuvenecido familias, revitalizado a comunidades enteras y revigorizado la respuesta más amplia a la epidemia (Sanders, 2008). Muchos actores son responsables de estos logros, principalmente las personas que viven con el VIH, cuya labor de promoción de la causa ayudó a hacer realidad lo que una vez se consideró imposible.

A pesar de estos importantes logros, es necesario un progreso considerablemente mayor para avanzar hacia el acceso universal al tratamiento y la atención del VIH. El número de nuevas infecciones por el VIH continúa superando el

CAPÍTULO 5

FIGURA 5.2 Número de personas que reciben antirretrovíricos en países de ingresos bajos y medianos, 2002-2007

Fuente: Datos provistos por ONUSIDA y OMS, 2008.

aumento en el número de personas que reciben terapia antirretrovírica cada año en 2,5 a 1. En consecuencia, es posible que se comprometa la sostenibilidad a largo plazo incluso del ritmo actual de ampliación del tratamiento.

Los niños no se benefician en la misma medida de estos trascendentales avances terapéuticos ya que, en comparación con los adultos, es menos probable que reciban medicamentos antirretrovíricos. Además, cientos de miles de personas con coinfección por el VIH y la tuberculosis mueren innecesariamente cada año debido a servicios inadecuados de diagnóstico de la tuberculosis, imposibilidad de entregar medicamentos asequibles a quienes los necesiten y tasas en aumento de la resistencia a los antituberculosos.

Este capítulo resume los logros realizados hasta la fecha en la expansión del acceso al tratamiento del VIH en los países de ingresos bajos y medianos. Analiza los desafíos para asegurar igualdad de acceso a los medicamentos antirretrovíricos, al igual que a los componentes no antirretrovíricos del tratamiento y la atención del VIH, incluido el manejo de enfermedades oportunistas y otros problemas médicos. Por último, el capítulo identifica los impedimentos a una ampliación más rápida y general y sintetiza la información acerca de cómo superar estos obstáculos.

Avances en la reducción de enfermedad y mortalidad relacionadas con el VIH

El impacto de los medicamentos antirretrovíricos en el manejo de la infección del VIH ha sido sorprendente. Las mejoras en salud resultaron mucho más marcadas y perdurables de lo que se había anticipado cuando la terapia antirretrovírica de combinación surgió por primera vez a mediados de la década del 90. Estudios recientes realizados en Dinamarca sugieren que es probable que un hombre joven con diagnóstico reciente de VIH viva unos 35 años más con los medicamentos disponibles, el triple de la expectativa de vida de las personas con VIH (Lohse et al., 2007). En un poco más de una década, la introducción de la terapia antirretrovírica de combinación ha salvado a alrededor de tres millones de años de vida solamente en Estados Unidos (Walensky et al., 2006).

A medida que se conoce más acerca del manejo de la terapia antirretrovírica a través de los ensayos clínicos y de la acumulación de mayor experiencia clínica, más mejoran los desenlaces clínicos como consecuencia de las terapias. Los datos derivados de la vigilancia nacional del tratamiento y la atención del VIH en el Reino Unido, por ejemplo, indican que la mediana de tiempo hasta el fracaso terapéutico para los pacientes en tratamientos de

FIGURA 5.3 Número estimado de defunciones por sida en adultos y niños a nivel mundial, 1990-2007

Esta barra indica el intervalo de la estimación.

Fuente: Datos provistos por ONUSIDA y OMS, 2008.

CAPÍTULO 5

Adquirir valor y prosperar con el tratamiento antirretrovírico

Lillian Mworeko es la coordinadora regional de África de la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH/Sida. Lillian está establecida en Uganda.

Tenía 29 años cuando le diagnosticaron VIH. Fue el día en que murió su esposo.

"Ya estaba en estado de shock por la muerte de mi esposo. No me preocupé mucho por mis resultados", recuerda. "Pero más adelante, después del funeral, tomé conciencia de la realidad de ser VIH-positiva. Imagínese: viuda joven, con un niño pequeño, intentando salir adelante sola".

Sola y sin dinero, Mworeko buscó ayuda de grupos y redes de apoyo de su ciudad natal en Uganda. Comenzó a aprender más acerca del VIH. A medida que adquirió seguridad consiguió el apoyo que necesitaba de su familia y sus amigos.

"Me volví valerosa, sabía que la vida debe continuar", dice.

Su valor fue un gran sostén cuando, unos años más tarde, ella y su nueva pareja decidieron tener un hijo. Leyó e investigó mucho para asegurarse de que no transmitiría el virus al bebé en gestación. En ese entonces, Lillian ya estaba en tratamiento antirretrovírico, pero no era la terapia recomendada para evitar la transmisión maternoinfantil del VIH. "Tuve varias conversaciones con mis médicos y debieron cambiar mis medicamentos y realizar pruebas de CD4 y cargas víricas" comenta. "Hablé con el médico acerca de mi estado serológico. Me dio mucho apoyo. En algún momento pensé que tal vez necesitaría una cesárea, pero luego cambié de opinión. Recibí mucho apoyo… principalmente porque me comunicaba con ellos".

Mworeko también recibió ayuda de otras mujeres VIH-positivas que habían comenzado un programa de maternidad llamado Mama's Club. En el programa hablaban de las dificultades que enfrentaban y de las medidas y precauciones necesarias para evitar la transmisión maternoinfantil. El apoyo y la interacción con otras mujeres fueron invaluables. Pero aún así, a Mworeko le esperaban algunas sorpresas cuando regresó a su hogar con su bebé. Había decidido alimentar al bebé con biberón para estar totalmente segura de que no transmitiría el VIH en la leche materna. "Creí que no sería costoso estar en un programa de PTMI, pero no sabía el precio de la leche de fórmula. Es cara, y el bebé consumía cuatro latas de leche por semana en las primeras semanas".

Mworeko se considera afortunada por tener acceso a la terapia antirretrovírica y al apoyo médico que le proporcionó su lugar de trabajo. "Me dio esperanza y cuando miro la vida ahora, es más positiva que antes…hubo momentos en que no estaba segura de qué pasaría al día siguiente, pero hoy, miro la vida positivamente. He decidido volver a estudiar, para ascender en mi vida profesional y que mi contribución a la comunidad sea mayor".

primera línea que incluyen uno o más inhibidores de la proteasa varían entre 4,3 y 6,5 años. Sin embargo, los pacientes que comenzaron con un esquema terapéutico que incluía dos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI) y un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa (INNTI) registraron una mediana de tiempo hasta el fracaso terapéutico de 13,2 años (Beck et al., 2008a). Según lo explica el Capítulo 6, el aumento del acceso a los medicamentos antirretrovíricos también mejora la calidad de vida de millones de personas y beneficia a familias, comunidades y sociedades.

La creciente disponibilidad de medicamentos antirretrovíricos está reduciendo la carga de mortalidad relacionada con el VIH en los países de ingresos bajos y medianos, al igual que sucedió en los países de ingresos altos hace diez años (Figura 5.3). En las zonas rurales de Sudáfrica, se comunicaron reducciones considerables en la mortalidad en el año 2006, a medida que aumentaba la disponibilidad de esos medicamentos (Nyrenda et al., 2007). Después de décadas de mortalidad en ascenso, el número de defunciones anuales debido al sida en todo el mundo ha disminuido en los últimos dos años, en parte como resultado de la considerable ampliación del acceso al tratamiento del VIH en años recientes.

También se ha observado que la terapia antirretrovírica es una intervención eficaz en función de los costos o que genera reducción de costos en los países de ingresos altos, medianos y más bajos (Harling, 2005). La mayoría de los estudios de relación costo-eficacia realizados hasta la fecha sólo incluye costos directos. Si se incluyesen los costos indirectos, es probable que el tratamiento antirretrovírico de alta potencia (HAART) en muchos países sea una intervención que ahorra costos ya que permite que las personas que viven con el VIH se mantengan saludables y activas social y económicamente (Badri, 2006).

A pesar de los prometedores indicios de que las mejoras en el acceso al tratamiento están dando

FIGURA 5.4 Ampliación de la cobertura antirretrovírica en el transcurso del tiempo. Grupo seleccionado de países con epidemias generalizadas y concentradas (2004—2007)

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

resultados en los países de ingresos bajos y medianos, las tasas de éxito de los tratamientos suelen ser más bajas en ámbitos de recursos limitados que en los de ingresos elevados. Al cabo de 6 y 12 meses del inicio de la terapia antirretrovírica, las tasas de mortalidad de las personas en países de ingresos bajos y medianos son al menos un 28% más altas que las de los pacientes en los países de ingresos altos (Antiretroviral Therapy in Lower Income Countries Collaboration, 2006). En cuanto al cálculo de la supervivencia a largo plazo, si bien son considerables los beneficios de la terapia antirretrovírica en los países de ingresos bajos y medianos, todavía son menores que los observados en los países de ingresos altos (Beck, 2008b).

Es probable que diversos factores contribuyan a esta diferencia, por ejemplo, enfermedad clínica más avanzada en ámbitos de recursos limitados al inicio del tratamiento y una mayor incidencia de patologías concurrentes (Beck, 2008b). En aras de la equidad mundial, al mismo tiempo en que los esfuerzos se orientan a la mayor difusión de los medicamentos antirretrovíricos en países de recursos bajos y medianos, también se debe prestar atención a comprender y abordar el origen de los desenlaces subóptimos para muchos pacientes en ámbitos de recursos limitados.

Tratamiento antirretrovírico en ámbitos de recursos limitados

Hasta diciembre de 2007, unos 3 millones de personas en países de ingresos bajos y medianos recibían medicamentos antirretrovíricos. Esta cifra representa el 31% del número de personas que los necesitan y un aumento del 45% con respecto a la situación en 2006.

FIGURA 5.5 Comparación de la cobertura de la terapia antirretrovírica en 2007 entre varones y mujeres (para países con datos notificados sobre el número de personas en tratamiento para ambos sexos por separado)

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

Nota: Las estimaciones de la cobertura se realizaron aplicando el coeficiente del número de varones y el de mujeres que reciben terapia antirretrovírica al valor final proyectado de todas las personas en este tipo de tratamiento hasta diciembre de 2007. El cuadro muestra las cifras estimadas de diciembre de 2007 de varones y mujeres que reciben terapia antirretrovírica, que luego se dividen por el número estimado de varones y mujeres que necesitan esta terapia, respectivamente.

Los incrementos en la cobertura de tratamiento han sido extraordinarios en muchos países (Figura 5.4). Por ejemplo, en Namibia, donde la cobertura era inferior al 1% en 2003, el 88% de las personas que necesitaban medicamentos antirretrovíricos los estaban tomando en 2007. En Rwanda, la cobertura antirretrovírica aumentó del 1% en 2003 a casi el 71% en 2007, en parte debido también a que el número de centros de tratamiento se multiplicó por 40. La cobertura de la terapia antirretrovírica en Tailandia ascendió del 4% en 2003 al 61% en 2007 (Indicador 4 del UNGASS, 2008).

La Figura 5.5 muestra los porcentajes en cobertura de la terapia antirretrovírica entre varones y mujeres para países con epidemias generalizadas y concentradas, según estimaciones modelizadas de la necesidad de varones y mujeres. En la mayoría de los países, las mujeres reciben más cobertura de terapia antirretrovírica que lo previsto. Esta disparidad entre sexos se acentúa especialmente en las epidemias generalizadas, quizás debido a que muchas mujeres VIH-positivas tienen dos vías de acceso al tratamiento: programas de tratamiento del VIH y programas para prevenir la transmisión maternoinfantil. Siete países tienen cobertura equivalente para hombres y mujeres, mientras que en dos países, Belice y Chile, los hombres tienen una cobertura mucho mayor que las mujeres. Es necesario continuar con las investigaciones para evaluar los motivos por los que las mujeres, en general, reciben más cobertura que los hombres y para identificar estrategias más eficaces destinadas a aumentar el acceso universal al tratamiento.

Los medicamentos antirretrovíricos se administran exitosamente en algunos de los lugares que más dificultades plantean en el mundo. Por ejemplo, en zonas afectadas por conflictos en la República Democrática del Congo, un programa de tratamiento de Médicos sin Fronteras ha alcanzado tasas de observancia del tratamiento comparables a las registradas en lugares sin conflictos.

Expansión del acceso al tratamiento: un esfuerzo colectivo

El rápido crecimiento en la cobertura de las terapias antirretrovíricas representa uno de los grandes triunfos de la historia de la salud mundial. Hace menos de diez años, aún cuando los medicamentos antirretrovíricos contribuían a marcadas reducciones de la morbimortalidad relacionada con el VIH en países de ingresos altos, en general se suponía que estos medicamentos preservadores de vida continuarían siendo inasequibles y que, en consecuencia, no estarían disponibles en los países de ingresos bajos, tal vez durante décadas.

En el caso del VIH, aliviar las extremas desigualdades en el acceso a la atención de la salud que caracterizan la práctica sanitaria en distintos países ha exigido el liderazgo y la coordinación de distintos grupos interesados a nivel internacional, regional y nacional. En respuesta a la iniciativa "Tres millones para 2005" de la OMS y ONUSIDA,[1] los gobiernos nacionales se sumaron al impulso de expansión del acceso al tratamiento del VIH, mediante la definición de objetivos ambiciosos y de vastos esfuerzos por desarrollar la capacidad nacional y resolver los obstáculos a la ampliación. La sociedad civil se ha movilizado en apoyo del acceso universal al tratamiento, liderada en especial por las personas que viven con el VIH. A nivel mundial, la *Declaración Política sobre el VIH/SIDA*, promulgada en la Reunión de Alto Nivel sobre VIH y Sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2006, se comprometió a avanzar hacia el acceso universal de la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH para 2010. Este objetivo cuenta con el fuerte apoyo de organismos mundiales y regionales, desde los países industrializados del Grupo de los 8 hasta la Unión Africana y la Comunidad y Mercado Común del Caribe (CARICOM).

Donantes líderes han ayudado a financiar la expansión del acceso al tratamiento. El PEPFAR espera alcanzar los 2,5 millones de personas en tratamiento para 2012. Hasta diciembre de 2007, el Fondo Mundial apoyaba la distribución de medicamentos antirretrovíricos a 1,4 millones de personas, que representa un aumento del 88% en comparación con el año anterior (Fondo Mundial, 2008). El Servicio Internacional de Adquisición

[1] La iniciativa "Tres millones para 2005", iniciada en diciembre de 2003, propuso una ampliación masiva de la terapia antirretrovírica, suficiente para asegurar que 3 millones de personas la recibieran a fines de 2005. Aunque el objetivo de 3 millones de personas en tratamiento se alcanzó en 2007, la iniciativa fue decisiva para catalizar acciones sin precedentes en pro de la expansión del acceso al tratamiento en lugares de recursos limitados.

La terapia antirretrovírica es de por vida. Sostener el suministro de medicamentos antirretrovíricos que salvan la vida resulta crucial para un programa de tratamiento eficaz.

de Medicamentos (UNITAID), un mecanismo internacional relativamente nuevo para comprar fármacos con fondos provenientes de los impuestos a los pasajes aéreos, desempeña un destacado papel en la ampliación de los programas y servicios de tratamiento pediátrico para prevenir la transmisión maternoinfantil.

Muchas empresas privadas también contribuyen a expandir el acceso al tratamiento del VIH (Coalición Mundial de Empresas contra el VIH y el Sida, 2007). En Botswana, la compañía minera Debswana suscribió una alianza formal con el gobierno nacional para acelerar la ampliación del tratamiento, brindando cobertura para la entrega de medicamentos antirretrovíricos a sus trabajadores VIH-positivos (UNGASS, 2008a). Diez empresas, medianas a grandes, se cuentan entre los miembros de la Coalición de Empresas de Suriname contra el VIH, que recientemente puso en marcha un plan de acción estratégico sobre el VIH para aumentar la participación empresarial en la respuesta a esta problemática (UNGASS, 2008b). No obstante, se requieren considerables esfuerzos adicionales para lograr la total participación de la industria en la ampliación del tratamiento: los informantes, tanto oficiales como no gubernamentales, sostienen que en sólo el 9% de los países con epidemias generalizadas se han instituido servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de referencia a través del lugar de trabajo en todos los distritos necesitados (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008).

Numerosas organizaciones basadas en la fe también intervienen en la expansión del acceso al tratamiento, ya que en algunos países proporcionan el 40% de todos los servicios de salud relacionados con el VIH (OMS, 2007f). Con la asistencia financiera de organismos como el Fondo Mundial, la Asociación de Iglesias para la Salud de Zambia proporcionará medicamentos antirretrovíricos a 17 000 personas para fines de 2008 y está modernizando a más de 100 centros de salud de las iglesias para ofrecer tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) para la tuberculosis. Según encuestas recientes, los programas financiados por la Iglesia Anglicana entregaban medicamentos antirretrovíricos a 10 000 personas en la República Unida de Tanzanía (Oficina de la Comunión Anglicana en las Naciones Unidas, 2007). Por su parte, las órdenes religiosas católicas financiaban la entrega de medicamentos a más de 90 000 personas en todo el mundo (Unión Internacional de Superioras Generales, 2008).

Las personas que viven con el VIH se han movilizado en países de todo el mundo para apoyar la ampliación acelerada del tratamiento y para promover el éxito del tratamiento. En Kenya, una red nacional de clubes "post pruebas" ayuda a las personas con diagnóstico reciente de VIH a comprender el virus y a convertirse

Investigaciones para mejorar las opciones de tratamiento

Aunque los tratamientos antirretrovíricos disponibles mejoran notablemente la salud y la longevidad de los pacientes VIH-positivos, aún quedan varias incertidumbres con respecto al manejo médico de la enfermedad por el VIH. La investigación sigue procurando identificar los esquemas terapéuticos más eficaces para las personas que no han recibido tratamiento previo (Eron et al., 2006; MacArthur et al., 2006; Lazzarin et al., 2007; Delfraissy et al., 2008). Intervenir o no con medicamentos antirretrovíricos durante la infección aguda por VIH sigue siendo tema de debate, al igual que el foco de las investigaciones clínicas en curso (Fidler et al., 2008; Panel on Antiretroviral Guidelines, 2008). Además, resulta esencial que se lleven a cabo investigaciones para desarrollar nuevas opciones terapéuticas que sean más sencillas de tomar, menos tóxicas y más asequibles.

Una prioridad que es objeto de esfuerzos urgentes de investigación y cuya importancia seguirá creciendo es el desarrollo de esquemas terapéuticos de eficacia óptima para personas en quienes una o más combinaciones de medicamentos antirretrovíricos no hayan surtido el efecto esperado (Abgrail et al., 2006; Clotet et al., 2007). Los investigadores también están trabajando para desarrollar nuevas clases de medicamentos antirretrovíricos. Estos incluyen compuestos que inhiben el ingreso del virus en las células (Este y Telenti, 2007) o que interfieren con la enzima integrasa que interviene en la replicación del VIH (Grinsztejn et al., 2007).

Además, se encuentran en marcha numerosas investigaciones sobre el potencial de las pruebas genéticas para, en última instancia, ofrecer la posibilidad de adaptar más minuciosamente los tratamientos antirretrovíricos a cada paciente individual. En los ámbitos clínicos en los que ya está disponible, la prueba de detección HLA-B5701 permite a los médicos identificar la hipersensibilidad al abacavir y, en consecuencia, evitar toxicidades potencialmente mortales (Phillips y Malial, 2008).

en asociados activos en la atención de su salud. Después de reunirse con representantes de 20 compañías farmacéuticas, Ashar Alo, una importante red de personas que viven con el VIH en Bangladesh, formalizó un acuerdo para obtener medicamentos antirretrovíricos a precios más bajos y para establecer un programa de contribución de medicamentos. En India, la South India Positive Network (SIP+), una red para personas VIH-positivas, imparte instrucción sobre el tratamiento a cientos de transexuales que viven con el VIH y trabaja con proveedores locales de atención de la salud para enfrentar el estigma y otras barreras al uso de los servicios sanitarios por parte de esta población.

Introducción y adaptación del tratamiento del VIH

El proceso de equiparar oferta y necesidad en relación con la terapia antirretrovírica en ámbitos de recursos limitados está ampliamente documentado (OMS, 2006a). Se recomienda a los países que elaboren programas nacionales de tratamiento con objetivos claros, que promocionen las pruebas del VIH y el asesoramiento para aumentar la adopción del tratamiento iniciado por proveedores y que tomen medidas para fortalecer los sistemas sanitarios y regulatorios. Todos los países informan que cuentan con una política o estrategia para fomentar el tratamiento, la atención y el apoyo integrales en relación con el VIH. El 85% de los países con epidemias generalizadas y el 52% de los países con epidemias concentradas notifican haber desarrollado estimaciones nacionales y haber proyectado las necesidades futuras del número de personas que necesitarán terapia antirretrovírica (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008).

La OMS recomienda el uso nacional y la adquisición unificada de terapias antirretrovíricas estandarizadas que consisten en combinaciones de dosis fijas. Los tratamientos de primera línea preferidos incluyen dos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI) y un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa (INNTI). En los tratamientos de segunda línea, se prefiere la combinación de dos INTI (al menos uno de

los cuales es nuevo) y un inhibidor de la proteasa reforzado con ritonavir (OMS, 2006a).

La mayoría de las directrices nacionales de tratamiento del VIH siguen las recomendaciones de la OMS sobre los tratamientos de primera línea y la vigilancia clínica de rutina (Beck et al., 2006). Sin embargo, las encuestas de la sociedad civil en 16 países de ingresos bajos y medianos, observaron que muchos centros clínicos estaban recetando esquemas terapéuticos que no eran acordes a las directrices mundiales de tratamiento (Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento, 2007). Estas irregularidades destacan la necesidad de seguimiento para garantizar el cumplimiento de las normas nacionales.

Aún se debate la definición del momento óptimo para iniciar una terapia antirretrovírica. La OMS aconseja a los médicos que trabajan en lugares donde se dispone de pruebas de CD4 a que consideren el inicio cuando el recuento de CD4 del paciente sea inferior a 350 células por mm^3 y a iniciar el tratamiento en todos los pacientes con valores de CD4 inferiores a 200 células por mm^3. En los lugares en que esta prueba no esté disponible, la OMS recomienda que la terapia antirretrovírica se inicie cuando los pacientes presenten signos clínicos de inmunodepresión avanzada o grave (OMS, 2006). El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos recomienda que la terapia antirretrovírica se inicie en pacientes que han experimentado enfermedades oportunistas definitorias del sida o con concentraciones de CD4 inferiores a 350 células por mm^3 (Panel on Antiretroviral Guidelines, 2008).

Tratamiento y atención para los niños

Sin tratamiento, aproximadamente la mitad de los niños con infección perinatal por el VIH morirán antes de los dos años (Newell et al., 2004; Marston et al., 2005). Las numerosas experiencias en los países de ingresos altos han demostrado que los medicamentos antirretrovíricos pueden reducir la enfermedad y la mortalidad en niños y adolescentes que viven con el VIH (Patel et al., 2008). En Europa occidental en 2006, por ejemplo, solamente 10 niños que contrajeron la infección por transmisión maternoinfantil fallecieron a causa del sida (EuroHIV, 2007).

El tratamiento para los niños ha probado ser muy eficaz cuando se administró en ámbitos de escasos recursos. Los estudios sobre la eficacia de la terapia antirretrovírica han descubierto tasas de supervivencia a dos años superiores al 80% en distintos lugares, entre ellos, Côte d'Ivoire, Haití, Malawi y Zambia (Fassinou et al., 2004; Rouet et al., 2006; Bolton-Moore et al., 2007; Bong et al., 2007; George et al., 2007). Otros estudios han observado que la probabilidad de supervivencia al cabo de 12 meses variaba entre 87% (O'Brien et al., 2006) y más de 95% en lugares de África subsahariana y de Asia (Puthanakit et al., 2005 Janssens et al., 2007; Reddi et al., 2007; Arrivé et al., 2008).

Aunque el uso de medicamentos antirretrovíricos para tratar a los niños ha aumentado en los últimos años en el África subsahariana, los niños que viven con el VIH tienen un tercio de probabilidades de recibir terapia antirretrovírica en comparación con el total de adultos que viven con el VIH (Prendergast et al., 2007).

Intensificar los esfuerzos nacionales para lograr el acceso universal al tratamiento en Etiopía

El esfuerzo inicial de Etiopía en 2004-2006 para ampliar la terapia antirretrovírica alcanzó el 65% de su objetivo de 100 000 personas. En noviembre de 2006, el gobierno lanzó una Campaña del Milenio sobre Sida para generar una expansión más rápida del acceso al tratamiento. La campaña se basa en descentralización de la respuesta, metas claras de rendimiento, planificación coordinada, comunicaciones de amplio alcance y mejor integración del tratamiento del VIH en ámbitos de atención sanitaria. En sus primeros siete meses, la campaña alcanzó aproximadamente a 1 millón de personas con las pruebas del VIH, asesoramiento y servicios; además inició el tratamiento antirretrovírico para más de 31 000 pacientes (Ministerio Federal de Salud de Etiopía, 2007).

Según los gobiernos nacionales, el tratamiento pediátrico del VIH está disponible en todos los distritos necesitados en el 44% de los países con epidemia concentrada y el 36% de los países con epidemia generalizada. Los informantes no gubernamentales sugieren que el acceso, en realidad, es mucho más escaso y afirman que sólo el 31% de los países con epidemia concentrada y el 9% con epidemia generalizada cuentan con amplia disponibilidad de tratamiento pediátrico (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008).

Diversos factores amenazan el acceso al tratamiento para los niños infectados por el VIH. Por ejemplo, el diagnóstico temprano de la infección por el VIH en los bebés es fundamental, no obstante, es difícil de lograr. Los niños expuestos al VIH suelen tener anticuerpos maternos contra el virus durante sus primeros meses de vida, aún cuando no estén infectados; por lo tanto, las pruebas tradicionales del VIH (prueba de inmunoadsorción enzimática, ELISA o las pruebas rápidas) no detectan en forma confiable la infección real por el VIH durante los primeros 6 a 18 meses de vida. Es necesario recurrir a pruebas virológicas, incluidas la reacción en cadena de la ADN polimerasa (PCR), ARN PCR en tiempo real o pruebas ultrasensibles de antígeno p24, para lograr un diagnóstico exacto y oportuno. Sin embargo, el acceso a estas tecnologías suele ser limitado y muy variable en lugares de recursos limitados (De Baets et al., 2005; Prendergast et al., 2007). El costo y la complejidad de estos métodos de prueba se han reducido en los últimos años, en consecuencia, es más factible lograr la disponibilidad de estos ensayos en los lugares de recursos limitados (OMS, 2006b). Las pruebas de gotas de sangre secas extraídas mediante punción en el talón evitan los problemas asociados con la flebotomía en los bebés y permiten la centralización de la capacidad de laboratorio (OMS, 2006c). El empleo de gotas de sangre secas ofrece la posibilidad de ampliar considerablemente el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno del VIH en los niños pequeños. Según un estudio realizado en Sudáfrica, el uso de estrategias disponibles y asequibles para mejorar el diagnóstico de los bebés expuestos al VIH podría mejorar significativamente las probabilidades de supervivencia de los niños infectados con el VIH (Sherman, Matsebula y Jones 2005).

Los médicos están explorando varias estrategias para aumentar la adopción del tratamiento en el caso de niños que viven con el VIH. Por ejemplo, las fichas sanitarias para niños que documenten el estado de un bebé que ya es parte de un programa para prevenir la transmisión maternoinfantil permite que los trabajadores de la salud respondan adecuadamente a la primera visita postnatal del niño para su vacunación. Al igual que las pruebas y el asesoramiento iniciados por proveedores contribuyen a la ampliación de los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil y, en general, del tratamiento del VIH, este enfoque se utiliza en ciertos contextos en los que es probable que se encuentren niños que viven con el VIH, como por ejemplo, salas de pediatría en países de alta prevalencia.

Los medicamentos antirretrovíricos disponibles se desarrollaron inicialmente para adultos; la mayoría de las combinaciones estándar de dosis fijas no son adecuadas para niños. La OMS desarrolló tablas actualizadas y sencillas de administración de dosis pediátricas a fin de ayudar a los médicos clínicos a identificar fácilmente la posología adecuada para los niños. En colaboración con la Fundación Clinton, UNITAID ha negociado una reducción del 40% en los precios de medicamentos antirretrovíricos pediátricos y, a diciembre de 2007, subvencionaba el diagnóstico y tratamiento de 102 000 niños en todo el mundo (UNITAID, 2008).

Vigilancia del éxito del tratamiento

A falta de mediciones de carga vírica en contextos de recursos limitados, se recomienda a los médicos clínicos utilizar vigilancia inmunológica o clínica, o ambas, para decidir cuándo iniciar la terapia, evaluar el éxito del tratamiento y decidir cuándo cambiar de un tratamiento de primera línea a uno de segunda. Debido a que los medicamentos antirretrovíricos no erradican el virus sino que limitan su replicación (véase Palmer et al., 2008), el tratamiento se debe continuar sin interrupción. El fracaso de la terapia antirretrovírica, medido por un aumento de la carga vírica, suele producirse con bastante lentitud en ámbitos clínicos, en especial ahora que han mejorado las técnicas y los esquemas terapéuticos para la gestión clínica de la administración de medicamentos antirretrovíricos (Phillips et al., 2007). Estudios realizados en el Reino Unido indican que aproximadamente el 11% de los pacientes fallecerá en el término de

Vigilancia de los efectos secundarios

Es posible que hasta un 50% de los pacientes que reciben tratamiento antirretrovírico experimente reacciones adversas a los medicamentos (Fellay et al., 2001). Los efectos secundarios frecuentes varían en función de la farmacoterapia administrada, pero pueden incluir hipersensibilidad, acidosis láctica, aumento de lípidos en sangre, hemorragias, anemia, neuropatía, lipodistrofia y pancreatitis (INS, 2008). Si bien la mayoría de los efectos secundarios disminuyen con el tiempo, algunos pueden ser potencialmente mortales y, por lo tanto, resulta fundamental vigilar cuidadosamente a los pacientes (INS, 2008).

Como aconsejó un destacado médico clínico de VIH: "El éxito [de los medicamentos antirretrovíricos] tiene un precio". El precio lo paga la persona que los toma. Los efectos secundarios desagradables, a menudo dolorosos y potencialmente desfigurantes, que a veces se asocian con los medicamentos pueden tener un impacto negativo significativo en la calidad de vida y en la capacidad o la predisposición de las personas para cumplir con el esquema terapéutico indicado.

El control de los efectos secundarios constituye un componente esencial de la administración de medicamentos antirretrovíricos. Después de más de una década de experiencia clínica en la administración de medicamentos antirretrovíricos, se conoce más sobre sus perfiles de efectos secundarios. Las mejoras en la base de pruebas han contribuido a que los médicos indiquen esquemas con mayor probabilidad de éxito terapéutico a largo plazo y que los adecuen cuando se presentan efectos secundarios. No obstante, el abordaje de los efectos secundarios puede ser más difícil en contextos de recursos limitados, donde posiblemente la sustitución de los medicamentos no siempre sea factible debido al acceso restringido a toda la gama de medicamentos antirretrovíricos cuyo uso está autorizado en países de ingresos altos.

cinco años de fracaso importante de las tres clases principales de medicamentos antirretrovíricos (Phillips et al., 2007).

La prevalencia de la resistencia a los medicamentos contra el VIH se ha incrementado en el transcurso del tiempo en los países de ingresos altos y en Brasil, donde esta clase de medicamentos se ha utilizado durante más tiempo que en otros lugares (Weinstock et al., 2004; Barreto et al., 2006). En los países de ingresos bajos y más bajos y medianos donde los medicamentos antirretrovíricos se introdujeron más recientemente, prevalecen tasas mucho más bajas de resistencia, pero pueden aumentar a medida que las personas en tratamiento vivan más tiempo.

Es necesario lograr un mayor grado de observancia del tratamiento a fin de evitar o retrasar la aparición de farmacorresistencia, que se asocia estrechamente con el fracaso terapéutico (Panel on Antiretroviral Guidelines, 2008). Un conjunto creciente de datos asocia las interrupciones del tratamiento, incluidas las guiadas por recuentos de CD4, con el rebote vírico, peores desenlaces clínicos y calidad de vida disminuida (Grupo de Estudio de Estrategias de Administración de la Terapia Antirretrovírica, 2006; Burman et al., 2008; UK Collaborative HIV Cohort Study, 2008). La simplificación de los tratamientos con medicamentos antirretrovíricos, incluido el desarrollo de esquemas de una sola dosis al día, ha contribuido con los esfuerzos destinados fomentar la observancia del tratamiento (Johnson, et al., 2006; Niel Malan, 2008).

Aunque se puede lograr una sólida observancia del tratamiento en contextos de recursos limitados y en varias poblaciones vulnerables (véase Mills et al., 2006), a muchas personas que viven con el VIH les resulta difícil cumplir con los tratamientos de medicamentos antirretrovíricos. En un ámbito clínico en Johannesburgo, aproximadamente uno de cada seis pacientes que iniciaron el tratamiento lo abandonaron en un periodo de 15 meses (Dalal et al., 2008). Los factores que pueden contribuir con la no observancia son numerosos y pueden variar en función de la población y del contexto. Los factores incluyen variables sociales y económicas

(pobreza, inestabilidad de vivienda, transporte deficiente a centros distantes de tratamiento) y problemas de salud no relacionados con el VIH (dependencia activa de sustancias químicas o enfermedad mental) (Hicks et al., 2007; Tegger et al., 2008). En el caso de los niños, asegurar la observancia estricta del tratamiento puede ser especialmente difícil debido a la escasez de fórmulas pediátricas adecuadas, el desagradable sabor de ciertos medicamentos antirretrovíricos y la dependencia de un cuidador para que los administre.

Aunque la observancia del tratamiento antirretrovírico ha sido objeto de numerosos ensayos clínicos, todavía deben caracterizarse las estrategias óptimas para medirla y mejorarla. La educación a pacientes, el asesoramiento y el uso de recordatorios se destacan como estrategias promisorias para apoyar la observancia del tratamiento (Wang et al., 2007; Wang y Wu, 2007; Aspeling y van Wyk, 2008). En zonas rurales de Uganda, más del 95% de los pacientes tuvo una observancia mínima del 95% (conforme al recuento de comprimidos) después de la exposición a varias intervenciones sobre observancia, incluida la educación grupal, la planificación de cumplimiento personal, acompañantes para la medicación y entrega domiciliaria semanal de medicamentos (Weidle et al., 2006). Los programas entre pares que ofrecen ayuda permanente para cumplir con el tratamiento han resultado ser eficaces; por ejemplo, en la Provincia de Java Occidental de Indonesia, el programa Pantura Plus Karawang capacita y apoya a voluntarios de zonas urbanas y rurales para que brinden asistencia a las personas en terapia antirretrovírica.

Componentes no antirretrovíricos del tratamiento y la atención integrales del VIH

Las estrategias médicas para tratar el VIH implican mucho más que el tratamiento de la infección subyacente por el virus. La inmunodepresión relacionada con el VIH aumenta el riesgo de contraer una amplia variedad de enfermedades debilitantes y potencialmente mortales; en consecuencia, la prevención y el tratamiento de estas patologías oportunistas son fundamentales

CAPÍTULO 5

FIGURA 5.6 Relación entre la tasa de notificación de casos de tuberculosis y la prevalencia del VIH en Zimbabwe, 1990-2005

Fuente: Control Mundial de la Tuberculosis 2008 (OMS, 2008a); estimaciones de prevalencia del VIH elaboradas por el ONUSIDA.

para lograr eficacia en el tratamiento y la atención del VIH. Además, las personas que viven con el VIH suelen tener otros problemas de salud que no están directamente vinculados con su infección por el VIH y que se pueden agravar en presencia del virus o que pueden complicar la terapia antirretrovírica. Maximizar el éxito del tratamiento del VIH también exige que se preste atención a la nutrición, la salud mental y a factores sociales y económicos, como el acceso al transporte. Sólo asegurando que las personas que viven con el VIH participen activamente en su propia atención médica, podrán los médicos clínicos ofrecer tratamientos oportunos y eficaces para los diferentes problemas de salud a los que las personas VIH-positivas son potencialmente vulnerables.

Tuberculosis

Si bien el mundo ha dedicado, para bien, extraordinaria atención a ampliar la terapia antirretrovírica, han sido muchos menos los esfuerzos emprendidos en pos de un cometido que produciría reducciones comparables en la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el VIH: la prevención, el diagnóstico y el tratamiento oportunos de la tuberculosis en personas que viven con el VIH.

La tuberculosis sigue siendo la infección oportunista más frecuente en las personas que viven con el VIH, incluidos quienes reciben terapia antirretrovírica, y una de las principales causas de muerte de estas personas en los países de ingresos bajos y medianos (Egger, 2007). La Figura 5.6 ilustra la relación sinérgica entre el VIH y la tuberculosis, que demuestra cómo los descensos en la prevalencia del VIH en Zimbabwe impulsaron una disminución ulterior en el número de casos de tuberculosis. Debido al impacto sinérgico entre el VIH y la tuberculosis, África está sufriendo lo que los especialistas en la enfermedad consideran la peor epidemia de tuberculosis desde el advenimiento de los antibióticos (Chaisson, 2008).

Se estima que el 22% de los casos de tuberculosis en África se produce en personas que viven con el VIH; en algunos países del continente, esta cifra alcanza el 70% (OMS, 2008a). Hasta el 50% de los niños que viven con el VIH en Sudáfrica tienen coinfección de tuberculosis (Prendergast et al., 2007). Si bien la incidencia de la tuberculosis ha disminuido en todo el mundo en los últimos años,

FIGURA 5.7 Porcentaje de nuevos casos de tuberculosis en las personas que viven con el VIH y reciben medicamentos antirretrovíricos y antituberculosos, 2007

Nota: Sin datos de América del Norte

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

FIGURA 5.8 Necesidad no satisfecha de tratamiento doble de nuevos casos de tuberculosis en personas que viven con el VIH, por región, 2007

(Número de países informados)
Nota: Sin datos de América del Norte
Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

el número de casos continúa aumentando en las zonas más afectadas por el VIH o por tuberculosis fármacorresistente, como África y Europa oriental (OMS, 2008a).

Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis activa. La tuberculosis es especialmente difícil de diagnosticar en las personas que viven con el VIH, tanto mediante microscopía de esputo como en forma clínica (Hopewell et al., 2006; Chaisson y Martinson, 2008). Las herramientas de diagnóstico más sensibles podrían reducir un 20% la mortalidad relacionada con la tuberculosis en las personas que viven con el VIH (Dowdy et al., 2006); sin embargo, estas tecnologías rara vez están disponibles en ámbitos de recursos limitados (Chaisson y Martinson, 2008).

El tratamiento de la tuberculosis en las personas que viven con el VIH sigue el mismo enfoque básico que para los pacientes no infectados por el virus. No obstante, a pesar de la existencia de tratamientos asequibles y bien comprendidos para la enfermedad, solamente el 32% de los casos de tuberculosis en las personas que viven con el VIH recibieron medicamentos antirretrovíricos y antituberculosos (datos del UNGASS suministrados por los países, 2008). África subsahariana presenta la mayor necesidad en espera de respuesta de tratamiento doble del VIH y la tuberculosis, según se desprende del número de pacientes que necesitan tratamiento conjunto (Figura 5.7). En comparación con los pacientes de tuberculosis sin infección por el VIH, los que viven con el virus presentan tasas inferiores de éxito terapéutico, en especial debido al mayor riesgo de muerte (datos del UNGASS suministrados por los países, 2008; OMS, 2008a).

Se recomienda que los pacientes VIH-positivos reciban cotrimoxazol de rutina, ya que puede disminuir la mortalidad en un 40% (OMS, 2007b). En 2006, el 78% de los pacientes de tuberculosis VIH-positivos recibían profilaxis con cotrimoxazol (OMS, 2008a).

Las posibles interacciones farmacológicas, así como las dificultades asociadas con la observancia de múltiples farmacoterapias, pueden complicar el tratamiento simultáneo de la tuberculosis y el VIH (Hopewell et al., 2006). En 2007, la OMS

FIGURA 5.9 Resultados del tratamiento en pacientes de tuberculosis VIH-positivos y VIH-negativos, cohorte de 2005

Fuente: Control Mundial de la Tuberculosis de la OMS: vigilancia, planificación, financiación. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

emitió un nuevo módulo para el tratamiento conjunto de la tuberculosis y el VIH en su iniciativa Manejo Integrado de Enfermedades en Adolescentes y Adultos (OMS, 2007b). Una educación cuidadosa y continua resulta fundamental para ayudar a los pacientes en tratamiento del VIH y la tuberculosis a tomar un gran número de comprimidos adecuadamente y a cumplir con los cambios de medicación que exigen las terapias conjuntas estándar.

Independientemente del estado serológico del VIH, es esencial lograr la observancia estricta de los tratamientos antituberculosos para evitar la fármacorresistencia, que provoca el fracaso terapéutico y se puede transmitir a otros. Se ha demostrado que las personas que viven con el VIH tienen el doble de probabilidades de desarrollar tuberculosis multirresistente (TB-MR) que las personas que no tienen infección por el VIH (OMS, 2008c). En una zona rural de la provincia de KwaZulu Natal en Sudáfrica, un brote de tuberculosis extremadamente fármacorresistente (TB-XR), es decir tuberculosis resistente a medicamentos antituberculosos de primera y segunda línea, se asoció con la mortalidad sumamente alta de las personas que viven con el VIH (Gandhi et al., 2006).

Prevención de la tuberculosis activa en las personas que viven con el VIH. Se recomienda que todas las personas que viven con el VIH se realicen en forma periódica pruebas de detección de tuberculosis activa. Si no hay evidencia de enfermedad activa, se debe considerar administrar a estas personas un tratamiento preventivo de infección tuberculosa latente de 6 a 9 meses (OMS, 2004). Según los gobiernos nacionales, solamente el 42% de los países con epidemias generalizadas administran pruebas sistemáticas de detección de tuberculosis para los pacientes VIH-positivos, y sólo el 27% ofrece tratamiento preventivo contra la tuberculosis en los distritos con necesidades desatendidas de las personas que viven con el VIH. Los informantes no gubernamentales indican que sólo el 24% de los países con epidemia generalizada tiene amplia disponibilidad de estos dos servicios (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). Una encuesta realizada por la OMS de 41 países con una carga de moderada a alta de VIH y tuberculosis observó que, si bien el 51% de los países contaba con políticas nacionales

para la administración de terapia antituberculosa preventiva a individuos VIH-positivos con infección latente por tuberculosis, sólo el 15% había aplicado las políticas a escala nacional. En el mundo, solamente 27 000 personas VIH-positivas en países de ingresos bajos y medianos recibían terapia preventiva con isoniazida en 2006, y aproximadamente la mitad de esta cifra residía en un solo país: Botswana (OMS, 2008a).

Prevención de una mayor transmisión. Los ámbitos de atención sanitaria actúan como posibles vías importantes de transmisión de la tuberculosis y, lo que es más preocupante, de la tuberculosis extremadamente fármacorresistente (TB-XR), a las personas que viven con el VIH. La modelización matemática indica que la aplicación de prácticas de control de la infección disponibles en los centros de atención de la salud podría prevenir aproximadamente la mitad de los casos de TB-XR en Sudáfrica (Basu et al., 2007). Según los informes nacionales, más del 60% de los países con epidemias generalizadas todavía tienen que adoptar procedimientos de control de la infección adecuados para prevenir la transmisión de la tuberculosis en contextos de alta prevalencia como las clínicas de atención de pacientes con el VIH (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008).

Desafíos sistémicos para abordar la coinfección por el VIH y la tuberculosis. Las deficiencias institucionales se combinan y obstaculizan la capacidad de los países para abordar la amenaza sinérgica que plantea la coinfección por el VIH y la tuberculosis. La falta de integración de la atención del VIH y la tuberculosis a nivel nacional y subnacional que provoca la pérdida de oportunidades para ofrecer servicios óptimos de prevención, diagnóstico y tratamiento debilita los esfuerzos para reducir la morbimortalidad relacionada con la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH.

Si bien el financiamiento para las iniciativas de control de la tuberculosis en los países con alta carga de esta enfermedad se ha multiplicado a más del doble desde 2002, muchos países gravemente afectados no han considerado adecuadamente en su presupuesto las actividades destinadas a reducir la carga de la tuberculosis relacionada con el VIH. Los obstáculos del sistema de salud, como el suministro deficiente de medicamentos y las carencias de capacidad de laboratorio, continúan siendo una limitación para la atención eficaz de las personas que viven con el VIH (OMS, 2007d).

De los 63 países que, en conjunto, representan el 97% de los casos estimados de tuberculosis VIH-positivos en todo el mundo, el 63% han establecido planes nacionales relacionados con la prestación integrada de atención para el VIH y la tuberculosis. Sin embargo, muchos de estos planes no se han traducido en sistemas eficaces de prestación. Aunque el Plan Mundial Alto a la Tuberculosis 2006-2015 estableció una meta mundial de realizar pruebas del VIH a 1,6 millones de pacientes de tuberculosis por año, en 2006 la cifra alcanzada fue de aproximadamente 700 000 (OMS, 2008a) (Figura 5.10).

Desafíos tecnológicos para mejorar los resultados de la tuberculosis en las personas que viven con el VIH. Hace más de 40 años que no se aprueba una nueva clase de medicamentos contra la tuberculosis. La principal prueba de diagnóstico tiene ya más de 100 años. Es necesario realizar una inversión mucho mayor en investigación de nuevas herramientas para prevenir, diagnosticar y tratar la tuberculosis en las personas que viven con el VIH.

Otras enfermedades relacionadas con el VIH

Además de la tuberculosis, las personas que viven con el VIH suelen ser vulnerables a una serie de enfermedades oportunistas como neumonía por *Pneumocystis carinii,* retinitis por citomegalovirus, diversas enfermedades y complicaciones bucales, cambios en la masa ósea y mayor riesgo de desarrollar osteopatías y cáncer del cuello uterino. En muchos casos, la terapia antirretrovírica resulta fundamental para el tratamiento eficaz de las infecciones oportunistas ya que recuperar la función inmunitaria suele reducir significativamente el riesgo de padecer una enfermedad oportunista (Heiden et al., 2007). Además, las intervenciones clínicas se centran en la patología oportunista en sí y necesitan la vigilancia continua del paciente, herramientas de diagnóstico adecuadas, profilaxis oportuna y tratamiento específico.

El acceso a los medicamentos y a otros servicios de salud requeridos para la atención de las enfermedades oportunistas relacionadas con el VIH suele ser fuertemente limitado en muchos lugares de escasos recursos. El 70% de los países encuestados por la OMS citó suministros

FIGURA 5.10 Pruebas del VIH para pacientes con tuberculosis, todos los países, 2006

Fuente: OMS, 2008a.
Nota: Las cifras debajo de las barras representan el número de países que informan datos seguidos por el porcentaje del total de los casos estimados de tuberculosis VIH-positivos notificados por los países que presentaron informes.

irregulares y agotamientos frecuentes de las existencias como obstáculos para la ampliación nacional de la profilaxis con cotrimoxazol, que se utiliza en el tratamiento de la tuberculosis y otras infecciones oportunistas relacionadas con el VIH (Vittoria, 2008).

La hepatitis B es endémica en muchos países con una alta prevalencia del VIH y se concentra especialmente entre los niños. En un estudio en Côte d'Ivoire, el 12% de los niños que viven con el VIH tenían coinfección por hepatitis B (Rouet et al., 2008). Los adultos coinfectados por el VIH y la hepatitis B desarrollan infección crónica por el virus de la hepatitis B cinco veces más rápido que los adultos sin infección por el VIH. Los pacientes coinfectados por el VIH y la hepatitis B suelen presentar dificultad para tolerar los medicamentos antirretrovíricos y requieren vigilancia estrecha y continua (Hoffman, 2007). Además, se han realizado estudios que observaron un mayor riesgo de resistencia a los medicamentos antirretrovíricos en los niños coinfectados por el VIH y el virus de la hepatitis B (Rouet et al., 2008). La hepatitis B no tiene cura, si bien la enfermedad se puede inhibir con tratamiento prolongado, a veces por tiempo indefinido. Lamentablemente, de los siete medicamentos en uso actualmente para tratar la infección crónica por el virus de la hepatitis B en los países de ingresos altos, sólo uno está ampliamente disponible en África y Asia (Hoffman, 2007).

Necesidades de tratamiento de los usuarios de drogas inyectables

Aunque es enteramente factible lograr excelentes resultados médicos a través de la terapia antirretrovírica en personas VIH-positivas con dependencia de sustancias químicas, es posible que la adicción ejerza un impacto importante en los abordajes terapéuticos. El consumo de alcohol, por ejemplo, puede exacerbar los efectos secundarios de los fármacos (Institutos Nacionales de la Salud, 2008) y los pacientes con dependencia de sustancias adictivas pueden tener dificultad para cumplir con los tratamientos recetados.

La terapia de sustitución con metadona o buprenorfina es eficaz para el tratamiento de la dependencia de opioides. La OMS incorporó la metadona a la lista de medicamentos esenciales en 2005. Sin embargo, la escasez o la falta total de tratamientos de sustitución en muchas partes del mundo —resultado de políticas gubernamentales que prohíben estos servicios (véase Capítulo 4)— constituyen una importante barrera al tratamiento exitoso de las personas VIH-positivas con dependencia de opioides. La necesidad no satisfecha de tratamiento de sustitución para las

personas con dependencia de sustancias químicas es marcadamente intensa en China, India y la Federación de Rusia (OMS, 2008b). Según lo comunicado por informantes no gubernamentales, muchos países de Europa oriental y Asia central, Asia meridional y sudoriental y América del Norte tienen leyes, reglamentación o políticas que obstaculizan el uso de los servicios para el VIH por parte de los usuarios de drogas inyectables (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008) (Figura 5.11).

La coinfección con una o más formas de hepatitis es frecuente entre las personas que viven con el VIH en muchos países. Estudios realizados en Estados Unidos sugieren que entre el 50% y el 90% de los usuarios de drogas inyectables VIH-positivos también tienen infección por el virus de la hepatitis C (Centros Estadounidenses para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2005). La infección por el VIH aumenta significativamente el riesgo de muerte por hepatopatías en las personas con hepatitis C (Smit et al., 2008). Aunque es posible lograr excelentes resultados clínicos para las personas coinfectadas por el VIH y el virus de la hepatitis C, el tratamiento médico simultáneo de ambas enfermedades puede ser complejo debido a las posibles interacciones farmacológicas y toxicidades y a las incertidumbres acerca de cuál es el mejor abordaje terapéutico (Sulkowski y Benhamou, 2007).

Enfermedades del envejecimiento

En los lugares donde los medicamentos antirretrovíricos se han utilizado ampliamente desde mediados de la década del 90, el tratamiento ha alterado radicalmente el curso natural de la infección por el VIH, al expandir el espectro de problemas de salud que presentan las personas que viven con el VIH y alterar las causas más comunes de defunción de los pacientes VIH-positivos (Smit et al., 2006). En especial, las enfermedades crónicas y las comorbilidades provocan un porcentaje cada vez más alto de defunciones entre las personas que viven con el VIH en lugares donde el tratamiento antirretrovírico se ha empleado de forma general durante más de diez años. Entre 1995 y 2006, el porcentaje de defunciones no relacionadas con el VIH entre las personas que viven con el virus en la ciudad de Nueva York aumentó del 8% al 32%; aproximadamente la mitad de ellas se debieron a enfermedades cardiovasculares y cáncer no definitorio de sida (Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York, 2007). En Noruega, si bien el riesgo de

FIGURA 5.11 Porcentaje de países que informan la existencia de leyes, reglamentación o políticas que plantean obstáculos al acceso a los servicios de las poblaciones más expuestas

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

muerte relacionada con el VIH ha disminuido un 80% en la era del tratamiento antirretrovírico de combinación, la tasa de mortalidad para las personas que viven con el VIH continúa siendo cuatro veces más elevada que para la población en general (2007).

A medida que las personas que viven con el VIH en los países de ingresos bajos y medianos vivan más tiempo gracias al mayor acceso a los medicamentos antirretrovíricos, es probable que también se modifique el espectro y la prevalencia de las infecciones oportunistas relacionadas con el virus. Por ejemplo, en función de la experiencia de países de ingresos altos, donde los medicamentos han estado extensamente disponibles desde mediados de la década del 90, es posible que varios tipos de cáncer no definitorio de sida se conviertan en complicaciones cada vez más importantes de la infección por el VIH (Grulich et al., 2007; Dhir et al., 2008).

Salud mental

Dada su naturaleza que entraña peligro para la vida y un alto grado de estigmatización, la infección por el VIH inevitablemente produce efectos en la salud mental. Se estima que casi la mitad de las personas que viven con el VIH en todo el mundo sufren, en algún momento, de depresión clínica (Miller, 2006). Además de las consecuencias psicosociales, la infección por el VIH puede tener efectos biológicos importantes en el funcionamiento de la salud mental y provocar deterioro cognitivo y demencia (Freeman et al., 2005).

La integración de los servicios de salud mental en los programas de terapia antirretrovírica es fundamental para la eficacia de los tratamientos y la atención. En promedio, los pacientes con un trastorno del estado de ánimo, de ansiedad o de abuso de sustancias tienen una respuesta virológica más débil al tratamiento antirretrovírico que las personas sin esas patologías (Pence et al., 2007). La depresión también se ha asociado con una ingesta nutricional reducida entre las personas que viven con el VIH (Isaac et al., 2008).

Las necesidades de salud mental de las personas que viven con el VIH se pueden abordar mediante asesoramiento eficaz, apoyo social y estrategias psicoterapéuticas (Catalan et al., 2005). Los gobiernos nacionales de países con epidemias generalizadas informan que el 52% de los países disponen de servicios de apoyo psicosocial en todos los distritos necesitados, no obstante, los informantes no gubernamentales reducen la cifra al 27% en esos países (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). Los países de ingresos bajos y medianos rara vez cuentan con servicios profesionales de salud mental. Si bien los trastornos mentales representan más del 11% de la carga total de enfermedades en los países de ingresos bajos y medianos, muchas naciones invierten menos del 1% de su presupuesto sanitario en servicios de salud mental (Patel, 2007). La expansión de la capacidad para la salud mental en los lugares donde se administran medicamentos antirretrovíricos es una prioridad importante en el avance hacia el acceso universal al tratamiento.

Nutrición y tratamiento y atención del VIH

El estado nutricional es uno de los mejores factores de predicción de la mortalidad relacionada con el VIH. A medida que la enfermedad avanza, el estado nutricional suele empeorar. La infección por el VIH aumenta la necesidad de proteínas, micronutrientes y energía tanto en adultos como en niños (OMS, 2003; Friis, 2005). A la vez, los síntomas relacionados con el VIH, por ejemplo, inapetencia, llagas bucales o la malabsorción de nutrientes, pueden disminuir la ingesta nutricional. La falta de acceso a alimentos adecuados es un desafío concreto para las personas que inician el tratamiento antirretrovírico y se ha demostrado que inhibe la aceptación del tratamiento.

El VIH exacerba los ya graves déficits nutricionales que son comunes en muchos de los países más afectados por la epidemia. En general, el 35% de la población de los países menos desarrollados padece problemas de nutrición (PNUD, 2007). Los déficits de micronutrientes son una de las formas más frecuentes de desnutrición en los países de bajos ingresos y pueden comprometer aún más el sistema inmunitario de las personas que viven con el VIH, ya que disminuye la capacidad del organismo de combatir la infección (Food and Nutrition Technical Assistance, 2004a; Jones et al., 2006).

En el caso de los niños VIH-positivos, la desnutrición acelera el avance de la enfermedad y aumenta el riesgo de muerte en los primeros años de vida (Walzer et al., 2006). En África

subsahariana y en otros países afectados por el VIH, los déficits nutricionales son comunes en los niños (Bryce et al., 2008). Es especialmente importante vigilar la ingesta nutricional de lactantes hijos de madres VIH-positivas durante el destete ya que esta transición suele provocar alimentación insuficiente y, en consecuencia, aumento del riesgo de mortalidad o atrofia del crecimiento (Becquet et al., 2006).

El apoyo nutricional oportuno para las personas que viven con el VIH puede contribuir a prolongar el período asintomático de salud relativa de estas personas o, si ya se ha producido inmunodepresión grave, reducir el riesgo de muerte. (Para consultar un resumen de las pruebas disponibles sobre el impacto del apoyo nutricional en los resultados de salud de las personas que viven con el VIH, véase Gillespie y Kadiyala, 2005). Las estrategias comprobadas para mejorar el estado nutricional de las personas que viven con el VIH incluyen el suministro de raciones de alimentos en zonas con inseguridad alimentaria, suplementación con micronutrientes y alimentos terapéuticos para contrarrestar los efectos de la malnutrición moderada o grave (Gillespie y Kadiyala, 2005). Según los informes no gubernamentales, sólo el 11% de los países con epidemias generalizadas dispone de atención nutricional de las personas que viven con el VIH en todos los distritos, aunque los informes oficiales sostienen que esos servicios se brindan en forma generalizada en el 23% de los países (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008).

La vigilancia nutricional, junto con intervenciones adecuadas y oportunas, constituye un componente fundamental del tratamiento antirretrovírico. En el nivel más básico, cuando los pacientes están con hambre o desnutridos, les resulta difícil, sino imposible, cumplir con tratamientos complejos (Marston y Decock, 2004). Según el tratamiento recetado, la toma de medicamentos antirretrovíricos puede exigir restricciones dietarias; algunos medicamentos se toleran mejor con el estómago vacío mientras que el metabolismo de otros fármacos se optimiza si se toman durante o en la proximidad de las comidas (Food and Nutrition Technical Assistance, 2004b). Al igual que con cualquier fármaco, los medicamentos antirretrovíricos tienden a ser más eficaces cuando la persona está bien alimentada. Además, ciertos efectos secundarios comunes de los medicamentos, como las náuseas o la inapetencia, pueden provocar la reducción de la ingesta nutricional. Un proyecto de investigación operativa reciente del Programa Mundial de Alimentos y del Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas de Zambia descubrió que los pacientes en tratamiento antirretrovírico que recibían apoyo nutricional específico lograban mejores tasas de observancia del tratamiento.

Mejoramiento del acceso a los servicios de tratamiento y atención

Si bien se han registrado importantes avances, la ampliación del tratamiento no logra satisfacer las necesidades reales. En distintas regiones, la empresa de llevar tratamiento para el VIH a quienes lo necesitan ha encontrado una serie de obstáculos. Se necesitan estrategias eficaces para superar estos impedimentos y lograr el acceso universal.

Conocimiento limitado del estado serológico con respecto al VIH

Existen tecnologías asequibles para diagnosticar la infección por el VIH, incluidas las pruebas rápidas para evitar que las personas deban volver a los centros de prueba a buscar los resultados. Aunque el diagnóstico del VIH es bastante directo en los adultos —excepto al poco tiempo de la exposición con el virus, cuando se necesitan tecnologías más sofisticadas para llegar a un diagnóstico definitivo— es más complicado en el caso de los niños pequeños, como se describió con anterioridad.

El diagnóstico oportuno de la infección por el VIH es fundamental para el tratamiento médico eficaz de la enfermedad. Las personas con diagnóstico tardío en el curso de la infección no responden tan bien al tratamiento antirretrovírico y tienen un mayor riesgo de enfermedad y muerte (Girardi, Sabin y Monforte 2007). Un estudio realizado en la ciudad de Nueva York observó que las personas con una enfermedad oportunista en el momento de su diagnóstico de sida tenían tres veces más probabilidades de fallecer en un plazo de tres años que quienes tenían un recuento de CD4 inferior a 200 células por mm^3 y no tenían antecedentes de infecciones oportunistas (Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York, 2005).

Cuidados paliativos en las respuestas nacionales al VIH

El papel de los cuidados paliativos como elemento integral de las respuestas nacionales al VIH es un tema de incipiente importancia en el impulso hacia el acceso universal. Los cuidados paliativos incluyen apoyo psicosocial, acceso al control del dolor y los síntomas y otras medidas para abordar las dimensiones física, mental y espiritual de sobrellevar el VIH y las enfermedades relacionadas.

Los programas vigentes de cuidados paliativos soportan enorme presión para satisfacer la creciente demanda. Por ejemplo en el distrito de Motheo, provincia de Estado Libre, Sudáfrica, se estima que 7736 de los 44 000 huérfanos maternos del distrito viven con el VIH. Se cree que más de 25 000 niños menores de 10 años están desnutridos. El único programa de cuidados paliativos del distrito está equipado para atender a 1300 niños, una pequeña parte de todos los que necesitan apoyo (Dippenaar y Marston, 2008).

Las barreras jurídicas y regulatorias para acceder a medicación económica y sencilla para el control del dolor constituyen un obstáculo importante para la prestación de servicios integrales de cuidados paliativos. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) ha reconocido que la mayoría de los países tiene un consumo bajo de medicamentos opioides y que siete países de ingresos altos que representan tan sólo el 12% de la población mundial (Austria, Australia, Canadá, Francia, Alemania, Reino Unido y Estados Unidos) consumen el 84% de la morfina médica. La Junta ha instado a los gobiernos a estudiar y revisar de manera crítica la forma en que evalúan las necesidades internas de opiáceos (JIFE, 1989).

Muchas personas que viven con el VIH reciben el diagnóstico del virus sólo después de haber sufrido un importante deterioro en su sistema inmunitario. Por ejemplo, en Brasil —a pesar de los más de diez años de experiencia con medicamentos antirretrovíricos de distribución pública— a casi la mitad de las personas con el VIH se les diagnostica la infección al mismo tiempo que el sida (Agence France Presse, 2008). Hace poco tiempo que las grandes encuestas poblacionales en los países de ingresos bajos y medianos han comenzado a recoger información sobre los antecedentes de pruebas del VIH de los encuestados, por lo que resulta imposible realizar un análisis de las tendencias relacionadas con las pruebas. Aún más recientemente, se han incorporado las pruebas serológicas en esas encuestas, lo que permite un análisis del estado serológico del VIH y de los antecedentes de pruebas. En los 16 países donde ha sido posible realizar este análisis, la mayoría de los encuestados con resultados VIH-positivos nunca había recibido una prueba del VIH (MEASURE DHS, 2008). Aproximadamente en el 40% de los países con epidemias generalizadas, los gobiernos informan que los servicios de asesoramiento y pruebas relacionados con el VIH no se ofrecen en todos los distritos que los necesitan. Fuentes no gubernamentales afirman que estos servicios no están ampliamente disponibles en el 70% de los países (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). Los servicios de pruebas y asesoramiento del VIH para los pacientes con tuberculosis todavía no se ofrecen universalmente: en los países con epidemia generalizada, el 46% de los informes gubernamentales indica que estos servicios están disponibles en todos los distritos que los necesitan; el porcentaje es de sólo el 27% en los informes no gubernamentales (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008).

El desafío de asegurar el conocimiento difundido y oportuno del estado serológico con respecto al VIH no es exclusivo de los países con ingresos bajos y medianos. Se estima que el 25% de todas las personas VIH-positivas en los Estados Unidos todavía no han sido diagnosticadas (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2002). En la Ciudad de Nueva York, una capital financiera mundial, una de cada cuatro personas con resultados VIH-positivos en las pruebas recibió su diagnóstico de sida en el plazo de un mes después de la fecha de su prueba del VIH (Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York, 2007).

Tal como se describe en el Capítulo 2, el grave estigma asociado al VIH en muchos países desalienta

a muchos de conocer su estado serológico con respecto al VIH (Weiser et al., 2006). No obstante, son cada vez más los indicios que sugieren que la acción nacional concertada para fomentar las pruebas y hacer frente al estigma del VIH puede aumentar significativamente las tasas de prueba. Por ejemplo, muchos países están ofreciendo servicios de pruebas y asesoramiento en relación con el VIH iniciados por proveedores en ámbitos de atención de la salud (ONUSIDA y OMS, 2007), además de usar tecnología de pruebas rápidas, unidades móviles y otros métodos de divulgación para aumentar el conocimiento del estado serológico con respecto al VIH. En Botswana, el número de personas que usan los servicios de pruebas ascendió a más del doble el año posterior a la aplicación de pruebas y asesoramiento iniciados por los proveedores (Steen et al., 2007). Las investigaciones de la ciencia social y comportamental sugieren que la magnitud y la naturaleza de los servicios vinculados a las pruebas suelen ser factores determinantes clave para su uso (Obermeyer y Osborn, 2007).

Una campaña nacional que fomentaba el conocimiento del estado serológico con respecto al VIH en Malawi culminó en la segunda "Semana Nacional de Pruebas y Asesoramiento sobre el VIH" en julio de 2007. Las 186 631 personas que se sometieron a las pruebas superaron con creces la meta de 130 000 personas de la campaña; más del 80% de estas personas se habían realizado pruebas con anterioridad. La campaña dio por resultado el diagnóstico de infección por el VIH de 15 667 personas, que incluyó el 6,1% de los hombres, 9,7% de las mujeres no embarazadas y el 11,3% de las embarazadas (Comisión Nacional de Sida de Malawi, 2007). Asimismo, Etiopía logró un aumento de ocho veces más en el uso de los servicios de pruebas y asesoramiento relacionados con el VIH, y se identificaron más de 108 000 nuevas infecciones por el VIH, es decir, el 6% del total de personas a quienes se les administró la prueba (Ministerio Federal de Salud de Etiopía, 2007).

La participación de los curanderos tradicionales en la respuesta al VIH es fundamental en África ya que la medicina tradicional suele ser la primera, a veces la única, opción de atención sanitaria en algunas partes del África subsahariana. En la provincia KwaZulu Natal de Sudáfrica, las medidas se han centrado en desarrollar la capacidad de los curanderos tradicionales para hablar del VIH y la sexualidad con quienes buscan atención.

Obstáculos económicos

Cargos de usuarios, copagos y otros gastos del propio bolsillo son algunas de las formas que asumen los impedimentos económicos que las personas en tratamiento antirretrovírico deben enfrentar. Según informes no gubernamentales, el 92% de los países cuenta con políticas para la provisión gratuita de medicamentos antirretrovíricos (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). Sin embargo, las encuestas de la sociedad civil en 17 países registraron que muchos pacientes que reciben medicamentos en forma gratuita deben cubrir a veces costos considerables de pruebas de diagnóstico o de tratamientos para infecciones oportunistas (Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento, 2007). (Véase Figura 5.12) En reconocimiento a los posibles obstáculos al acceso que implican los gastos de bolsillo del paciente, el Gobierno de Camerún comenzó a ofrecer el tratamiento del VIH en forma gratuita en 2007, un enfoque adoptado también en muchos otros países.

A veces, se puede acceder al tratamiento con mayor facilidad en las zonas urbanas que en las rurales. Las limitaciones de acceso al transporte pueden restringir significativamente la posibilidad de tratamiento para las personas VIH-positivas que viven en zonas rurales. Incluso cuando un dispensario local puede proveer medicamentos antirretrovíricos, los pobladores rurales VIH-positivos deben viajar durante horas en algunos casos para realizarse pruebas de CD4 o de carga vírica (Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento, 2007). En 2008, Indian Railways anunció un descuento del 50% en los pasajes en tren para las personas VIH-positivas que viajen para recibir tratamiento del VIH.

Velar por la igualdad de acceso

Además de aumentar el número global de personas que reciben medicamentos antirretrovíricos, es necesario que se tomen medidas concretas para asegurar que todas las personas que necesitan tratamiento tengan igualdad de acceso. Las encuestas de la sociedad civil confirman que muchas personas que viven con el VIH, en especial las de grupos marginados, a menudo enfrentan considerables obstáculos para acceder al tratamiento del VIH (Human Rights Watch,

FIGURA 5.12 Porcentaje de países por nivel de ingresos que cuentan con una política de servicios gratuitos para el tratamiento antirretrovírico

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

2007a; Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento, 2007). Los encuestados no gubernamentales declaran que el 74% de los países cuenta con políticas vigentes a fin de velar por la igualdad de acceso para la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en relación con el VIH para las poblaciones en mayor riesgo de contraer el virus. Sin embargo, también informan que el 63% de los países tienen leyes, reglamentación o políticas que obstaculizan el acceso de estos grupos a los servicios (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). Por ejemplo, varios países estipulan que los jóvenes que viven con el VIH deben obtener el consentimiento de los padres antes de recibir medicamentos antirretrovíricos. Según el informe "paralelo" de la sociedad sobre el progreso nacional en la Federación de Rusia, un registro nacional de usuarios de drogas suele dar lugar a la discriminación en el acceso a los servicios de las personas VIH-positivas cuyos nombres figuran en el registro.

Sostenibilidad del tratamiento y la atención del VIH

Si bien se han logrado avances importantes en la expansión del acceso al tratamiento antirretrovírico, será necesario un esfuerzo colectivo excepcional, de varias décadas de duración, para sostener el acceso al tratamiento del VIH de por vida. El número de personas que necesitan tratamiento seguirá creciendo a medida que el proceso de la enfermedad por el VIH sigue evolucionando en los 30 millones de personas VIH-positivas de todo el mundo que se estima que nunca han recibido tratamiento. Además, es probable que los costos de tratamiento por paciente aumenten con el paso del tiempo, a medida que los pacientes que toman combinaciones estándar de dosis fijas cambian a medicamentos más costosos de segunda y tercera línea.

La experiencia de Brasil ilustra claramente el desafío de sostener los avances en el tratamiento. El país ha estado a la vanguardia de los esfuerzos mundiales para ampliar el acceso al tratamiento y comenzó a ofrecer terapia antirretrovírica a través de su sistema de salud pública en 1996; luego, expandió el acceso rápidamente a la vez que redujo casi cinco veces el costo de los medicamentos entre 1997 y 2004. No obstante, recientemente, los desembolsos presupuestarios para el tratamiento del VIH han aumentado significativamente (Nunn et al., 2007). Se estima que el costo de proporcionar medicamentos en Brasil en 2008 será de US$ 525 millones, más del doble que el monto erogado en 2004 (ONUSIDA, 2007b).

A fin de garantizar que las mejoras recientes en el acceso al tratamiento se sostengan en el largo plazo, será necesario tomar medidas específicas que aborden los factores clave que puedan poner en peligro dicho acceso en los próximos años.

Recursos humanos

La escasez aguda de profesionales de atención de la salud obstaculiza la ampliación del tratamiento en muchos países castigados por la epidemia. África subsahariana alberga a más de dos tercios del total de personas que viven con el VIH, sin embargo, sólo cuenta con el 3% de los trabajadores de la salud del mundo y menos del 1% del gasto

Determinación mundial de fortalecer los sistemas de salud en lugares de recursos limitados

Ampliar y sostener el acceso al tratamiento en lugares de recursos limitados exigirá la generación de capacidad humana fuerte y perdurable para administrar la terapia antirretrovírica. Esta prioridad ha atraído una amplia gama de esfuerzos de desarrollo de capacidad. Una de esas iniciativas liderada por la OMS se centra en maneras de "tratar, capacitar y retener" a los trabajadores de la salud (Samb et al., 2007).

Los donantes ponen mayor énfasis en fortalecer los sistemas de salud para apoyar la ampliación del tratamiento del VIH. En 2007, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR) destinó US$ 638 millones para desarrollar la capacidad del sector público y privado de salud (PEPFAR, 2008). En noviembre del mismo año, el Fondo Mundial anunció que el 20% de sus fondos para la ronda 2008 de la asignación de subvenciones por concurso se destinarían a medidas de fortalecimiento del sistema, como mejoras de infraestructura, fortalecimiento de los sistemas de cadena de suministro y refuerzo de los recursos humanos (Fondo Mundial, 2007b).

El impulso para ampliar el acceso al tratamiento antirretrovírico ayuda a sostener sistemas de salud frágiles y produce beneficios que trascienden el VIH. Por ejemplo, 13 países beneficiarios del PEPFAR lograron una mejora del 36% en el cumplimiento de las necesidades de sangre inocua durante los últimos tres años (PEPFAR, 2008). La integración del VIH en los servicios de atención primaria puede contribuir a fomentar un mayor uso de los servicios de salud en general. Por ejemplo, en Rwanda, la prestación de atención básica para el VIH se asoció con un aumento en los servicios no relacionados con el virus, como consultas de pacientes externos, análisis de laboratorio no relacionados con el VIH, pruebas de detección de sífilis y controles prenatales (Family Health International, 2007).

Al cierre de la primera conferencia de la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario en Kampala, Uganda, en marzo de 2008, más de 1000 participantes de 57 países adoptaron la Declaración de Kampala, que instaba a un mayor financiamiento para resolver la escasez de los trabajadores de la salud en África. La Alianza estima que es necesario capacitar a 1,5 millones de trabajadores más para abordar la crisis de infraestructura en los sistemas sanitarios africanos, con un costo anual de US$ 3,3 mil millones. Entre otras apelaciones, la declaración solicita a los países de ingresos altos que paguen un arancel a los países cuando reclutan a sus trabajadores de la salud.

mundial en salud (OMS, 2006d). Por ejemplo, cada 100 000 habitantes en Noruega se dispone de 347 médicos, mientras que en Malawi o en la República Unida de Tanzanía sólo se cuenta con 2 (PNUD, 2007). Son muchos los factores que contribuyen a la crisis de recursos humanos en los sistemas de atención sanitaria, entre ellos, la deficiencia de los programas nacionales de educación y formación médica, la aplicación limitada de políticas nacionales de gestión de recursos humanos y la bien documentada "fuga de cerebros" de los profesionales de la salud que dejan atrás puestos mal pagos en sus países natales por cargos más rentables en países de ingresos altos o en países vecinos (Moore y Morrison, 2007; Arah, Ogbu y Okeke, 2008).

La epidemia en sí está debilitando la capacidad de los sistemas de atención de la salud para enfrentar el desafío que implica el avance hacia el acceso universal. Si bien el número real de trabajadores de la atención de la salud infectados por el VIH puede parecer relativamente bajo en un determinado país, estas infecciones pueden tener un gran impacto en la respuesta nacional al VIH, ya que la administración de los medicamentos antirretrovíricos está a cargo de un pequeño número de médicos clínicos, incluso en países de prevalencia alta. La necesidad crucial de preservar la capacidad humana esencial en los sectores de la salud ha impulsado a algunos países a introducir servicios especiales de prevención y tratamiento del VIH para los trabajadores de la salud. Por ejemplo, en Malawi,

El tratamiento antirretrovírico permite a millones de personas de todo el mundo llevar vidas saludables y productivas. El tratamiento no sólo conserva la vida de las personas, sino que también beneficia a familias, comunidades y sociedades enteras.

más de 1 000 trabajadores de la atención de la salud recibían medicamentos antirretrovíricos en junio de 2006. El gobierno de Malawi estima que las mejoras en el acceso al tratamiento antirretrovírico salvaron las vidas de 250 trabajadores de la atención de la salud y, a su vez, generaron ahorros en la productividad equivalentes a la cantidad de recursos humanos requeridos para suministrar medicamentos antirretrovíricos a escala nacional (Makombe et al., 2007). La identificación de las limitaciones en recursos humanos como impedimento para la aplicación de una subvención del Fondo Mundial en Malawi impulsó a esta entidad a aprobar la asignación de US$ 40 millones para financiar la estrategia de emergencia en recursos humanos del país, que también atrajo fondos significativos del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido.

La falta de personal también obstaculiza el funcionamiento de sistemas fundamentales para el acceso al tratamiento. Por ejemplo, las autoridades regulatorias nacionales suelen ser extremadamente débiles en los países de ingresos bajos y medianos (Gray, 2004). Como resultado, muchos medicamentos nuevos y de segunda línea permanecen sin registrar en algunos países de alta prevalencia (Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento, 2007). Se han propuesto diversas estrategias para reducir el cuello de botella en el registro de medicamentos en los países de ingresos bajos y medianos; algunas de las estrategias son el mejoramiento de la capacidad concreta de las autoridades regulatorias nacionales, mayor colaboración regional en el registro de fármacos y mayor asistencia de los reguladores de los países de ingresos altos para los países de bajos ingresos (Gray, 2004).

Es posible que los problemas en la gestión de suministros también interfieran con la entrega de medicamentos antirretrovíricos. Las encuestas de la sociedad civil de 17 países descubrieron que, en 2007, se notificaron inexistencias de medicamentos antirretrovíricos en muchos ámbitos clínicos de diferentes regiones (Coalición Internacional para la Preparación para el Tratamiento, 2007). Si bien los agotamientos de existencias son un problema frecuente para muchas patologías en países de recursos limitados, es necesario contar con sistemas de respaldo eficaces para evitar la interrupción del tratamiento del VIH.

Mejoramiento de la capacidad de diagnóstico

Si bien el enfoque de la salud pública posibilita la administración de medicamentos antirretrovíricos a falta de técnicas de diagnóstico sofisticadas que son estándar en contextos de ingresos altos, mejorar la capacidad de diagnóstico en los lugares con recursos limitados ayudará a los médicos clínicos a maximizar el impacto y la durabilidad del tratamiento antirretrovírico. La necesidad de pruebas virológicas para diagnosticar el VIH en niños con exposición perinatal tiene implicaciones especiales para la capacidad de los laboratorios locales. La experiencia indica que es factible implementar pruebas de CD4 y de carga vírica en lugares de escasos recursos; aumentar la disponibilidad de estos análisis es una importante prioridad sanitaria (OMS, 2007a).

Existen varios métodos para la medición de los recuentos de CD4, entre ellos, análisis nuevos,

Rotación de tareas para aumentar la capacidad del sistema de salud

La rotación de tareas es una de las muchas estrategias para abordar la aguda escasez de trabajadores de atención de la salud. La estrategia implica la redistribución de tareas clínicas dentro del equipo de salud desde los trabajadores de salud más especializados hacia los menos especializados; por ejemplo, de médicos especialistas a médicos clínicos, de médicos a enfermeras, de enfermeras a miembros capacitados de la comunidad. La rotación de tareas aumenta la eficiencia de la prestación de atención de la salud, amplía las reservas de recursos humanos y agiliza la ampliación de los programas de tratamiento (OMS, 2007e).

Es una estrategia que ha surgido en los últimos años como uno de los principales temas de debate en los círculos relacionados con el VIH como resultado de la ampliación del tratamiento, pero es un enfoque frecuente en muchos lugares de recursos limitados. Los clínicos no médicos predominan en 25 de los 47 países africanos encuestados y sobrepasan en número a los médicos en nueve países (OMS, ONUSIDA y PEPFAR, 2008). Más de treinta años de experiencia con el uso de trabajadores de la comunidad para el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) de la tuberculosis resalta la capacidad de estos trabajadores para la prestación de numerosos servicios de atención primaria (Samb et al., 2007). Aunque el énfasis en la rotación de tareas para la ampliación del tratamiento antirretrovírico puede dar lugar a inquietudes acerca de la posibilidad de atención de menor calidad en lugares de bajos recursos, la realidad indica que la estrategia se ha vuelto frecuente en ámbitos clínicos de países de ingresos, con un mayor uso satisfactorio de auxiliares médicos y profesionales de enfermería (Wilson et al., 2005).

Para acelerar la ampliación del tratamiento y expandir los recursos humanos, varios países con prevalencia elevada del VIH han complementado el uso informal de larga data de profesionales no médicos con más medidas sistemáticas para promover la rotación de tareas como parte integral de sus estrategias nacionales para tratar el VIH. Estos esfuerzos están rindiendo resultados prometedores. En Mozambique, después de que se capacitó a oficiales médicos para recetar medicamentos antirretrovíricos en el 85% de los centros clínicos del país, el número de centros que administraba los medicamentos ascendió a más del triple en ocho meses y la cobertura de tratamiento aumentó del 9,4% al 16,4% (Gimbel et al., 2007). En Haití y Rwanda, los programas que usan un enfoque centrado en el personal de enfermería para la prestación de servicios del VIH informan un bajo número de pérdidas durante el seguimiento, tasa elevada de éxito terapéutico y valores de mortalidad comparables con los de programas antirretrovíricos más tradicionales (OMS, ONUSIDA y PEPFAR, 2008).

A fin de ayudar a orientar los esfuerzos para ampliar los recursos humanos en relación con el VIH, la iniciativa de la OMS, el ONUSIDA y el PEPFAR han desarrollado conjuntamente directrices detalladas para la rotación de tareas que incluyen mecanismos de aseguramiento de la calidad y otros temas pertinentes. La rotación de tareas no es una panacea para las deficiencias de infraestructura que inhiben la ampliación del tratamiento, sino que constituye uno de los muchos enfoques que se deben adoptar, como el aumento en la remuneración de los trabajadores de la atención de la salud en lugares de recursos limitados y el mejoramiento de la educación y capacitación médica.

sencillos y de bajo costo, especialmente aptos para establecimientos pequeños que carecen de una amplia capacidad de laboratorio (Srithanaviboonchai et al., 2008). La Fundación Clinton ha negociado reducciones de hasta el 80% en el precio con los fabricantes de tecnologías para pruebas de CD4 y carga vírica.

Velar por la asequibilidad de los medicamentos antirretrovíricos

En muchos países castigados por el VIH, entre ellos, Kenya, Malawi, Nigeria y Zambia, el gasto anual per cápita en atención sanitaria de cualquier índole es inferior a US$ 100 (PPA) (PNUD, 2007). En los

lugares con tal limitación de recursos de salud, se considera que muchos medicamentos son demasiado costosos para su uso de rutina en lugares de recursos limitados (Steinbrook, 2007). Históricamente, este ha sido el caso de los medicamentos nuevos patentados desarrollados por las compañías farmacéuticas en países de ingresos altos.

Al igual que en muchos otros campos, la respuesta al VIH ha contribuido a concebir nuevas alternativas para mejorar el acceso a medicamentos esenciales en los países de ingresos bajos y medianos. Los precios de los principales medicamentos antirretrovíricos se han reducido considerablemente durante los últimos diez años gracias a la presión de los activistas, al surgimiento de la competencia por parte de fabricantes de fármacos genéricos y a las negociaciones directas del ONUSIDA y otros asociados con las compañías farmacéuticas. Lo que se ha originado es un régimen de precios que los expertos mundiales en salud han defendido durante años, pero que rara vez se ha puesto en práctica, es decir, la fijación de precios "escalonados", en la que las compañías aplican distintos precios conforme a la capacidad de pago de cada país. El nuevo enfoque a la fijación de precios de los fármacos ha liberado recursos sustanciales para los servicios de salud en países de ingresos bajos y medianos. Por ejemplo, se estima que Brasil ahorró aproximadamente 1 mil millones de dólares estadounidenses entre 2001 y 2005 como resultado de la fabricación nacional de genéricos de ocho medicamentos antirretrovíricos y de la negociación de reducciones de precios por parte de los fabricantes (Nunn et al., 2007). En el 94% de los países con epidemias generalizadas y en el 61% de los países con epidemias concentradas, los gobiernos nacionales informan que cuentan con políticas nacionales para el uso de medicamentos genéricos o con importación paralela de medicamentos para fomentar el acceso al tratamiento antirretrovírico (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008).

Los precios se han reducido debido a la adopción de normas de comercio internacional que establecen la aplicación flexible de cláusulas de propiedad intelectual con respecto a los medicamentos necesarios para resolver problemas graves de salud pública. Según las reglas imperantes, los países pueden emitir licencias obligatorias para los medicamentos patentados donde el acceso sea necesario para proteger la salud pública.

Además, la existencia de una floreciente industria farmacéutica de genéricos en países como India, Brasil, Sudáfrica y Tailandia ha ejercido una presión para reducir los precios y ha aumentado el espectro de opciones asequibles para los programas nacionales de tratamiento. India, el mayor proveedor de medicamentos a países de ingresos bajos y medianos, exporta dos tercios de los medicamentos que produce (Steinbrook, 2007).

El marco actual mundial de propiedad intelectual no ha impedido el surgimiento de controversias e incertidumbres. En 2007, por ejemplo, se suscitó un conflicto público entre Tailandia y los laboratorios Abbott después de que el gobierno anunciara planes para emitir una licencia obligatoria para el uso no comercial del medicamento antirretrovírico lopinavir-ritonavir de la compañía. La decisión de Tailandia se produjo después del fracaso de las negociaciones entre el gobierno y el laboratorio para acordar un precio asequible para el medicamento. Además, desde 2005, India ha emitido patentes según se lo exige la Organización Mundial del Comercio. Preocupa que este cambio pueda, a la larga, provocar un aumento de precios al obstaculizar la capacidad de la industria de genéricos del país para producir medicamentos antirretrovíricos fundamentales.

A pesar de los grandes avances en la fijación de precios de los últimos años, es necesario lograr mayores reducciones de los costos de compra de los medicamentos antirretrovíricos para acelerar la ampliación del tratamiento. Esto es así especialmente en el caso de antirretrovíricos de segunda y tercera línea, que suelen costar mucho más que los de primera línea en los países de ingresos bajos y medianos. Si bien apenas el 4% de los pacientes que reciben terapia antirretrovírica en 23 países encuestados por la OMS utilizaban tratamientos de segunda línea en 2006 (OMS, 2007a), la necesidad de este tipo de terapias aumentará con el paso del tiempo. Se calcula que el 3% de los pacientes que usan medicamentos antirretrovíricos de primera línea, o aproximadamente 180 000 personas en 2008, tendrán que cambiar a tratamientos de segunda

línea cada año (OMS, 2006b). Después de las negociaciones con los principales fabricantes de medicamentos genéricos en mayo de 2007, la Fundación Clinton y UNITAID anunciaron marcadas reducciones en el precio de 16 fórmulas de ocho medicamentos antirretrovíricos de segunda línea. La OMS ha emitido a los países orientación sobre los criterios que deben aplicar al seleccionar tratamientos de segunda línea en las directrices nacionales para el tratamiento (OMS, 2007a).

Si bien se han logrado importantes avances, enormes desafíos quedan por delante si es que el mundo ha de avanzar hacia el acceso universal. Sin embargo, la experiencia durante estos diez años destaca que esos desafíos se pueden superar. Según se explica en el Capítulo 7, la sostenibilidad de la respuesta a largo plazo exigirá un fuerte compromiso político, mayores recursos, expansión de la capacidad nacional y la participación activa de todos los grupos interesados, en especial de las personas que viven con el VIH.

Pruebas para la acción

¿Se están tomando las medidas correctas?

- Todos los países cuentan con una política o estrategia nacional para fomentar el tratamiento, la atención y el apoyo integrales en relación con el VIH.
- El 85% de los países con epidemias generalizadas y el 52% de los países con epidemias concentradas informan haber desarrollado estimaciones nacionales fiables y haber proyectado las necesidades futuras del número de personas que requerirán terapia antirretrovírica.
- Los gobiernos nacionales en el 92% de los países de ingresos bajos y medianos informan que las políticas actuales contemplan la provisión gratuita de medicamentos antirretrovíricos.

¿ Se toman las medidas correctas de la manera correcta?

- A nivel mundial, las mujeres reciben mayor cobertura de la terapia antirretrovírica que los hombres, aunque los niños tienen una cobertura considerablemente menor de medicamentos antirretrovíricos que los adultos y adolescentes en los países con epidemias generalizadas donde la carga es la más elevada.
- Los informantes no gubernamentales declaran que el 40% de los países, incluidos la mayoría de Europa oriental y Asia central, Asia meridional y sudoriental y América del Norte, tienen leyes, reglamentación o políticas que obstaculizan el acceso de los usuarios de drogas inyectables a los servicios relacionados con el VIH.
- Los servicios de tratamiento para el VIH y la tuberculosis no se han integrado eficazmente en la mayoría de los países en los que hay un alto número de personas con coinfección por el VIH y la tuberculosis. Según lo indicado por los gobiernos nacionales, el 42% de los países con epidemias generalizadas han adoptado pruebas sistemáticas de detección para los pacientes VIH-positivos, y sólo el 27% ofrece tratamiento preventivo para la tuberculosis en todos los distritos que lo necesitan. Las respuestas no gubernamentales indican que estos dos servicios están ampliamente disponibles apenas en el 24% de los países con epidemias generalizadas.

¿Estas medidas se han ampliado lo suficiente como para marcar una diferencia?

- A fines de 2007, los medicamentos antirretrovíricos llegaron a 3 millones de personas en los países de ingresos bajos y medianos; esta cifra representa el 31% de la necesidad mundial estimada y un aumento del 45% en comparación con 2006.
- La mortalidad por sida ha comenzado a declinar, en parte como consecuencia de las mejoras en el acceso al tratamiento. El acceso ampliado al tratamiento antirretrovírico también está mejorando la calidad de vida de las personas que viven con el VIH.
- Solamente el 32% de los nuevos casos de tuberculosis en las personas que viven con el VIH recibió tratamiento doble para ambas infecciones en 2007.

Mitigar el impacto de la epidemia en hogares, comunidades y sociedades

6

Capítulo 6

FIGURA 6.1 Eventos seleccionados relacionados con la mitigación del impacto del sida

Hallazgos clave

- La epidemia de VIH sigue infligiendo un cuantioso daño en hogares afectados, especialmente en mujeres y niños.
- Según se ha comprobado, los programas de protección social que brindan ayuda monetaria a hogares afectados por el VIH tienen la capacidad de aliviar el impacto de la epidemia y deben ser llevados a escala de inmediato en los países más afectados.
- La reforma legal, en combinación con campañas de sensibilización comunitaria, asistencia jurídica y apoyo para el cumplimiento de la ley, puede fortalecer la protección para viudas y niños que quedaron huérfanos por el VIH.
- Si bien la mayoría de los países con alta prevalencia han instituido estrategias para brindar apoyo a los niños que quedaron huérfanos o vulnerables por el VIH, pocos programas nacionales llegan a más que una pequeña minoría de ellos.
- La epidemia produce efectos especialmente duros en las mujeres, y resulta aconsejable adoptar medidas ampliadas para aumentar la capacidad de generación independiente de ingresos de las mujeres.
- Si bien los efectos macroeconómicos de la epidemia son menos graves de lo que antes se temía, el VIH aún así sigue repercutiendo de una manera profundamente negativa en algunas industrias y los sectores agrícolas de países con alta prevalencia.
- Para abordar el continuo deterioro de la capacidad gubernamental en países con alta prevalencia, se necesitan enfoques estratégicos y ampliados a fin de preservar y desarrollar la capacidad en el sector público; dichos enfoques deberían incluir estrategias innovadoras para ampliar tanto como sea posible la limitada capacidad.
- Los programas de tratamiento antirretrovírico son cruciales para mitigar el impacto de la epidemia pero deben ser complementados por iniciativas dirigidas específicamente a los hogares, las comunidades y los sectores más afectados por el VIH.

La epidemia del VIH ha provocado el mayor revés individual en el desarrollo humano (PNUD, 2005). En los países más afectados, el VIH ha reducido la expectativa de vida, ha profundizado la pobreza entre familias y comunidades vulnerables, ha sesgado el tamaño de las poblaciones, ha socavado los sistemas nacionales y ha debilitado las estructuras institucionales.

Los efectos de la epidemia han sido más silenciados, pero aún así considerables, en regiones donde la prevalencia del VIH es inferior a la de África subsahariana. En Asia, por ejemplo, el VIH ha disminuido la expectativa de vida en 3 años en Camboya y en 1,7 años en Myanmar (Comisión sobre Sida en Asia, 2008).

Entender el impacto de la epidemia de sida y cómo mitigarla ha resultado ser una tarea mucho más complicada y matizada que lo que se creyó en un principio, como es el caso con casi todos los demás aspectos de la epidemia. Un modesto pero importante conjunto de investigaciones se ha centrado en el impacto de la epidemia; sin embargo, comparativamente han sido escasos los estudios rigurosos y la documentación de las estrategias más halagüeñas para mitigar los efectos perjudiciales de la epidemia. Este capítulo resume las pruebas más recientes respecto de lo que se sabe, y lo que aún no, acerca del impacto multifacético de la epidemia, y hace hincapié en los lugares con carga elevada. Un análisis exhaustivo de las numerosas y diferentes consecuencias del VIH escapa al alcance de un solo capítulo; por esto, el análisis aquí se limita a los efectos de la epidemia en los hogares (prestando especial atención a las necesidades de mujeres y niños), en las economías nacionales y sus componentes secundarios y en los sectores públicos y las instituciones nacionales.

Este capítulo pone especial énfasis en los posibles caminos para minimizar el impacto de la epidemia y, en muchos casos, destaca aquellas áreas en las que resulta imperioso realizar más investigaciones. Tal como lo explica el capítulo, la introducción en los últimos años de los medicamentos antirretrovíricos en lugares de recursos limitados ofrece la mayor promesa para poner freno a los efectos más nocivos de la epidemia. Sin embargo, así como los medicamentos antirretrovíricos no son una cura para el VIH en sí, el acceso al tratamiento por sí solo no resolverá el daño social y económico causado por la epidemia. Mejorar la escala y el alcance de los programas de prevención resulta absolutamente crítico para los esfuerzos de largo plazo destinados a minimizar el impacto de la epidemia. Además, se necesitan iniciativas normativas y programáticas que aborden específicamente el impacto de la epidemia en hogares, mujeres y niños y sectores e instituciones nacionales.

Evaluar el impacto de la epidemia: desafíos y obstáculos

Los esfuerzos por caracterizar el impacto del VIH a menudo procuran comparar la situación actual con las proyecciones sobre cómo les iría a las familias, comunidades y sociedades si la epidemia nunca hubiera ocurrido. Sin embargo, a medida que la infección por el VIH se ha expandido y su impacto agravado, las comunidades y los países más afectados por la epidemia también han sufrido cambios profundos no relacionados con el VIH, por lo que resulta más difícil aislar los efectos precisos de la epidemia (Bhorat y Kanbur, 2005). En muchos países, —por ejemplo, Sudáfrica y Zimbabwe—, es complicado desenmarañar los efectos de la epidemia de otros importantes cambios sociales y económicos que se han producido en las últimas dos a tres décadas.

La epidemia ha mostrado un alto grado de ingeniosidad y resistencia en las sociedades más afectadas por el VIH y, por ello, algunas de sus consecuencias anticipadas se evitan o silencian. No obstante, esta resistencia también puede enmascarar un profundo trauma individual o colectivo, cuyos efectos aún no se comprenden bien.

A veces se hace referencia al VIH como un evento de "onda larga", en el que muchas de sus ramificaciones tienen lugar en el futuro, a intervalos inciertos (Gillespie et al., 2007). Las herramientas convencionales de las ciencias económicas y sociales no cuentan con los recursos necesarios para proyectar el futuro de

la epidemia. De esta manera, si bien es posible medir la asistencia escolar y otros atributos físicos del bienestar entre niños que quedaron huérfanos por el VIH, es más difícil cuantificar el costo de perder a uno o ambos padres, o proyectar el futuro impacto social de una cohorte tan grande de adultos jóvenes que tienen que hacerse mayores sin la contención de los padres. Se ha sugerido que la epidemia, al causar la muerte prematura de millones de madres y padres, escinde los mecanismos tradicionales de transferencia de conocimiento y valores (Bell, Devarajan y Gersbach, 2004); aún así las herramientas disponibles no evalúan adecuadamente este fenómeno ni su probable impacto.

Determinadas suposiciones iniciales acerca de los efectos de mayor nivel de la epidemia no se han confirmado. La epidemia no ha destruido las economías nacionales ni ha comprometido la viabilidad de ningún gobierno nacional. Sin embargo, la aparición de sociedades que funcionan "normalmente" puede ocultar graves tensiones y presiones sociales porque la naturaleza modesta de los efectos de mayor nivel enmascara tanto pesadas cargas en subpoblaciones como aumentos acuciados en la desigualdad causada por la epidemia.

Mitigar el impacto en hogares, mujeres y niños

Mientras que las personas y los hogares pobres no necesariamente son más propensos a infectarse por el VIH (Dinkelman, Lam y Leibbrandt, 2007; Mishra et al., 2007), el impacto de la infección por el VIH suele magnificarse en condiciones de pobreza. Por ejemplo, la carga financiera asociada con el VIH para los hogares más pobres de India representa el 82% del ingreso anual, mientras que la carga comparable para las familias más adineradas es un poco más del 20% (Banco Asiático de Desarrollo y ONUSIDA, 2004a). Estudios en la República Unida de Tanzanía revelaron que las personas que viven con el VIH normalmente experimentan más de una docena de episodios de enfermedad antes de fallecer, y un promedio de 12 meses de salud deteriorada en el año anterior al fallecimiento (Bollinger, Stover y Riwa, 1999; Beegle, 2003). Un análisis de datos de Botswana reveló que el VIH produce una caída del 10% en los ingresos familiares per cápita, y que las pérdidas promedio de ingresos casi se duplican en hogares con menor nivel de ingresos.

La infección por el VIH también redunda en considerables gastos adicionales, que los hogares pobres tienen menos posibilidad de afrontar. Incluso en lugares donde los servicios de tratamiento del VIH son ostensiblemente gratuitos, los pacientes igual tienen que pagar considerables costos de su propio bolsillo, por ejemplo, copagos, tarifas para usuarios, gastos de transporte y artículos no cubiertos (p. ej., medicamentos para infecciones oportunistas) (Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento, 2007). En Sudáfrica, donde el costo de los funerales puede equivaler a 7 meses de ingresos, el 61% de las familias no cuentan con seguro para funerales (Collins y Leibbrandt, 2007). Para afrontar estos costos, los hogares afectados muchas veces deben reducir los gastos en otros rubros, como alimentos o educación.

Ampliación del acceso a medicamentos antirretrovíricos y el efecto en la productividad

Además de prolongar la vida y aliviar el sufrimiento causado por la enfermedad, el tratamiento antirretrovírico representa un medio crucial para paliar los efectos económicos de la epidemia en los hogares. Entre los obreros del té en Kenya, se observaron rápidas mejoras en la productividad en el primer año después de iniciar la terapia antirretrovírica (Simon et al., 2007). Sin embargo, la recuperación de la salud y la productividad no es segura ni inmediata, por lo que algunos empleadores han decidido permitir a los trabajadores postergar el regreso al trabajo hasta 3 a 6 meses después del inicio del tratamiento con medicamentos antirretrovíricos.

Protección social

Estudios de los planes de ayuda monetaria ofrecidos por el sector público en África meridional revelaron que estos programas llegaron

FIGURA 6.2 Número estimado de niños menores de 18 años que han quedado huérfanos a causa del sida en África subsahariana (1990–2007)

Fuente: Estimaciones sin publicar de ONUSIDA/OMS, 2007.

al 50% de los hogares de Sudáfrica, y que el 70% de los hogares que recibieron planes piloto a nivel distrital en Malawi y Zambia estaban afectados por el VIH. El UNICEF estima que, a través de programas bien diseñados de transferencia de dinero social[1], se podría llegar al 80% de los hogares afectados por el VIH que necesitan ayuda en países de ingresos bajos y medianos con alta prevalencia del VIH (UNICEF, 2007a).

A excepción de los hogares en que uno o más de sus miembros toman medicamentos antirretrovíricos, no se recomienda que el estado serológico respecto al VIH funcione como criterio de elegibilidad para los planes de transferencia de dinero social, debido a la posibilidad de estigmatizar a las familias beneficiarias (UNICEF, 2007a). Los planes que dirigen la elegibilidad hacia un nivel de ingresos bajos llegan a una gran porción de los hogares afectados por el VIH, que tienden a ser más pobres que los hogares no afectados debido a las consecuencias económicas de la infección. De manera semejante, los criterios de elegibilidad que apuntan a familias que incluyen a uno o más huérfanos o que tienen limitaciones de mano de obra también llegan a muchos hogares afectados por el VIH (UNICEF, 2007a).

Minimizar los obstáculos administrativos es fundamental para maximizar la utilización de los programas de transferencia de dinero social. En Sudáfrica, la utilización comparativamente lenta de los programas de transferencia de dinero social parece haber derivado de la complejidad administrativa de los procedimientos de solicitud, así como en las demoras asociadas con la agobiada administración de la asistencia social del país (UNICEF, 2007a). También es importante mejorar la facilidad de acceso en ámbitos urbanos y rurales.

Si bien los planes de transferencia de dinero representan una respuesta normativa racional al desafío que el VIH plantea a los hogares, algunos se han preguntado si este enfoque es asequible en los países de bajos ingresos más afectados por el VIH. Según un ejercicio de cálculo de costos realizado por la Organización Internacional del Trabajo, un

[1] En países industrializados, "programas de transferencia de dinero social" podrían ser denominados asistencia o seguro social, esto es, pagos de dinero en efectivo a familias necesitadas.

Lograr el acceso universal al tratamiento del VIH evitaría que hasta 5 millones de niños quedaran huérfanos.

plan nacional de transferencia de dinero dirigido a hogares pobres no debe costar más del 0,5% del producto interno bruto (Pal et al.); este hallazgo fue respaldado por un análisis similar llevado a cabo por UNICEF en Mozambique (Webb, 2007).

Huérfanos y otros niños vulnerables por el VIH

Las necesidades de los hogares afectados por el VIH incluyen las de los niños que viven en ellos. En África subsahariana, casi 12 millones de niños menores de 18 años han perdido a uno o a ambos padres a causa del VIH (UNICEF, 2008). En Botswana y Zambia, se estima que un 20% de los niños menores de 17 son huérfanos, la mayoría de ellos como consecuencia del VIH (Haacker, 2004a). Zimbabwe informa que el 24% de sus niños (0–17 años) han perdido a uno o ambos padres a causa del VIH (Figura 6.2).

Además del trauma de perder a uno o ambos padres, ser huérfano por el VIH puede incrementar la vulnerabilidad de muchas maneras. La pérdida de un progenitor puede derivar en un declive significativo en la calidad de vida; también aumenta la probabilidad de ser víctimas de explotación. Especialmente en el caso del fallecimiento de ambos padres, un niño quizás se convierta en la cabeza de familia, lo que le implica asumir enormes cargas a temprana edad. El impacto de la orfandad puede ser particularmente grave para las niñas, que por lo general son más propensas que los varones a no estar escolarizadas (véase PNUD, 2007).

Gran parte de la carga de cuidar a niños que quedaron huérfanos como consecuencia del VIH recae en los mayores, en especial abuelas que se hacen cargo cuando uno o ambos padres fallecen. Encuestas realizadas en las zonas rurales de Sudáfrica han detectado un aumento en el número de hogares encabezados por personas mayores de 50 años (Preston-Whyte et al., 2007). En Namibia, la República Unida de Tanzanía y Zimbabwe, entre el 40% y el 60% de los niños huérfanos están a cargo de sus abuelas (UNICEF, 2007b).

Mitigar el impacto en huérfanos y niños vulnerables

La respuesta en forma de políticas relacionadas con los niños que quedaron huérfanos o vulnerables por el VIH se ha ampliado considerablemente desde 1991, cuando el UNICEF celebró el primer encuentro internacional sobre esta problemática (Webb, 2007). Desde el primer objetivo puesto en los "huérfanos por el sida", los programas implantados como respuesta han reconocido cada vez más las muchas formas diferentes en que el VIH puede incrementar la vulnerabilidad de los niños, entre ellas, la enfermedad de los padres y la pérdida del ingreso familiar. La programación basada en

FIGURA 6.3 Razón de asistencia escolar entre huérfanos y no huérfanos en países con prevalencia del VIH mayor al 5%

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

los derechos ha aumentado las sensibilidades de formuladores de políticas y ejecutores de programas a la discriminación hacia los niños afectados por el VIH y, así, los ha ayudado a evitarla.

Entre 33 países con epidemias generalizadas que informan estos datos, el 91% de los gobiernos nacionales comunican tener una política o estrategia específica para abordar las necesidades relacionadas con el VIH de los niños que quedaron huérfanos o vulnerables a causa del VIH (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). Los 15 países que registran la prevalencia del VIH más alta tienen definiciones operativas para esta población, un plan operativo y estimaciones del número de niños que actualmente son atendidos por programas de apoyo. No se puede medir en qué grado se han calculado los costos de estos planes y en qué grado se han presupuestado y ejecutado, aunque los gobiernos nacionales en casi 73% de los países con epidemias generalizadas consideraron que sus esfuerzos para atender las necesidades de niños huérfanos y vulnerables están por encima del promedio. Los informes gubernamentales sobre estas cuestiones en materia de políticas fueron confirmados en gran medida por informes provenientes de fuentes no gubernamentales de estos países (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008).

En los últimos años, ha aumentado la ayuda de los donantes para la atención y las iniciativas de apoyo orientadas a niños. Hasta septiembre de 2007, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR) había brindado atención y apoyo a 2,7 millones de niños que quedaron huérfanos o vulnerables por el VIH; el programa también había proporcionado capacitación o recapacitación para 143 000 dispensadores de cuidados (PEPFAR, 2007). En Swazilandia, el Fondo Mundial financia los servicios de atención y apoyo para 100 000 niños huérfanos a causa del VIH (Fondo Mundial, 2008).

Educación

La educación es fundamental para el potencial futuro y la autoestima de los niños y también para la transmisión generacional de conocimientos y valores dentro de las sociedades. Los estudios presentan hallazgos contradictorios sobre el impacto de la orfandad relacionada con el VIH en las tasas de escolarización y ofrecen algunos indicios que señalan que los efectos pueden ser específicos del contexto; y los hallazgos, sujetos a las variaciones en la metodología. En 56 países donde se dispone de datos recientes provenientes de encuestas por hogares, los huérfanos que habían perdido a ambos padres tenían, en promedio, un 12% menos de probabilidad de asistir a la escuela que los que no eran huérfanos. En países con una prevalencia del VIH superior al 5%, los huérfanos sólo tenían un 4% menos de probabilidad de estar escolarizados que los no huérfanos, lo que sugiere que los países más afectados están acortando algunas de las disparidades educativas observadas en etapas anteriores de la epidemia.[2]

La asistencia escolar de los huérfanos fue sistemáticamente mayor en 2007 que en 2005 en países con prevalencia alta, excepto en Camerún y Zimbabwe (Figura 6.3). Varios de estos países se han beneficiado con la asistencia externa, orientada a los huérfanos, proveniente de la iniciativa PEPFAR u otras fuentes. Cabe destacar los esfuerzos de países como Côte d'Ivoire, Gabón, la República Unida de Tanzanía y Zambia, donde las tasas de asistencia escolar en realidad son más altas entre huérfanos que entre no huérfanos.

Algunos expertos han sugerido que vigilar si los niños asisten a la escuela en un momento en particular es una medida menos útil del impacto del VIH en los niños que estudiar el nivel final de educación alcanzado. En Uganda y Zambia, por ejemplo, si bien el nivel de educación ascendió progresivamente para las cohortes de nacidos en un periodo de cinco años hasta 1977, los niveles de estudios comenzaron a descender conforme la epidemia comenzó a reducir la expectativa de vida (Birdsall y Hamoudi, 2004). Como consecuencia de la epidemia, los niños en su conjunto cada vez tienen menos nivel de instrucción en los países más afectados, lo que presenta el potencial de disminuir la capacidad nacional de acumular capital humano para el crecimiento, la prosperidad y el desarrollo futuros (Birdsall y Hamoudi, 2004).

Protección social

En África oriental y meridional, los gobiernos nacionales, la sociedad civil y otras partes interesadas se interesan cada vez más en la provisión de un conjunto mínimo de protección social a niños vulnerables, entre ellos, aquellos afectados por el VIH (Webb, 2007). Estos conjuntos mínimos varían considerablemente entre un país y otro. En Botswana, el Programa de Atención a Huérfanos del país brindaba apoyo a más de 53 000 niños que habían quedado huérfanos por el VIH hasta diciembre de 2007; el apoyo incluía cestas de alimentos, asesoramiento psicológico y ayuda educativa (por ejemplo, exención de aranceles escolares). La Política Nacional de Atención a los Huérfanos de Zimbabwe adopta un enfoque sectorial y trabaja para fortalecer la capacidad de cuidados en la comunidad a través de familias extendidas. El Ministerio de Igualdad de Género y Bienestar

[2] Este indicador corresponde a los huérfanos en general, más que sólo a niños huérfanos específicamente a causa del VIH.

TABLA 6.1 Apoyo a niños huérfanos y niños vulnerables según lo informado por los países con prevalencia del VIH ≥5% (estimaciones de 2005)

País	HNV que reciben apoyo	Total de HNV[1]	Cobertura en 2007 (n = 10)
Datos de encuestas poblacionales			
Botswana	No informado	No informado	**No informado**
Camerún	412	4431	**9%**
República Centroafricana	No informado	No informado	**7%**
Gabón	259	2637	**10%**
Kenya	No informado	No informado	**17%[2]**
Lesotho	No informado	No informado	**No informado**
Malawi	No informado	No informado	**19%**
Namibia	882	5343	**17%**
Swazilandia	1472	3576	**41%**
Uganda	569	5321	**11%**
Zambia	578	3671	**16%**
Zimbabwe	1972	6322	**31%**
Promedio ajustado a la población	***34 161***	***4 970***	***15%***
Datos basados en programas			
Côte d'Ivoire	37 250	420 943	**9%**
Sudáfrica	1 057 900	1 577 200	**67%**
República Unida de Tanzania	471 315	930 000	**51%**
Promedio ajustado a la población	***2 928 143***	***1 566 465***	***53%***

[1] Número total de HNV según lo informado por los países.
[2] Información basada en encuesta realizada por el PEPFAR en Kenya sobre el apoyo a HNV en 2007, fuente: Informe nacional del UNGASS de Kenya 2008.

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

Infantil de Namibia otorga subvenciones para cuidados en acogida que ayudaban a 65 000 niños en 2007, mientras que Sudáfrica ha llegado a más de un millón de huérfanos y niños vulnerables con servicios de apoyo, principalmente mediante subvenciones para manutención de niños.

En los 10 países en los que el 5% o más de adultos están infectados por el VIH y en los que se han realizado encuestas por hogares, un promedio ajustado a la población de 15% de huérfanos vive en hogares que reciben alguna forma de asistencia, como atención médica, ayuda escolar, apoyo financiero o servicios psicosociales. En algunos países con carga elevada, los datos sobre utilización de programas provenientes de encuestas por hogares sugieren una mayor cobertura. Sudáfrica y la República Unida de Tanzanía, por ejemplo, informan llegar al 67% y el 50%, respectivamente, de los hogares que incluyen uno o más niños huérfanos o vulnerables por el VIH (Tabla 6.1).[3]

Destinar la ayuda monetaria a hogares afectados por el VIH aumentaría significativamente la asistencia a los niños, que representan una porción importante de los hogares. En un proyecto piloto ejecutado en el distrito de Kalomo, Zambia, el 68% de los niños que recibieron ayuda mediante transferencias de dinero social eran huérfanos, y de ellos el 35% había perdido a ambos padres (UNICEF, 2007a).

Las iniciativas de apoyo a huérfanos enfrentan una variedad de dificultades en los países de prevalencia elevada. En 2007, el porcentaje de niños que quedaron huérfanos o vulnerables a causa del VIH y que recibían servicios de apoyo a huérfanos descendió en Zimbabwe debido al impacto de la hiperinflación en los presupuestos

[3] Los datos de programas deben interpretarse con cautela debido a la posibilidad de un conteo duplicado como resultado de la presentación de informes por parte de varias organizaciones de la misma localidad o la recepción de múltiples servicios por parte del mismo hogar.

FIGURA 6.4 Huérfanos a causa del sida en África subsahariana, de 2006 proyectado a 2015

Fuente: UNICEF, ONUSIDA, OMS (2008).

nacionales, según el informe del país presentado al ONUSIDA sobre los indicadores básicos. La cobertura para servicios de apoyo a huérfanos en algunos casos es marcadamente más elevada en zonas urbanas que en las comunidades rurales. El estigma puede disuadir a los hogares de inscribir a los niños afectados en los programas nacionales de apoyo. En algunos países, la carga del apoyo para niños afectados por la epidemia recae mayormente en grupos de la sociedad civil que no disponen de financiamiento ni de respaldo gubernamental suficientes.

Ampliar el acceso a medicamentos antirretrovíricos y el impacto en los niños del hogar

El tratamiento antirretrovírico para adultos infectados por el VIH también produce claros beneficios para los niños que viven en hogares afectados. Los datos longitudinales por hogares de Kenya indican que la cantidad de horas que los niños están en la escuela cada semana aumenta en un 20% a los seis meses del inicio de la terapia antirretrovírica en un integrante adulto del grupo familiar. Así mismo, los niños que viven en estos hogares experimentan marcadas mejoras en su estado nutricional —según lo medido por evaluaciones cuantitativas— una vez que un integrante adulto del grupo familiar comienza a tomar medicamentos antirretrovíricos (Thirumurthy, Zivin y Goldstein, 2007). Un estudio reciente llevado a cabo en Uganda encontró una reducción del 81% en la mortalidad infantil entre hijos no infectados de adultos que toman medicamentos antirretrovíricos, así como una reducción del 93% en la orfandad (Mermin, 2008).

El acceso mejorado a los antirretrovíricos también ofrece la posibilidad de reducir significativamente el número de niños que en el futuro quedarán huérfanos por el VIH. Como se indica en la Figura 6.4, se espera que el número de niños menores de 18 años huérfanos a causa del VIH ascienda a más de 14 millones para 2015 si continúa el ritmo actual de ampliación del acceso a antirretrovíricos. Sin embargo, lograr el acceso universal al

tratamiento para 2010 reduciría en más de cinco millones el número de huérfanos en 2015. Una ampliación por etapas hacia el acceso universal para 2015 redundaría en un número de huérfanos aproximadamente cuatro millones inferior a las proyecciones actuales.

Abordar el impacto desproporcionado de la epidemia en las mujeres

Además de ser más vulnerables a la infección desde el punto de vista fisiológico y social, las mujeres también sufren desproporcionadamente los efectos negativos de la epidemia. Las mujeres, que en África y otras regiones constituyen las principales encargadas de brindar cuidados, han experimentado un aumento en sus cargas comunitarias y familiares como consecuencia del VIH, lo que muchas veces pone en peligro su salud, su capacidad para generar ingresos y otros indicadores de bienestar. Las mujeres representan dos tercios de todos los cuidadores de las personas que viven con el VIH en África (Equipo Especial del Secretario General, 2004).

Las mujeres que enviudan a causa del VIH corren un alto riesgo de convertirse en indigentes como consecuencia de los regímenes jurídicos que no reconocen o no protegen el derecho de las mujeres a heredar propiedades. En Zambia, un estudio reveló que la cantidad de tierra bajo el control de una familia encabezada por una viuda descendía en un 35% dentro de los tres años posteriores al fallecimiento del esposo (Chapoto, Jayne y Mason, 2007).

Medidas para ampliar las oportunidades económicas de las mujeres

Entre las mujeres de ingresos bajos de África, aquellas que tienen algún tipo de trabajo formal o informal tienen menos probabilidad de fallecer que aquellas que carecen de trabajo (Chapoto y Jayne, 2005). En consecuencia, aumentar las opciones financieras de las mujeres contribuye a mitigar algunos de los efectos más perjudiciales de la epidemia. Con frecuencia, se cita a las iniciativas de microfinanciamiento como medios posibles para facultar a las mujeres a través del aumento de la independencia económica. Recientemente, un ensayo controlado aleatorizado de una iniciativa de microfinanciamiento en las Filipinas halló que el acceso a una cuenta de microahorros mejoraba la toma de decisiones de las mujeres dentro del hogar, realzaba la propia percepción del comportamiento de ahorro e influía de manera positiva en el consumo real de bienes duraderos (Karlan, Ashraf y Yin, 2007). En otro estudio, el 90% de las mujeres que participaron en iniciativas de microfinanciamiento comunicaron mejoras significativas en sus vidas, incluidos una mayor sensación de solidaridad comunitaria en situaciones de crisis y la disminución de la violencia por parte de sus parejas (Pronyk, 2006).

En uno de los estudios más amplios de las iniciativas de microfinanciamiento para mujeres, los investigadores examinaron el impacto de una intervención que combinaba microfinanciamiento con capacitación participativa sobre infección por el VIH, normas de género, violencia doméstica y sexualidad. Si bien no se observó impacto alguno en la incidencia del VIH, la iniciativa combinada de microfinanciamiento se asoció con una reducción de más de la mitad en la violencia física y sexual por parte de una pareja íntima. El estudio también encontró mejoras significativas en toda la amplia gama de indicadores cualitativos de facultación (Kim et al., 2007).

Para que el microfinanciamiento sea factible, las iniciativas deben abordar las dificultades de transporte y alfabetización que muchas mujeres afrontan para acceder a la ayuda financiera. Además, los programas de microfinanciamiento deben incluir trabajo de base comunitaria con los hombres, a fin de abordar las normas tradicionales de género y la resistencia de algunos de ellos a la ayuda financiera orientada a las mujeres.

Apoyo para cuidadores

En Kenya, Mozambique, Viet Nam y otros países, las redes comunitarias alivianan las cargas de los cuidadores y brindan apoyo emocional y práctico para los encargados de cuidar a personas que viven

con el VIH (Coalición Mundial sobre la Mujer y el Sida, 2006). Swazilandia brinda una pequeña asignación a cuidadores relacionados con el VIH (IRIN News, 2006), y un proyecto en Sudáfrica financiado por el Fondo Mundial capacita a los cuidadores y ofrece apoyo financiero y de otra índole a hogares que incluyen niños que quedaron huérfanos por el VIH (Foro de Asociaciones del Fondo Mundial, 2006). En Kenya, Grassroots Organizations Operating Together in Sisterhood (GROOTS) es una red de grupos de autoayuda que brindan asistencia a las mujeres a cargo de cuidados en el hogar y que apoyan la capacidad comunitaria a fin de satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH (CIIM, 2007).

Reforma legal

Tal como se lo explicó en el Capítulo 3, la promulgación de leyes que protegen la propiedad y los derechos de herencia de las mujeres aumentaría la independencia económica de ellas. Además de reducir el riesgo y la vulnerabilidad de las mujeres al VIH, estas leyes también ayudarían a mitigar el impacto de la epidemia en este grupo al ampliar sus oportunidades económicas. A pesar del lento progreso observado en la puesta en vigor y aplicación de estas leyes en muchos países, hay grupos de la sociedad civil que se movilizan para promover estas reformas legales. En Zambia, por ejemplo, el Proyecto Justicia para Viudas y Huérfanos funciona como punto de referencia para viudas que necesitan ayuda con los derechos de herencia y propiedad (CIIM, 2007). La Red de Mujeres Positivas —con sede en Channai, India— y otras organizaciones de Asia del sur brindan asistencia jurídica a las mujeres para ayudarlas a defender sus derechos de propiedad (Swaminathan, Bhatla y Chakraborty, 2007).

Mitigar el impacto macroeconómico de la epidemia

La epidemia sigue afectando las economías nacionales y subnacionales y sectores económicos individuales. Como se indica en el análisis a continuación, las ramificaciones a largo plazo de la epidemia en diferentes regiones siguen siendo algo inciertas y objeto de debate entre economistas.

El impacto económico de la epidemia

La estimación de los efectos macroeconómicos de la epidemia es complicada por el hecho de que los países con carga elevada han experimentado cambios importantes a la vez que han experimentado el VIH. Estos cambios incluyen globalización, fluctuaciones en los precios de productos básicos, agitaciones políticas, conflictos civiles e internacionales y otras crisis humanitarias. Puesto que tanto las epidemias nacionales como los numerosos factores secundarios que pueden afectar el crecimiento económico a menudo difieren marcadamente de un lugar a otro, resulta complejo llegar a conclusiones generalizadas acerca del impacto del VIH en el crecimiento económico.

No obstante, Botswana, que soporta una de las mayores cargas de VIH del mundo, registró un crecimiento económico promedio del 4,8% entre 1990 y 2005 (PNUD, 2007). Asimismo, el crecimiento económico de la gravemente afectada Uganda en el periodo 1990-2005 de hecho aumentó respecto a las tasas informadas para 1975-1990, aun cuando el VIH fue responsable de más de 100 000 fallecimientos por año (OMS, UNICEF y ONUSIDA, 2006). Sudáfrica, que alberga la mayor población de personas que viven con el VIH, ha gozado de un robusto crecimiento económico desde 1999 (Gillespie et al., 2007). Algunos países muy afectados, entre ellos, Kenya, Zambia y Zimbabwe, experimentaron un crecimiento económico negativo entre 1990 y 2005, pero es difícil vincular este débil rendimiento negativo con el VIH.

Mediante el uso de modelos económicos estándar, los mejores datos disponibles sugieren que el VIH probablemente reduzca el crecimiento económico de países con alta prevalencia en un 0,5% a un 1,5% en 10 a 20 años (Piot, Greener y Russell, 2007), un impacto que es notable pero

TABLA 6.2 Costos laborales relacionados con el VIH

Sector	País	Núm. de trabajadores en el sector	Prevalencia estimada de VIH *(% de población adulta)*	Costo por defunción o jubilación a causa del sida *(múltiplo de compensación anual)*	Costos anuales agregados *(% del costo de mano de obra)*
Comercio minorista	Sudáfrica	500	10,50	0,7	0,50
Comercio agrícola	Sudáfrica	700	23,70	1,1	0,70
	Uganda	500	5,60	1,9	1,20
	Kenya	22 000	10,00	1,1	1,00
	Zambia	1200	28,50	0,9	1,30
Fabricación	Sudáfrica	1300	14,00	1,2	1,10
	Uganda	300	14,40	1,2	1,90
	Etiopía	1500	5,30	0,9	0,60
	Etiopía	1300	6,20	0,8	0,60
Medios de comunicación	Sudáfrica	3600	10,20	1,3	1,30
Servicios	Sudáfrica	>25 000	11,70	4,7	2,20
Minería	Sudáfrica	600	23,60	1,4	2,40
	Botswana	500	29,00	4,4	8,40
Turismo	Zambia	350	36,80	3,6	10,80

Fuente: Piot P et al. (2007). Squaring the Circle: AIDS, Poverty, and Human Development.

no catastrófico.[4] Sin embargo, si bien el impacto macroeconómico puede ser controlable, es evidente que la epidemia agrava la pobreza, aún en los países menos afectados fuera de África. Incluso dentro de economías que crecen sostenidamente, el VIH puede crear una "trampa de la pobreza" que atrapa a los más vulnerables (Bell, 2004). Dadas las cargas más pesadas soportadas por los hogares pobres, el VIH también acrecienta las desigualdades dentro de las sociedades, lo que puede aumentar la vulnerabilidad al virus en el futuro, según lo planteado en el Capítulo 2. Irónicamente, la enfermedad y el fallecimiento de trabajadores calificados también pueden incrementar la desigualdad al reducir la demanda de mano de obra en general y producir una disminución en los salarios de trabajadores no calificados (Dorward y Mwale, 2004).

En Botswana, la modelización indica que el VIH ha incrementado en un 6% la proporción de hogares por debajo de la línea de la pobreza y que ha aumentado en un 4% el porcentaje de individuos que viven en hogares pobres. Como consecuencia del VIH, cabe esperar que cada perceptor en el nivel más bajo de ingresos deba mantener a ocho personas a cargo adicionales (Greener, 2004). Fuera de África, los análisis económicos realizados por el Banco Asiático de Desarrollo y el ONUSIDA indican que el VIH desacelerará la tasa anual de reducción de la pobreza en un 60% en Camboya, 38% en Tailandia y 23% en India entre 2003 y 2015 (ADB y ONUSIDA, 2004). Se estima que el VIH impone un gasto adicional de US$ 2000 millones anuales destinados a hogares afectados en Asia (Comisión sobre Sida en Asia, 2008).

[4] Estas estimaciones son particularmente inferiores a las proyecciones elaboradas en etapas anteriores de la epidemia. En 2001, por ejemplo, los economistas estimaron que era probable que el VIH produjera un descenso abrupto del crecimiento económico de Botswana de aproximadamente un 5,5% anual a entre 1,5% y 2,5% (MacFarlan, 2001). No obstante, en los años intermedios, el crecimiento económico de este país ha permanecido saludable, a pesar de los niveles extremadamente elevados de la infección por el VIH.

Las recientes sugerencias de que el impacto a largo plazo de la epidemia en las economías nacionales no sea tan grave como se predijo antes no gozan de un consenso universal. Un análisis económico de 2006 sugirió que las proyecciones más bajas del impacto macroeconómico se basan en supuestos de que los países más afectados tienen exceso de oferta de mano de obra no calificada. Al cuestionar la validez de estos supuestos a la luz de la mortalidad de largo plazo a causa del VIH, este análisis argumentó que una "perspectiva más amplia y de más largo plazo" sugiere que "el sida podría ocasionar el derrumbe total de muchas economías, en especial de África subsahariana" (TD Bank Financial Group, 2006).

FIGURA 6.5 Porcentaje de países con sectores incluidos en la estrategia nacional para el VIH y presupuestos asignados

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

El impacto macroeconómico relativamente modesto también esconde los efectos mucho más graves en industrias individuales. Los costos para las empresas derivados del VIH incluyen pérdida de productividad (debido al ausentismo o el fallecimiento de un trabajador), costos médicos y beneficios relacionados con el fallecimiento (Haacker, 2004b). En África, los costos empresariales asociados con el VIH oscilan entre el 0,5% y el 10% de los costos laborales totales (Simon, datos sin publicar, en Piot, Greener y Russell, 2007) (Tabla 6.2). En los límites superiores de este intervalo, es probable que el impacto en las ganancias sea considerable. Por ejemplo, entre compañías mineras de África meridional, se proyecta que los futuros costos asociados con el VIH llegarán al 8% (minería aurífera) y el 3,6% (minería del platino) de los costos laborales totales, lo que refleja una importante pérdida de las ganancias empresariales (Fourie, 2005).

Existen diversas estrategias posibles para mitigar el impacto de la epidemia en el crecimiento económico, la pobreza y la desigualdad. Según se ha observado, el mayor acceso a terapia antirretrovírica puede ayudar a conservar la productividad de la mano de obra y la viabilidad de las familias infectadas por el VIH, aunque la minimización o eliminación de los costos de bolsillo asociados con el tratamiento es necesaria para prevenir posibles incrementos en la desigualdad económica.

Programas para el lugar de trabajo

Los programas de prevención del VIH en el lugar de trabajo han resultado eficaces, y un número cada vez mayor (pero aún insuficiente) de empresas ahora ofrecen a sus empleados cobertura para medicamentos antirretrovíricos (véase el Capítulo 5). Al tener que informar si se ofrecían servicios en el lugar de trabajo en todos o la mayoría de los distritos que los necesitaban, menos de uno

Trabajadores contra el VIH

Alan Leather es subsecretario general de Internacional de Servicios Públicos, la federación sindical internacional del sector público, y preside la junta directiva del Programa sobre el Sida de la Agrupación Global Unions.

"La mayoría de las personas VIH-positivas trabajan, por lo que el lugar de trabajo es el lugar ideal para responder al VIH y el sida", sostiene el experimentado sindicalista Alan Leather. "Durante toda su historia, los sindicatos han realizado campañas por los derechos de los trabajadores de vivir y trabajar en condiciones decentes. Los sindicatos entienden que esto es algo en lo que sus miembros quieren que participen activamente".

Leather preside la junta directiva del Programa sobre el Sida de la Agrupación Global Unions (GUAP, por sus siglas en inglés), que tiene por finalidad convertir al VIH en una prioridad para todos los sindicatos y los trabajadores. El GUAP representa a las 12 principales organizaciones sindicales internacionales, que a su vez representan a 200 millones de trabajadores.

Muchos sindicatos de todo el mundo han podido negociar con los empleadores políticas relacionadas con el VIH en el lugar de trabajo. Afrontar el estigma y la discriminación hacia los trabajadores VIH-positivos ha revestido especial importancia y ha constituido un reto para los mismos sindicalistas. "Tenemos que lograr que los dirigentes traten abiertamente el VIH y el sida, que hablen sobre el tema como algo normal que deben tratar los sindicatos", afirma Leather. "Si realmente vamos a hacer frente al estigma y la discriminación en el lugar de trabajo, tenemos que hablar sobre la normalidad de esta enfermedad".

Leather dice que si bien los empleadores ahora son mucho más sensibles que antes a las cuestiones del VIH, no siempre se implantan políticas en el lugar de trabajo. "Algunos empleadores están respondiendo, pero otros no", sostiene Leather. "Creen que no es responsabilidad de ellos, creen que es responsabilidad del sistema de salud o de alguien más".

El GUAP trabaja en dos áreas principales: promoción en el nivel internacional y trabajo en proyectos, mayormente en los países de alta prevalencia de África subsahariana. Algunos de sus proyectos han sido innovadores y exitosos. Por ejemplo, la Federación Internacional de Transporte ha trabajado en África y otras partes del mundo en la ejecución de programas destinados a proteger a los conductores de larga distancia en los corredores de transporte. Se han concentrado en el establecimiento de centros de educación y tratamiento ubicados a lo largo de las rutas para conseguir que los trabajadores del transporte sean conscientes de su vulnerabilidad. Otro ejemplo es la labor de Education International, la federación sindical internacional que representa a 30 millones de docentes a nivel mundial, que dirige programas de sensibilización sobre el VIH en escuelas e instituciones de educación superior de todo el mundo. El último Día Mundial del Sida, hicieron una campaña instando a que todos los maestros dedicaran una hora a enseñar sobre el VIH y el sida.

Si bien se han realizado avances en el fortalecimiento de la respuesta al VIH en ámbitos laborales, Leather considera que aún queda mucho para hacer. "De mi parte, me gustaría ver más participación de los trabajadores, así yo podría dejar que los sindicalistas jóvenes adquieran un papel más importante, que son los que van a asumir responsabilidades en el futuro".

Muchos hogares afectados por el VIH dependen de la agricultura para su subsistencia. Especialmente en los países más afectados, el VIH/sida muchas veces reduce la productividad agrícola y pone en peligro la seguridad alimentaria.

de cada cuatro (24%) gobiernos (e informantes no gubernamentales en sólo el 12% de los países) manifestaron que tenían servicios de prevención ampliamente disponibles, pero sólo el 9% de los países con epidemias generalizadas indican disponibilidad generalizada de tratamiento o referencias a tratamiento a través del lugar de trabajo (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). Además, dado que muchas personas en África subsahariana trabajan en la agricultura o el sector informal, los programas tradicionales en el lugar de trabajo no logran llegar a una porción considerable de la fuerza laboral.

Los 33 países con epidemias generalizadas que informan estos datos por lo general incluyen mano de obra (97%), el ejército y la policía (100%) y el transporte (94%) en sus estrategias nacionales para el VIH. Otras áreas se incluyen con menos frecuencia en las estrategias nacionales para el VIH; la agricultura está contemplada en el 58% de los planes estratégicos de países con epidemias generalizadas; el comercio y la industria, en el 42%; minerales y la energía, en el 46%; el turismo, en el 39%; y las obras públicas, en el 36%. Aun cuando estén incluidos en estrategias nacionales sobre VIH, muchos sectores no pertenecientes a salud no reciben ayuda presupuestaria para hacer frente al impacto sectorial de la epidemia, según informes gubernamentales (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008).

Políticas macroeconómicas que contemplan la pobreza

Las estrategias que contemplan la pobreza y favorecen el crecimiento pueden potencialmente contribuir a obtener un crecimiento económico lo suficientemente alto como para compensar el lastre que significa la epidemia para la economía. No obstante, ciertos tipos de crecimiento económico —por ejemplo, aquellos que fomentan la movilidad poblacional o contribuyen a aumentar el trabajo lejos del hogar— entrañan la posibilidad de empeorar las epidemias nacionales. En un estudio realizado en Limpopo, Sudáfrica, se encontró que algunos de los factores que guardaban una estrecha relación con el riesgo de contraer el VIH eran el acceso a un centro comercial y una proporción más elevada de residentes de corto plazo (Pronyk, 2007).

El impacto de la epidemia en los sectores agrícolas

Dado que la agricultura constituye una base primordial de sustento para muchas personas

que viven con el VIH o están afectadas por él, la epidemia ha producido efectos considerables en la seguridad alimentaria de países de alta prevelencia. El peso del limitado pero creciente corpus de pruebas indica que los hogares afectados por el VIH sufren una pérdida de la producción agrícola. Sin embargo, algunos de los efectos radicales relacionados con el VIH que se temían a comienzos de la epidemia, como un cambio generalizado hacia los cultivos de subsistencia, no se han documentado en los escasos estudios rigurosos que se han llevado a cabo en zonas rurales de África (Jayne et al., 2004). Por ejemplo, la producción promedio de judías en hogares afectados por un fallecimiento es un 18% menor que el promedio nacional (Donovan, 2004). En algunos casos, la tendencia de integrantes de un grupo familiar subempleados y residentes en la zona urbana a regresar a las comunidades rurales cuando la familia resulta afectada por el VIH compensa las pérdidas de productividad. Sin embargo, queda poco claro cuánto tiempo persistirá el excedente de trabajadores en el sector informal si la carga de la epidemia continúa acumulándose (Jayne et al., 2004).

Mitigar el impacto en la agricultura

Pocas intervenciones ampliadas se han puesto en práctica, muchas menos evaluado, para mitigar el impacto de la epidemia en los sectores agrícolas y la seguridad alimentaria (Barnett, 2004). Se recomienda un enfoque basado en cuatro pilares para mitigar los efectos de la epidemia en la agricultura y la seguridad alimentaria. Este enfoque consiste en: iniciativas para proteger y mejorar los medios de vida de hogares rurales (a través de medios agrícolas o no agrícolas); políticas de protección social para brindar ayuda financiera y nutricional cuando corresponda; programas de nutrición orientados a poblaciones clave en mayor riesgo (p. ej., niñas y mujeres); y mejoras en el desarrollo, la ejecución y la rendición de cuentas en la toma de decisiones en el sector agrícola (Gillespie y Kadiyala, 2005).

De los 33 países con epidemias generalizadas que informan sobre estos datos, el 58% declara incluir al sector agrícola en las estrategias nacionales sobre VIH, aunque uno de cada tres (33%) gobiernos indican que no disponen de presupuesto asignado para abordar el VIH en el sector agrícola (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008).

Mitigar el impacto de la epidemia en los sistemas e instituciones nacionales

Las responsabilidades de los gobiernos de actuar en nombre de su nación incluyen la formulación y la ejecución de una respuesta estratégica eficaz al VIH. Sin embargo, la epidemia en sí socava los sectores públicos en muchos países, lo que obstaculiza las capacidades de los gobiernos para liderar los esfuerzos destinados a tratar el problema del VIH. La epidemia no sólo erosiona las finanzas públicas —al reducir los ingresos fiscales y generar nuevas necesidades de rentas— sino que también despoja al sector público de recursos humanos esenciales.

Impacto en la capacidad de gobernar

Los datos preliminares arrojados por un estudio del impacto de la epidemia en la gobernanza de siete países africanos indican que la epidemia está debilitando la capacidad parlamentaria, lo que redunda en considerables gastos públicos adicionales. En Zimbabwe, el número de elecciones parciales en los parlamentos nacionales ascendió a más del doble entre 2000 y 2007, y más de dos tercios de estas elecciones fueron consecuencia del fallecimiento de miembros parlamentarios debido a una enfermedad no revelada. Además del posible impacto en la calidad de la representación brindada al electorado de los representantes fallecidos, estas vacantes afectan el bolsillo público, por ejemplo, cada elección parcial en Malawi cuesta un promedio de casi US$ 79 000 (Chirambo, 2007).

El VIH tiene efectos adicionales menos directos sobre la gobernanza. El mismo estudio de siete países africanos halló que el estigma asociado con el VIH desalienta a los candidatos de presentarse a cargos públicos o a los miembros parlamentarios

Impacto del VIH en las fuerzas militares nacionales y la seguridad mundial

En un importante encuentro celebrado en 2000, el sida se convirtió en la primera cuestión de salud que alguna vez haya tratado el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, que posteriormente promulgó una serie de resoluciones en las que reconocía los aspectos relacionados con la seguridad mundial de la epidemia. Son varias las formas en que la epidemia podrá afectar la seguridad mundial, por ejemplo, al provocar la desestructuración de un Estado o debilitar las fuerzas militares nacionales, con lo que alentaría las acciones agresivas por parte de un país vecino o debilitaría la preparación nacional para aportar tropas a las misiones internacionales de mantenimiento de la paz.

Son escasas las pruebas existentes que sugieran que es probable que el VIH provoque la desestructuración de un Estado. Sin embargo, muchas fuerzas militares nacionales, en especial de los países más castigados, enfrentan dificultades para resolver cuestiones administrativas, prácticas y operativas asociadas con niveles elevados de infección por el VIH entre el personal militar. Si bien muchas veces es difícil obtener información fiable sobre el estado de salud de las fuerzas militares nacionales, los datos internacionales indican que la prevalencia del VIH en este sector normalmente equivale o es superior a los niveles de infección en la población general (Garrett, 2005).

En total, el 85% de los países manifestaron que sus marcos estratégicos nacionales sobre VIH en 2007 se ocupan de las necesidades de las fuerzas militares nacionales. De los países que cuentan con políticas de esta índole, el 66% asignó partidas presupuestarias destinadas a apoyar actividades relacionadas con el VIH en el ejército, según lo informado por los gobiernos nacionales (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). Los donantes internacionales han intervenido brindando apoyo financiero y técnico para estos esfuerzos, por ejemplo, el Programa de Prevención del VIH y el Sida del Departamento de Defensa de los Estados Unidos.

Muchos países han demostrado la factibilidad de instituir servicios de prevención del VIH a través de las estructuras militares, entre ellos, educación inter pares, promoción del uso del preservativo, tratamiento para infecciones de transmisión sexual y terapia antirretrovírica. En Kenya, por ejemplo, las fuerzas militares del país proporcionaron, en 2007, medicamentos antirretrovíricos a un estimado 99% del personal militar que los necesitaba y han brindado asesoramiento y pruebas voluntarias a miles de civiles que viven cerca de los 17 centros de pruebas apostados por el Ejército. De los 109 países que comunican la existencia de una estrategia nacional para el VIH entre los servicios uniformados nacionales, la mayoría declaró atender a una proporción significativa de esta población con provisión de preservativos (86%), servicios para infecciones de transmisión sexual (89%), asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH (77%) (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). El Departamento de Operaciones de Mantenimiento de la Paz de las Naciones Unidas, que supervisa a un personal de más 100 000 integrantes que prestan servicio en 18 misiones de mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas, brinda orientación sobre el VIH y servicios básicos de prevención para todos los agentes de mantenimiento de la paz.

electos de liderar una respuesta nacional sólida al VIH. El estado serológico percibido respecto al VIH de los candidatos a menudo se utiliza como arma política para echar dudas sobre la idoneidad de un candidato de otro partido. En los siete países africanos estudiados, incluidos algunos con una prevalencia del VIH superior al 20%, los investigadores no identificaron a ningún miembro del parlamento o ministro que viviera abiertamente con el VIH (Chirambo, 2007).

Impacto en la salud y otros sectores sociales

Hace unos pocos años, algunos estudios realizados en África documentaron pérdidas considerables de recursos humanos en los sectores de la salud pública debido al ausentismo y los fallecimientos relacionados con el VIH. (Oficina Central de Salud de Zambia y Center for International Health and Development, 2004). Más recientemente, una encuesta serológica realizada en dos hospitales públicos de Sudáfrica reveló que el 11,5% de los trabajadores de salud eran VIH-positivos, entre ellos, casi el 14% del personal de enfermería. Casi uno de cada cinco trabajadores de salud infectados tenía un recuento de CD4 por debajo de 200, y casi la mitad de los recuentos de CD4 eran inferiores a 350 (Connelly et al., 2007), lo que sugiere una alta probabilidad de otros fallecimientos entre trabajadores en el futuro cercano.

El impacto de la epidemia en el sector público se extiende mucho más allá de los sistemas de salud. Por ejemplo, el daño infligido por la epidemia en los sistemas educativos nacionales —principalmente por el ausentismo y la mortalidad prematura de maestros que viven con el VIH— se ha documentado adecuadamente (Birdsall y Hamoudi, 2004). En 2005, la mortalidad relacionada con el VIH redujo en un 6,2% la capacidad de prestación de servicios de la Autoridad de Fauna y Flora de Zambia e incrementó los costos laborales en casi un 10%, lo que limita la capacidad del gobierno de proteger la fauna y flora y los parques del país (Rosen et al., 2006).

Mejorar la capacidad del gobierno de ampliar el acceso a los medicamentos antirretrovíricos

Se han probado o sugerido diversas estrategias para mitigar el impacto de la epidemia sobre la gobernanza. Según se observó con respecto a otros contextos de trabajo, aumentar el acceso a los medicamentos antirretrovíricos puede incrementar significativamente la productividad, reducir el ausentismo, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida. Debido a la necesidad fundamental de trabajadores de atención de la salud y otros empleados públicos, se ha sugerido que los trabajadores clave deben ser considerados prioritarios para los servicios de prevención y tratamiento del VIH, aunque se han planteado inquietudes acerca de las posibles inequidades de dicho enfoque. En enero de 2008, el gobierno de Malawi anunció planes para ofrecer complementos de ingresos de US$ 35 por mes (además del sueldo mensual promedio de US$ 200) a los empleados públicos VIH-positivos, con el fin de mejorar su ingesta nutricional y calidad de vida (Reuters, 2008).

Intensificar la prevención del VIH en el sector público

Especialmente en contextos de alta prevalencia, los lugares de trabajo deben ser considerados puntos prioritarios para las actividades de prevención del VIH. En el caso de los trabajadores de atención de la salud, debe capacitarse y vigilarse a todos los empleados con respecto al control eficaz de la infección y la puesta en práctica de precauciones universales, y los establecimientos de atención de salud deben asegurar acceso fácil a tecnologías esenciales de prevención, como guantes, batas y otros equipos de protección, así como kits para facilitar el inicio oportuno de la profilaxis antirretrovírica por si llegara a ocurrir una exposición significativa a sangre.

Medidas innovadoras para ampliar la capacidad de los recursos humanos

Según se describe en el Capítulo 5, los países introducen reformas destinadas a ampliar la limitada capacidad de los recursos humanos para abordar la epidemia de VIH. Un ejemplo es

la estrategia "Tratar, Capacitar, Retener", cuya finalidad es mejorar la capacidad humana en los sectores de salud y delegar tareas de personal más especializado a menos especializado, para aprovechar al máximo la capacidad disponible. Si bien la mayoría de estas innovaciones se han orientado a los sistemas sanitarios, estos enfoques tienen, en potencia, la posibilidad de ser aplicados en otros sectores públicos afectados por el VIH.

Seguir adelante: acción para mitigar el impacto

Los gobiernos nacionales, los donantes y otras partes interesadas deben priorizar la mitigación del impacto como un componente clave de la respuesta al VIH y fortalecer los esfuerzos para mitigar el impacto de la epidemia en hogares y comunidades. Entender los efectos de la epidemia en países individuales y unidades subnacionales es un paso necesario hacia una mayor acción estratégica para mitigar el impacto. Para diciembre de 2007, el 60% de los países con epidemias generalizadas comunicaron que habían evaluado el impacto socioeconómico de la epidemia, aunque sólo 6 de los 33 países con prevalencia del VIH superior al 1% indicaron que estas estimaciones habían de hecho configurado las decisiones relativas a las asignaciones de recursos.

La integración del VIH en instrumentos y procesos de desarrollo —en documentos de estrategia de lucha contra la pobreza, en la planificación para los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en los marcos de gastos a mediano plazo— constituye un medio potencialmente importante de aumentar la atención hacia las numerosas formas en que la epidemia puede agravar la pobreza, ampliar las desigualdades y socavar el crecimiento económico y el desarrollo social. Todos los países de ingresos bajos y todos los países con epidemias generalizadas declaran haber integrado el VIH en sus planes generales de desarrollo antes de finalizar el año 2007. El abordaje del impacto de la epidemia también debe ser considerado prioritario en los procesos de planificación sectorial.

Los donantes internacionales deberían dedicar recursos financieros y técnicos a los esfuerzos por mitigar el impacto de la epidemia. Además de actividades específicas a un proyecto, como la distribución de alimentos o apoyo psicosocial a familias afectadas por el VIH, los donantes deberían proporcionar el apoyo presupuestario necesario para implantar regímenes sólidos de transferencia de dinero social. Los gobiernos, los donantes y las organizaciones no gubernamentales deben prestar mayor atención a las estrategias orientadas a respaldar las redes comunitarias y de parentesco que encuentran dificultades para cuidar al considerable y creciente número de niños que quedaron huérfanos o vulnerables por el VIH.

A fin de asegurar la solidez de los enfoques nacionales para la mitigación del impacto, se requiere una fuerte capacidad nacional para la recopilación y el análisis de datos y la elaboración multidisciplinaria de políticas. Según se ha mencionado, es posible que, sin que se lo advierta, las numerosas reformas de políticas propuestas para aliviar los efectos de la epidemia exacerben otros problemas, como el riesgo y la vulnerabilidad al VIH, la desigualdad económica y el estigma relacionado con el VIH. El enfoque tradicional de "silos" (enfoque segmentado) para la toma de decisiones —por el que la competencia de la toma de decisiones está claramente definida y el "terreno" ministerial se defiende escrupulosamente— no promueve la eficacia y la sostenibilidad de las estrategias de mitigación del impacto. Los ministerios de agricultura, por ejemplo, pueden tener una impresionante idoneidad en distribución de cultivos, productividad agrícola y temas afines, pero quizás no entiendan cabalmente las consecuencias de determinadas políticas en los salarios rurales, la migración poblacional o los subgrupos de hogares afectados por el VIH. De modo semejante, los ministerios de finanzas, si bien se interesan, como debe ser, en equilibrar los presupuestos en el corto plazo, tal vez no estén bien preparados para evaluar la sabiduría financiera a largo plazo de realizar inversiones inmediatas en la mitigación del impacto.

Pruebas para la acción

¿Se están tomando las medidas correctas?

- De los 33 países que padecen epidemias generalizadas, los encuestados gubernamentales del 91% informan contar con políticas o estrategias para atender las necesidades de niños que quedaron huérfanos o vulnerables a causa del VIH.
- Todos los gobiernos nacionales de países con epidemias generalizadas declaran contar con estrategias para abordar el VIH entre trabajadores y personal de los servicios uniformados, y la mayoría ha instituido políticas para abordar el VIH en los sectores del transporte (94%) y la agricultura (58%).
- Los gobiernos del 60% de los países con epidemias generalizadas comunican haber evaluado el impacto socioeconómico de la epidemia.

¿Se toman las medidas correctas de la manera correcta?

- En los países con una prevalencia del VIH mayor que el 5%, los huérfanos sólo tenían un 4% menos de probabilidad que los no huérfanos de asistir a la escuela.
- En aquellos casos en que los sectores no pertenecientes a salud se contemplan en las estrategias nacionales para el VIH, a menudo no reciben apoyo presupuestario para abordar el impacto sectorial de la epidemia.
- Los gobiernos nacionales de sólo 6 de los 33 países con epidemias generalizadas indican que una evaluación del impacto socioeconómico de la epidemia ha influenciado las asignaciones presupuestarias.

¿Estas medidas se han ampliado lo suficiente como para marcar una diferencia?

- En 11 países con prevalencia del VIH del 5% o más, sólo el 15% de los hogares con huérfanos recibieron alguna forma de asistencia en 2007.
- En apenas el 9% de los países con epidemias generalizada se ofrece tratamiento del VIH o referencia para tratamiento en los lugares de trabajo de todos los distritos que lo necesitan.

Movilización de recursos financieros suficientes para la respuesta al VIH

Los recursos financieros destinados a la respuesta al VIH se han incrementado significativamente en los últimos años. En 2007, los US$ 10 000 millones provenientes de todas las fuentes para los programas sobre el VIH, incluidos los fondos públicos nacionales y los gastos de bolsillo, representaron un aumento del 12% respecto de los gastos de 2006 y un aumento de diez veces más durante esta década (Figura A). Sin embargo, se necesitarán considerables recursos adicionales para financiar una respuesta contundente y sostenible en los próximos años.

Movilización de recursos nacionales

Un incremento del gasto nacional relacionado con el VIH no sólo es importante para ayudar a financiar actividades esenciales asociadas con la problemática en países de ingresos bajos y medianos, sino que también constituye una señal concreta del compromiso nacional en la respuesta al VIH. Para satisfacer futuras necesidades de recursos para la respuesta al VIH, el ONUSIDA proyecta que los países de ingresos bajos y medianos en conjunto necesitarán cubrir aproximadamente un tercio de los costos relacionados con el VIH en los próximos años. Sin embargo, la carga financiera interna para la respuesta al VIH variará considerablemente entre los países, dependiendo en gran parte de la capacidad financiera nacional. Si bien se anticipa que los países de ingresos medianos altos deberían cubrir por sí solos los costos internos relacionados con el VIH, en los países menos desarrollados se necesitará apoyo externo para la mayor parte de los futuros costos vinculados con el VIH.

Con demasiada frecuencia, el gasto de los países para el VIH no se ajusta a las necesidades nacionales. Esto sucede especialmente en muchos países

FIGURA A Recursos anuales totales estimados disponibles para el VIH, 2000–2007, y recursos financieros proyectados requeridos para 2010 si continúa el ritmo actual de ampliación (US$ mil millones)*

* Esto representa la tendencia proyectada en necesidades de recursos si el ritmo actual de ampliación de servicios se mantiene constante.

FIGURA B

Gasto en programas específicamente dirigidos a las poblaciones más expuestas al VIH como porcentaje del gasto total en concepto de prevención, por tipo de epidemia, fondos públicos e internacionales, 2006

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

FIGURA C

Gastos per cápita relacionados con el VIH provenientes de fuentes públicas nacionales en países de ingresos bajos y medianos, 2004-2007

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008

FIGURA D Gastos públicos nacionales, Malawi (US$ millones)

con epidemias de bajo nivel o concentradas. En la categoría de gastos de prevención del VIH en epidemias concentradas, los países suelen optar por programas de prevención destinados a la población en general más que por intervenciones más rentables orientadas a las poblaciones más expuestas. En el caso de epidemias concentradas en general, los programas de reducción del daño dirigidos a poblaciones más expuestas representan apenas el 10% del gasto global en prevención del VIH (Figura B).

En países de ingresos bajos y medianos bajos, el gasto interno per cápita para el VIH ascendió a más del doble entre 2005 y 2007 (Figura C). Los gastos gubernamentales per cápita en cinco países de ingresos medianos altos de África subsahariana son los más elevados entre países de ingresos bajos y medianos, y aumentaron en más del 10% en 2007 hasta alcanzar unos US$ 12 per cápita en el mismo año.

En esta década, varios países de ingresos medianos y bajos han demostrado un gran liderazgo en relación al VIH mediante un importante aumento de los desembolsos asociados y, a la vez, mediante el redoblamiento de los esfuerzos destinados a movilizar mayor apoyo externo. Logran estos incrementos a través de diversas estrategias para ubicar la respuesta al VIH sobre una base financiera sólida y de largo plazo. Al comenzar, a fines de la década de 1990, a proveer medicamentos antirretrovíricos a través del programa nacional de seguridad social, México ayudó a asegurar la sostenibilidad de su respuesta nacional; y más recientemente, lo hizo mediante la expansión de un sistema de protección financiera destinada a la población antes no asegurada, brindándole ayuda para el catastrófico impacto financiero de algunas enfermedades, entre ellas, el VIH. Malawi ha promulgado leyes que exigen a todos los ministerios destinar a actividades sobre el VIH al menos un 2% de sus presupuestos y ha aumentado en casi seis veces más sus gastos internos para el VIH entre 2001 y 2005 (Figura D).

La magnitud del gasto nacional relacionado con el VIH, así como el equilibrio entre fuentes externas e internas para el financiamiento del VIH, varía ampliamente entre un país y otro. Tal como lo ilustra la Figura E, entre los 20 países de ingresos bajos y medianos que registran los mayores montos de gastos internos dedicados al VIH, Brasil es el que más gasta en términos absolutos, mientras que Botswana tiene, por lejos, el gasto interno per cápita más elevado en relación con el VIH.

FIGURA E Gasto interno anual: los 20 países con mayor gasto (US$ 2730 millones). Informes del UNGASS (US$ millones)

*Datos parciales

Gasto nacional en VIH por nivel de ingresos

En la Figura F el gasto per cápita en materia de VIH incluye fuentes tanto nacionales como internacionales. La Figura demuestra que, en los países con categorías de ingresos más elevadas, una proporción cada vez mayor de financiamiento general proviene de recursos públicos nacionales.

Movilización de recursos internacionales

Para financiar el impulso hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH, se necesitará un apoyo aún mayor de la comunidad internacional. El Fondo Mundial solo anticipa que necesitará US$ 6700 millones en 2008, y que las demandas de fondos anuales ascenderán a US$ 7700 millones para 2010 (Fondo Mundial, 2007). El ONUSIDA proyecta que los donantes internacionales necesitarán movilizar aproximadamente dos tercios del monto total que se requerirá en los próximos años para financiar una respuesta sólida al VIH en los países de ingresos bajos y medianos.

Son numerosos los financiadores que contribuyeron al aumento del financiamiento destinado a programas del VIH en países de ingresos bajos y medianos. Si bien Estados Unidos es responsable de la mayor parte del financiamiento, otros países aportan una proporción más elevada de su producto interno bruto (Figuras G y H).

Los donantes internacionales adoptan diversos enfoques a la asistencia destinada al VIH. Con respecto a los montos efectivamente desembolsados

FIGURA F Gastos en VIH por fuentes de financiamiento y nivel de ingresos 2007, o datos disponibles más recientes

FIGURA G Desembolsos bilaterales y multilaterales para programas relacionados con el VIH en 2006

Fuente: Análisis del ONUSIDA basado en la base de datos en línea de la OCDE/CAD (consultada por última vez el 6 de mayo de 2008), Disponibilidad de recursos ONUSIDA 2005, Funders Concerned About AIDS (FCAA), European HIV/AIDS Funders Group (EFG) para el sector filantrópico.

FIGURA H Desembolsos para el VIH cada US$ 1 millón del PIB, 2006

Fuentes: Análisis del ONUSIDA y la Fundación de la Familia Kaiser, junio de 2007; consulta de datos en línea del Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, mayo de 2007; Base de datos Perspectivas de la Economía Mundial, Fondo Monetario Internacional, abril de 2007.

en 2006, más del 80% de la asistencia para el VIH proveniente de Canadá, Irlanda, Italia, los Países Bajos, los Estados Unidos y el Reino Unido se distribuyó a través de programas bilaterales, mientras que Francia dirigió más del 80% de su asistencia a través del Fondo Mundial.

Creado en respuesta directa a la *Declaración de compromiso* de 2001, el Fondo Mundial había, para marzo de 2008, comprometido el desembolso de US$ 10 100 millones en fondos plurianuales para programas de salud en 136 países, y la mayor parte de estos fondos se destinarán a iniciativas vinculadas al VIH. Los desembolsos del Fondo Mundial a nivel de país se elevaron de US$ 430 000 en 2002 a US$ 641 millones en 2006, hecho que refleja una rápida escalada del apoyo financiero para los esfuerzos nacionales en materia de VIH, tuberculosis y paludismo. Para marzo de 2008, los Estados Unidos, el Reino Unido y Francia habían comprometido los montos más importantes al Fondo Mundial.

El apoyo que reciben países de ingresos bajos y medianos de parte de fundaciones filantrópicas de los EE. UU. para actividades sobre VIH casi se duplicó entre 2004 y 2005, con lo que ascendió a US$ 979 millones. Según Funders Concerned about AIDS, la investigación eclipsó los otros objetivos para los desembolsos de la fundación con destino al VIH en 2006. En 2004, el último año para el que se dispone de datos, las fundaciones europeas dedicaron US$ 101 millones al VIH en países de ingresos bajos y medianos, el triple de los montos que se desembolsaron en 2002-2003 (European HIV/AIDS Funders, 2006).

Un creciente déficit de recursos

Simplemente para mantener el rimo actual de ampliación en la prestación de servicios, los niveles de financiamiento deberán aumentar en más del 50% para fines de la presente década (Figura I). Sin embargo, esta trayectoria no permitiría al mundo alcanzar el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH, ni siquiera para 2015, cinco años después del plazo acordado a nivel mundial para la concreción de este resultado (ONUSIDA, 2007c).

Para alcanzar y sostener el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH, se necesitará una cantidad considerablemente mayor de recursos. Tal como se

FIGURA I

Recursos anuales disponibles en 2000-2007 y brecha de financiamiento entre los recursos financieros proyectados si continúa el ritmo actual de ampliación y un escenario de ampliación por etapas para alcanzar el acceso universal entre 2010 y 2015 (US$ mil millones)

ilustra en la Figura I, la brecha entre los recursos disponibles y las cantidades que se necesitan para avanzar hacia el acceso universal se amplía año tras año.

Los déficits de financiamiento para el VIH forman parte de un patrón más general en el campo del desarrollo. Reiterando un compromiso articulado en otros acuerdos internacionales, los países donantes prometieron en la *Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA* dedicar un 0,7% de su producto interno bruto a la asistencia para el desarrollo. Hasta 2005, pocos países habían llegado a esta meta: Dinamarca (0,81%), Luxemburgo (0,82%), los Países Bajos (0,82%), Noruega (0,94%). Entre los países de la OCDE en conjunto, un promedio de 0,33% del ingreso nacional bruto se destinó a asistencia oficial al desarrollo en 2005; este porcentaje no aumentaba desde 1990, a pesar de los numerosos acuerdos internacionales para incrementar la ayuda al desarrollo.

(En el Capítulo 7 se presenta un análisis de las dificultades que afrontan los países para traducir los recursos en programas de alto impacto, así como en estrategias para sostener un financiamiento sólido para el VIH en los próximos años y décadas).

¿Y ahora hacia dónde vamos? Sostener una respuesta al VIH firme y eficaz a largo plazo

7

Capítulo 7

FIGURA 7.1 Recursos anuales totales disponibles para el sida, 1986–2007

Notas: [1] Las cifras para 1986–2000 corresponden sólo a fondos internacionales
[2] Los fondos nacionales se incluyen desde 2001 en adelante
[i] Datos de 1996-2005: Extraídos del Informe sobre la epidemia mundial de SIDA (ONUSIDA, 2006)
[ii] Datos de 1986-1993: Mann y Tarantola, 1996
Fuente: Informes de progresos de los países para el UNGASS, 2008.

Según lo analizado en capítulos anteriores, actualmente el mundo cuenta con los medios para prevenir nuevas infecciones por el VIH, reducir las enfermedades y las defunciones relacionadas con el virus y mitigar los efectos nocivos de la epidemia en las familias, comunidades y sociedades.

Avanzar hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH es un paso fundamental para obtener una respuesta eficaz y sostenible a este problema. Se ha realizado un progreso sustancial, aunque heterogéneo, hacia la ampliación del acceso universal. Como muestran las Tablas 7.1 y 7.2, varios países ya han alcanzado sus metas nacionales de acceso universal en la prevención de la transmisión maternoinfantil y el tratamiento antirretrovírico.

Los países que ampliaron significativamente la escala de estos servicios han demostrado no sólo un liderazgo nacional sólido y descentralizado, sino también una respuesta al VIH que coordina financiamiento y participación de asociados con estrategias nacionales sobre el sida. En aquellos países cuyos servicios se expandieron con celeridad, se observa en los más altos niveles de gobierno una clara voluntad política para emprender procesos inclusivos que enfaticen todos los aspectos de la respuesta e involucren a todas las partes interesadas relevantes. El entusiasmo y la transparencia con que algunos gobiernos están respondiendo a la epidemia estimulan el apoyo de más asociados en el desarrollo a estrategias impulsadas y determinadas por los países.

No obstante, el movimiento hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH no se ha producido de manera uniforme en el mundo. Como se aprecia en la Figura 7.2, algunas regiones están rezagadas en la ampliación de los servicios esenciales de prevención y tratamiento. El progreso en la ampliación del acceso a los tratamientos antirretrovíricos y a la prevención de la transmisión maternoinfantil entre 2005 y 2007 se manifestó más claramente en África subsahariana. Sin embargo, para lograr el acceso universal es fundamental un progreso sostenido en la región, dado que en África los niveles de cobertura previos a 2005 fueron extremadamente bajos.

Los países que realizaron un notable progreso hacia el acceso universal han trabajado para: ampliar la capacidad de los recursos humanos en la prestación de servicios, mejorar el acceso a artículos básicos y equipamiento, y fortalecer los sistemas de salud en general. También la participación de la sociedad civil ha desempeñado un papel fundamental en el éxito de la ampliación de los servicios. Una sociedad civil activa y participativa que se hace oír fomenta el respeto de los derechos humanos, aumenta la capacidad de ejecución en los países y amplía el acceso a los servicios para los grupos marginados y los más necesitados.

Este capítulo se centra en las medidas que se deben tomar para extender los éxitos recientes descritos en este informe a todos los países y regiones, y en todo el espectro de la respuesta al VIH. Al analizar las acciones y la arquitectura necesarias para sostener una respuesta sólida al VIH a largo plazo en el ámbito nacional y mundial, este capítulo trasciende el plazo fijado para los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2015.

En especial, explora los acuciantes desafíos que, en los años venideros, enfrentarán los distintos países y el conjunto de la comunidad mundial en su lucha por instrumentar una respuesta eficaz y sostenible. En síntesis, estos desafíos consisten en:

- velar por un liderazgo firme y multisectorial en los próximos años y décadas, aun cuando surjan otras prioridades y el mayor acceso a

FIGURA 7.2 Comparación de los porcentajes de cobertura de tratamiento antirretrovírico para personas con VIH avanzado en 2005 y 2007 y porcentajes de cobertura de medicamentos antirretrovíricos para embarazadas VIH-positivas desglosados por región

Fuente: ONUSIDA/UNICEF/OMS.

TABLA 7.1 **Porcentaje de cobertura de los medicamentos antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil.** Desglose por cuartiles (N = 113)

Menos de 25% de cobertura (61 países)	De 25% a 49% de cobertura (27 países)	De 50% a 75% de cobertura (14 países)	Más de 75% de cobertura (11 países)
Afganistán	Armenia	Brasil	Argentina
Argelia	Belice	Ecuador	Bahamas
Angola	Benin	Fiji	Barbados
Azerbaiyán	Camboya	Jamaica	Belarús
Bolivia	República Centroafricana	Kazajstán	Botswana
Bosnia y Herzegovina	Chile	Kenya	Cuba
Burkina Faso	República Dominicana	Letonia	República Checa
Burundi	Gambia	Lituania	Georgia
Camerún	Guyana	Namibia	Rep. de Moldova
Chad	Honduras	Rwanda	Federación de Rusia
China	Lesotho	Sudáfrica	Tailandia
Colombia	Malawi	Swazilandia	
Comoras	Mozambique	Trinidad y Tobago	
Congo, Rep. del	Myanmar	Ucrania	
Costa Rica	Nicaragua		
Côte d'Ivoire	Paraguay		
Rep. Dem. del Congo	Perú		
Djibouti	Polonia		
Egipto	Rumania		
El Salvador	Singapur		
Guinea Ecuatorial	Suriname		
Eritrea	Uganda		
Etiopía	Rep. U. de Tanzanía		
Gabon	Uruguay		
Ghana	Uzbekistán		
Guatemala	Zambia		
Guinea	Zimbabwe		
Guinea-Bissau			
Haití			
Hungría			
India			
Indonesia			
Irán, Rep. Islámica de			
Kirguistán			
Rep. Dem. Popular Lao			
Liberia			
Madagascar			
Malasia			
Malí			
Mauritania			
Mauricio			
México			
Mongolia			
Marruecos			
Nepal			
Níger			
Nigeria			
Pakistán			
Panamá			
Papua Nueva Guinea			
Filipinas			
Senegal			
Serbia			
Sierra Leona			
Somalia			
Sri Lanka			
Tayikistán			
Togo			
Túnez			
Venezuela			
Viet Nam			

Todos los valores se basan en estimaciones de las necesidades según la metodología del ONUSIDA y la OMS, salvo los de los países con asterisco (*), que se basan en la necesidad informada por país, al no disponerse de estimaciones modelizadas.

TABLA 7.2 **Porcentaje de cobertura de tratamiento antirretrovírico para adultos y niños con VIH avanzado.** Desglose por cuartiles (N = 136)

Menos de 25% de cobertura (55 países)	De 25% a 49% de cobertura (45 países)	De 50% a 75% de cobertura (20 países)	Más de 75% de cobertura (16 países)
Argelia	Bahamas	Argentina	Bhután
Angola	Belice	Barbados	Botswana
Armenia	Benin	Bélgica	Chile
Azerbaiyán	Burkina Faso	Brasil	Costa Rica
Bangladesh	Camerún	Camboya	Cuba
Belarús	Cabo Verde*	República Checa	Chipre*
Bolivia	Colombia	Dominica*	Dinamarca
Burundi	República Dominicana	El Salvador	Georgia
República Centroafricana	Ecuador	Grecia	Alemania
Chad	Guinea Ecuatorial	Luxemburgo	Israel
China	Estonia	República de Moldova	Rep. Dem. Pop Lao
Comoras	Etiopía	Países Bajos	Namibia
Congo, Rep. del	Fiji	Panamá	Palau*
Côte d'Ivoire	Finlandia	Rumania	Portugal
Rep. Dem. del Congo	Gabón	Rwanda	Tuvalu*
Djibouti	Guatemala	Senegal	Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
Egipto	Guinea	Suecia	
Eritrea	Guyana	Tailandia	
Gambia	Haití	Trinidad y Tobago	
Ghana	Honduras	Uruguay	
Guinea-Bissau	Islandia		
Hungría	Jamaica		
India	Kenya		
Indonesia	Líbano		
Irán, República Islámica de	Lesotho		
Kazajstán	Malawi		
Kirguistán	Malasia		
Liberia	Maldivas		
Lituania	Malí		
Madagascar	Marruecos		
Malta	Nicaragua		
Mauritania	Noruega		
Mauricio	Papua Nueva Guinea		
Mongolia	Perú		
Mozambique	Filipinas		
Myanmar	Polonia		
Nepal	Santo Tomé y Príncipe*		
Níger	Suriname		
Nigeria	Swazilandia		
Pakistán	Túnez		
Paraguay	Uganda		
Federación de Rusia	República Unida de Tanzanía		
Santa Lucia*	Estados Unidos de América		
Serbia	Venezuela		
Sierra Leona	Zambia		
Somalia			
Sudáfrica			
Sri Lanka			
Sudán			
Tayikistán			
Togo			
Ucrania			
Uzbekistán			
Viet Nam			
Zimbabwe			

Todos los valores se basan en estimaciones de las necesidades según la metodología del ONUSIDA y la OMS, salvo los de los países con asterisco (*), que se basan en la necesidad informada por país, al no disponerse de estimaciones modelizadas.

los medicamentos antirretrovíricos parezca mitigar la gravedad de la epidemia;

- poner en marcha mecanismos novedosos y duraderos para financiar adecuadamente la respuesta al VIH en el transcurso del tiempo;
- evitar la tentación de restar prioridad a la prevención del VIH a medida que evoluciona la epidemia y velar por que se lleven a cabo intervenciones de prevención eficaces para las poblaciones y los comportamientos de riesgo específicos que impulsan las epidemias locales;
- implantar la arquitectura necesaria para respaldar programas sólidos y adaptables de tratamiento y atención;
- mitigar el impacto de la epidemia a corto y a largo plazo en las familias, comunidades y sociedades;
- instrumentar respuestas nacionales con características de gobernanza que incrementen la eficacia y la sostenibilidad; y
- reconocer que las soluciones tecnocráticas de por sí no podrán controlar la epidemia; y que una respuesta eficaz a largo plazo debe basarse en los derechos humanos.

Resulta evidente la necesidad de una respuesta más sólida e integral. Continuar con el ritmo actual de ampliación, en lugar de acelerar la expansión de los servicios para lograr un acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH, redundaría en más de un millón de fallecimientos anuales adicionales a causa del sida para 2015 (Figura 7.3). Si no se amplía adecuadamente la prevención del VIH, se producirán más del doble de nuevas infecciones por el virus en los próximos años que si se ejecutara una respuesta integral (Stover et al., 2006).

Liderazgo en la respuesta al VIH

El VIH plantea desafíos especiales para el liderazgo. Como observara la premio Nobel Amartya Sen, generalmente la acción colectiva es más fácil de poner en marcha ante crisis visibles como hambrunas, desastres naturales o brotes de enfermedades altamente infecciosas. Sin embargo, hasta un problema "oculto" puede salir a la luz cuando tiene un alcance y ramificaciones tan profundos como el VIH. A pesar de ello, salvo honrosas excepciones, las acciones para controlar

FIGURA 7.3 Mortalidad anual por sida: Comparación del nivel proyectado de ampliación actual y la estrategia de ampliación por etapas para lograr el acceso universal entre 2010 y 2015

Fuente: ONUSIDA, 2008.

el VIH han llegado demasiado tarde. La historia de la epidemia pone de relieve que demorar una acción eficaz no hace desaparecer el virus sino que agudiza los problemas que la epidemia entraña para el futuro.

El desafío "oculto" que plantea el VIH podría intensificarse aún más en los próximos años, al ampliarse los tratamientos antirretrovíricos en contextos de recursos limitados. Como aprendieron los países de ingresos altos durante la última década, la disminución de las tasas de infección y mortalidad derivada de avances terapéuticos puede encubrir la persistencia de una elevada prevalencia e incidencia del VIH y, probablemente, puede generar en las autoridades y las comunidades afectadas cierta displicencia respecto de la amenaza permanente de la epidemia. En lugar de dejarse llevar por las apariencias, los verdaderos líderes desarrollan políticas y programas fundados en pruebas para paliar el impacto de la epidemia a largo plazo.

Liderazgo nacional en la respuesta al VIH

Los últimos años han ofrecido admirables ejemplos de liderazgo en torno al VIH en un creciente número de países.

- Nueve ministerios diferentes del gobierno de Barbados cuentan con grupos de trabajo básicos para el VIH con asignaciones presupuestarias destinadas a actividades vinculadas a la problemática.
- Botswana alcanzó una de las mayores coberturas del mundo en el tratamiento del VIH, ya que en 2007 suministró medicamentos antirretrovíricos a más del 90% de quienes los necesitaban.
- En 2008, preocupado por la tasa persistentemente elevada de nuevas infecciones por el VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, Brasil emprendió una importante intensificación de sus iniciativas de prevención nacionales orientadas a esta población.
- En China, luego de años de atención insuficiente a la creciente epidemia de VIH en el país, el gobierno nacional tomó importantes medidas de respuesta, como el establecimiento de casi 400 centros de mantenimiento con metadona que para octubre de 2007 trataban a aproximadamente 90 000 usuarios de drogas.
- Varios países europeos, entre ellos, Irlanda, los Países Bajos, Suecia y el Reino Unido, aportan fondos internacionales contra el VIH superiores a sus respectivas participaciones en la economía mundial (véase la sección "Movilización de recursos financieros suficientes para la respuesta al VIH").
- A fin de desarrollar suficiente capacidad para brindar una respuesta eficaz y sostenible, hasta marzo de 2007, India había capacitado a más de 794 000 personas en la prestación de servicios esenciales relacionados con el VIH.
- En Papua Nueva Guinea, la instrumentación de pruebas y asesoramiento de VIH iniciados por el proveedor en centros de atención de la salud aumentó nueve veces más el uso de las pruebas en establecimientos sanitarios entre 2006 y 2007.
- Ubicada en el puesto 161 entre los 177 países incluidos en el Índice de Desarrollo Humano (PNUD, 2007a) y acuciada por la necesidad de recuperarse del genocidio de 1994, Rwanda logró mayor cobertura que cualquier país de ingresos bajos en 2007, tanto en el tratamiento antirretrovírico (71%) como en la prevención de la transmisión maternoinfantil (55%).
- A partir de 2003, el gobierno de los Estados Unidos incrementó notablemente su asistencia técnica y financiera a los países de ingresos bajos y medianos, al ofrecer un financiamiento inédito de US$ 18 800 millones para iniciativas de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH (Oficina del Coordinador Mundial del Sida en EE. UU. et al., 2008).

Para ejercer un liderazgo firme en materia de VIH, es necesario centrarse en objetivos a largo plazo, sin permitir que los obstáculos en el camino socaven la respuesta nacional. Luego de que en 1996 Brasil se comprometiera a suministrar medicamentos antirretrovíricos a través del sector público, el país experimentó graves dificultades financieras, que incluyeron la caída de su moneda, el real. Pese a la intensa presión del Fondo Monetario Internacional para reducir drásticamente el gasto público, el presidente brasileño, Fernando Henrique Cardoso, se mantuvo firme en su compromiso de suministrar tratamiento contra el VIH. Como resultado, hoy sobreviven decenas de miles de personas que de otro modo podrían haber fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el virus.

El liderazgo exige no ceder a la tentación de desentenderse de la epidemia cuando se comienza a registrar un progreso en la respuesta. Los líderes en la lucha contra el VIH reconocen que la epidemia constituye un desafío que perdura a través de generaciones, lo que impone perseverancia, visión y flexibilidad; en otras palabras, este liderazgo implica planificar a largo plazo. Si bien la planificación a tres y a cinco años seguirá desempeñando un papel central en las respuestas nacionales, estos procesos deben ir integrándose en los esfuerzos de planificación a más largo plazo. Namibia es un ejemplo de este enfoque, ya que su plan actual a cinco años para el VIH, vigente hasta 2009, se vincula de modo concreto con los objetivos y estrategias de un proceso de planificación de desarrollo más prolongado que se extenderá hasta 2030.

Los líderes se guían por las pruebas. Por lo tanto, aunque algunos puedan verse tentados a responder a la epidemia aplicando restricciones de viaje a las personas que viven con el VIH o limitando la prevención focalizada en los jóvenes a clases de promoción de la abstinencia sexual, las datos de salud pública persuadirán a los líderes en materia de VIH de que ambas estrategias son no sólo ineficaces sino contraproducentes.

Si bien es esencial el liderazgo de los jefes de gobierno y de los ministerios nacionales, la eficacia de las respuestas nacionales depende del compromiso y la acción de diversos grupos. Se requiere liderazgo de personas de todas las profesiones y condiciones sociales (especialmente en los países donde el VIH es hiperendémico), incluidos los grupos comunitarios, las organizaciones basadas en la fe, las empresas privadas, los jóvenes y los ancianos. Sobre todo, debe facultarse a las personas que viven con el VIH para que contribuyan a las respuestas nacionales.

Al prestar servicios esenciales, promover la tolerancia y la compasión y propugnar una acción más intensa, los grupos basados en la fe de todas las religiones son asociados vitales en la respuesta al VIH. Entre los grupos basados en la fe que ayudan a instrumentar la respuesta al VIH se cuentan Caritas Internationalis, la Alianza Ecuménica de Acción Mundial, Tearfund, Islamic Relief, el Proyecto Sangha Metta y la Fundación Arte de Vivir. También los parlamentarios desempeñan un papel fundamental en la ejecución e intensificación de las respuestas nacionales. Esto quedó demostrado en la Primera Reunión Parlamentaria Mundial sobre el VIH/Sida celebrada en noviembre de 2007 por el Senado de Filipinas, donde casi 200 parlamentarios de países de todas las regiones del mundo acordaron tomar medidas audaces para ampliar el acceso al tratamiento, minimizar el estigma y la discriminación, fortalecer la prevención del VIH fundamentada en pruebas y mejorar la eficacia de las respuestas nacionales.

A veces, para involucrar a actores no gubernamentales en la respuesta al VIH, es necesario recurrir a métodos creativos. Por ejemplo, para fomentar una mayor participación de las empresas en la respuesta nacional, el gobierno chino lanzó en 2007 una nueva política que permite a las empresas deducir impuestos por donaciones destinadas a actividades de prevención y atención del VIH. En el plano internacional, la Coalición Empresarial Mundial sobre el VIH/Sida y el Foro Económico Mundial continúan generando mayor acción y compromiso del sector privado en relación con el VIH.

Descubrir y recuperarse

La Rev. Patricia Sawo es coordinadora regional de ANERELA+ para África oriental

Una mañana de septiembre de 1999, se levantó terriblemente dolorida y descubrió que tenía el cuerpo cubierto de herpes, una enfermedad oportunista frecuente en las personas que viven con el VIH. En aquel momento, Patricia era líder de la iglesia en Kenya y se estaba capacitando como consejera cristiana. Su temor de que esto fuera síntoma de infección por el VIH la sumió en la conmoción.

"Yo prediqué que el VIH era una maldición y un castigo de Dios", confiesa. Con el tiempo, confió su problema a dos colegas, quienes le sugirieron que ayunara y rezara durante siete días para recibir la sanación de Dios. Pero el resultado de sus pruebas de VIH seguía siendo positivo.

Cuando los líderes de la iglesia comenzaron a evaluar estrategias para identificar y aislar a todas las personas VIH-positivas, Patricia Sawo decidió revelar su condición. Pero su valor tuvo consecuencias nefastas: a las dos semanas perdió su puesto de líder en la iglesia y la obligaron a abandonar sus estudios. Su marido perdió el empleo; y la familia, su hogar, producto del estigma asociado al VIH. Sólo dos de sus amigos permanecieron a su lado. Al no recibir ninguna ayuda, sus hijos se vieron obligados a abandonar la escuela.

"Durante dos años viví en la soledad y el aislamiento", comenta la señora Sawo. "Pero percibí que no iba a morir. Ingresé a una ONG y pregunté si me podían capacitar como líder eclesiástica". A través de los miembros de la ONG, se contactó con otro clérigo VIH-positivo y en 2002 asistió a una reunión de líderes eclesiásticos en la misma situación en Uganda. Allí conoció a Canon Gideon Byagumisaha, que había vivido 10 años con el VIH. "Escuché tres expresiones muy poderosas que me cambiaron la vida. Él dijo que el VIH se puede prevenir y tratar y que no es necesariamente mortal".

En esta reunión se fundó ANERELA+, la red africana de líderes religiosos, con tres objetivos principales:

- establecer una red de líderes religiosos que vivan con el VIH o estén afectados por el virus;
- facultar a los líderes de la iglesia como agentes de cambio; y
- capacitarlos para fomentar el análisis y la acción en torno al VIH y al sida en sus congregaciones locales.

"ANERELA+ me dio una familia", comenta Sawo. Comenzó a trabajar en nombre de la organización para crear una red religiosa en Kenya. Su labor con ANERELA+ ayudó económicamente a su familia y permitió a sus hijos retomar la escuela. Su hija, a quien esperaba un destino de criada, hoy es estudiante universitaria.

Cuando Patricia Sawo comenzó a disertar sobre el VIH, se acercó tanta gente a pedirle ayuda que su casa se convirtió en una especie de dispensario. Esto hizo que ella y otros miembros de la iglesia fundaran un centro para que la comunidad pudiera recibir atención y apoyo. El primer huésped fue un hombre que sufría de meningitis aguda y había sido abandonado en la calle al salir del hospital. Luego de tratar su enfermedad se lo condujo al centro, donde se le siguió brindando atención. Actualmente este hombre se ha recuperado totalmente y pudo volver a trabajar luego de padecer durante dos años una enfermedad incapacitante. Bajo el nombre de "Discover and Recover" (Descubrir y recuperarse), el centro contribuye a evitar muchos fallecimientos innecesarios a causa del sida. Al principio funcionaba como guardería, pero actualmente incluye un jardín de infantes que alberga a 28 niños afectados por el VIH.

Participación de las personas que viven con el VIH como asociados esenciales en la respuesta nacional

En la Cumbre sobre Sida que tuvo lugar en París en 1994, 42 países declararon que para las respuestas nacionales al VIH era vital una mayor participación de las personas que viven con el VIH/sida (MPPVS). La participación de este grupo en el desarrollo, la ejecución y la vigilancia de las iniciativas nacionales no sólo es una cuestión de justicia. La eficacia de las iniciativas nacionales en respuesta al VIH depende de su repercusión en los más afectados por la epidemia. En consecuencia, las perspectivas y la comprensión de las personas que viven con el VIH son recursos invaluables que pueden contribuir a garantizar que los esfuerzos nacionales alcancen el máximo efecto.

Hasta la fecha, hemos dispuesto de escasas herramientas para medir la participación de las personas que viven con el VIH en las respuestas nacionales. En 2005, un "comité asesor" mundial integrado por personas en esta condición llegó a un acuerdo para desarrollar una "ficha de datos de MPPVS", con el fin de posibilitar evaluaciones nacionales de la mayor participación de las personas que viven con el VIH/sida. Posteriormente, esta iniciativa fue encabezada por la Red Mundial de Personas que Viven con el VIH/sida (GNP+). A comienzos de 2008, la ficha de datos se puso a prueba en India, Kenya, Lesotho y Trinidad y Tobago, con la expectativa de aplicarla a mayor escala en los años siguientes.

Sostener el financiamiento para el VIH a largo plazo

Aunque el dinero por sí solo no basta para garantizar el éxito a largo plazo, una respuesta sólida al VIH no puede sostenerse sin los fondos adecuados. Incluso en los países de ingresos bajos, el presupuesto del sector público nacional desempeña un papel fundamental en el financiamiento de la respuesta a largo plazo. Sin embargo, la comunidad mundial, comprometida a invertir el curso de la epidemia, debe reconocer la limitada capacidad de los países de ingresos bajos para financiar servicios esenciales del VIH. En los países de ingresos bajos y medianos, los donantes internacionales deberán aportar la mayor parte de los fondos para el VIH en los próximos años.

No es realista esperar que los fondos dedicados al VIH solventen por completo la amplia gama de acciones económicas y sociales que fortalecerán la respuesta al problema. Estas acciones incluyen educación primaria y secundaria universal, oportunidades económicas significativas para las mujeres, sistemas integrales y funcionales de protección social y apoyo a los sectores agrícolas y a las comunidades rurales. Los donantes internacionales deben no sólo generar los fondos necesarios para lograr el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, sino incrementar sustancialmente el financiamiento destinado a la ayuda oficial de todo tipo para el desarrollo. A fin de maximizar el impacto de las respuestas nacionales al VIH se requiere un progreso general de los indicadores no específicos del VIH en los aspectos sanitarios, económicos y sociales. Resulta desalentador comprobar que la mayoría de los países de ingresos altos no ha respetado su promesa de destinar al menos un 0,7% de su producto nacional bruto a la asistencia oficial para el desarrollo. Desde 2005, sólo cinco países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) —Dinamarca, Luxemburgo, Suecia, los Países Bajos y Noruega— cumplieron con este objetivo (PNUD, 2007a).

La búsqueda de un financiamiento sostenible para la respuesta al VIH ha dado lugar a una serie de iniciativas novedosas. Por ejemplo, Product RED, una obra de Bono y Bobby Shriver, Presidente

Nos compete a todos

Gary M. Cohen es vicepresidente ejecutivo de Becton Dickinson

"Mi participación en el VIH/sida fue producto de mis viajes a los países en desarrollo", afirma el dirigente empresario Gary Cohen. "Me involucré, no sólo profesionalmente sino a un nivel muy personal al presenciar el impacto del VIH/sida en el África subsahariana".

En sus numerosos viajes a la región con UNICEF, la Cruz Roja y otros organismos, G. Cohen comprobó que todas las familias habían perdido a un ser querido y que la epidemia las había afectado de muchas formas. Esto lo llevó a identificar al VIH como la amenaza más importante de nuestro tiempo, una amenaza con un impacto directo sobre la comunidad empresarial. "Personalmente creo que sería necio para cualquier organización mundial (incluso para las pequeñas o medianas empresas) considerar que este problema no les compete", advierte Cohen. Cohen es vicepresidente ejecutivo de Becton Dickinson (BD), una empresa líder de tecnología médica con ingresos anuales estimados en US$ 6500 millones y 28 000 empleados en todo el mundo.

Su compromiso con la respuesta al VIH lo impulsó a buscar activamente distintos medios para que su empresa pudiera combatir la epidemia. Además de sólidos programas en el lugar de trabajo, BD apoya la respuesta al sida mediante una prudente colaboración con organizaciones y organismos existentes. Por ejemplo, la firma trabajó con el PEPFAR para fortalecer los sistemas de laboratorios en todo el territorio de África subsahariana. De hecho, ha comprometido la mitad del presupuesto de US$ 18 millones y el suministro de asistencia técnica.

Por otra parte, BD también colabora con la Fundación Clinton para garantizar un acceso sostenible a pruebas de recuento de CD4, y con la Fundación FIND para optimizar el diagnóstico de la tuberculosis. Otras colaboraciones consisten en capacitación y apoyo a los trabajadores y a los sistemas sanitarios en los países con alta prevalencia. Becton Dickinson ha capacitado a más de 2500 técnicos de laboratorio y ha apoyado la creación de centros de bienestar para las enfermeras afectadas por el VIH.

Cohen sostiene que todas las empresas pueden hacer una contribución, en función de sus principales competencias. "Con el VIH/sida es fácil enfrascarse en cifras impresionantes y volverse casi insensible al problema", asevera. "Lo que les sugiero a las personas es que se concentren en un solo número: conozcan a alguien que viva con esta enfermedad o que haya sido afectado por ella".

En 2004, Cohen conoció a una huérfana keniana de 14 años con diagnóstico VIH-positivo y se hizo cargo de ella. Actualmente la niña asiste a una escuela de alto nivel, es una alumna destacada y sueña con convertirse en abogada.

de DATA (Debt AIDS Trade Africa), destina un porcentaje de cada producto vendido al Fondo Mundial. Entre las empresas participantes se cuentan comercios minoristas de ropa (como Gap y Emporio Armani), American Express, destacados fabricantes de computadoras (como Apple, Dell y Microsoft), empresas hoteleras, periódicos y la firma Hallmark de tarjetas de felicitaciones. En sus dos primeros años, Product RED recaudó más de US$ 100 millones para respaldar programas esenciales de salud en países de ingresos bajos y medianos.

Otra forma creativa de financiamiento es UNITAID, lanzada en 2006 bajo la dirección de los gobiernos de Francia, Brasil, Chile, Noruega y el Reino Unido. UNITAID es un servicio internacional para la compra de medicamentos financiado con impuestos a pasajes aéreos internacionales, lo que asegura un continuo flujo de ingresos. En marzo de 2008, más de 24 países habían instrumentado el impuesto a los pasajes aéreos o planeaban hacerlo. Como lo explica el Capítulo 5, en su breve existencia UNITAID ha llegado a desempeñar un papel importante en la ampliación del acceso al tratamiento del VIH para los niños.

En febrero de 2008, el Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon, designó al ex Ministro de Asuntos Exteriores de Francia, Philippe Douste-Blazy, como asesor especial de financiamiento innovador para los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Douste-Blazy ha propuesto el desarrollo de un movimiento mundial de ciudadanos capaz de generar un financiamiento sostenible de la asistencia para el desarrollo internacional.

Hacer rendir el dinero

También se requieren esfuerzos adicionales para asegurar que el mayor financiamiento se traduzca rápidamente en programas sólidos de alto impacto en los países de ingresos bajos y medianos. Además de maximizar la coordinación de los distintos financiadores y proveedores, se necesita apoyo técnico para desarrollar la capacidad nacional de generar y sostener respuestas sólidas al VIH orientadas a la población de mayor riesgo y vulnerabilidad. Asimismo, las políticas de los donantes deben apoyar en lugar de obstaculizar la implicación de la sociedad civil y las comunidades afectadas con las respuestas nacionales al VIH.

Armonización y concordancia

Aún falta avanzar para hacer concordar las iniciativas de todos los actores a nivel nacional con las estrategias creadas y determinadas por cada país. Casi la mitad (el 45%) de los gobiernos informan que no todos los asociados externos coordinan sus esfuerzos con las estrategias nacionales para el VIH (Informes de progresos de los países para el UNGASS, 2008). Cuando los interesados directos del país se rigen por sus agendas individuales, el impacto estratégico de las iniciativas contra el VIH suele quedar silenciado.

Reducir la incertidumbre del financiamiento

La incertidumbre del financiamiento externo inhibe la capacidad de los países de planificar para el futuro, lo que constituye un especial impedimento para que las iniciativas nacionales logren sostener a largo plazo la respuesta al VIH. Si bien la tendencia mundial de que los donantes bilaterales efectúen desembolsos en un país se ha intensificado a un ritmo constante, la disponibilidad y la magnitud del financiamiento proveniente de donantes específicos continúan variando de un año a otro. Una posible respuesta a este problema es el "financiamiento mancomunado", mediante el cual varios donantes comparten su financiamiento en forma de subvenciones plurianuales para apoyar las respuestas nacionales.

Participación y financiamiento de la sociedad civil

La respuesta al VIH ha colocado a las personas en el centro de las prácticas en materia de desarrollo. Por ejemplo, el Programa Multinacional sobre el VIH/Sida respaldado por el Banco Mundial ha involucrado a más de 66 000 organizaciones de la sociedad civil en la respuesta al VIH en África (Banco Mundial, 2007). De manera similar, el Fondo Mundial ha aplicado un nuevo método basado en organismos nacionales ampliamente inclusivos para evaluar las necesidades, formular programas y presentar solicitudes de fondos plurianuales. En los próximos años continuarán requiriéndose estas y otras innovaciones para

Mejorar la relevancia y el impacto del apoyo técnico de las Naciones Unidas a los países

Para una mayor coherencia y eficacia de las iniciativas de las Naciones Unidas en torno al VIH, los copatrocinadores y la Secretaría del ONUSIDA han acordado una división del trabajo en la provisión de apoyo técnico. Esta división del trabajo identifica los organismos principales y colaboradores en áreas temáticas particulares, aprovechando la pericia y la ventaja comparativa de cada entidad respecto de cuestiones específicas. La ejecución de estas recomendaciones se sometió a una evaluación independiente, que reveló que los organismos de las Naciones Unidas adoptaron la división del trabajo, adaptándola según el caso en el ámbito nacional. Varios organismos modificaron la cantidad de empleados en respuesta directa a la revisión de sus responsabilidades (Attawell y Dickinson, 2007).

Las Naciones Unidas han tomado otras medidas para mejorar la calidad, la puntualidad y el impacto de su apoyo a los países. Para fines de 2008, se habrán creado servicios de apoyo técnico en siete regiones; además la OMS puso en funcionamiento "centros de conocimiento" para ayudar a los países a traducir la información estratégica en programas y políticas.

Los servicios de apoyo técnico brindan asistencia técnica oportuna de calidad a los asociados nacionales en áreas prioritarias (planificación estratégica y operativa, cálculo de costos y presupuestación, vigilancia y evaluación, gestión programática y financiera) y en áreas temáticas definidas por región. Los servicios establecieron grupos de consultores locales y regionales, y ofrecen servicios de desarrollo profesional para aumentar la capacidad del apoyo técnico local. Trabajan junto a los copatrocinadores del ONUSIDA para garantizar que las políticas, las metodologías y las herramientas que emplean sus consultores sean las más avanzadas y promueven una noción y valores comunes de los acuerdos tanto de las Naciones Unidas como internacionales. Se pone especial atención a aumentar el acceso a las subvenciones del Fondo Mundial, mediante apoyo técnico a sus beneficiarios para que puedan desarrollar propuestas e instrumentar subvenciones.

garantizar el compromiso y la participación en las respuestas nacionales al VIH.

Superar los obstáculos a la ejecución

Es fundamental coordinar los esfuerzos de los financiadores y los organismos técnicos para identificar precozmente los obstáculos a la ejecución, brindar asistencia técnica oportuna para acelerar tanto la ejecución como la ampliación, y desarrollar capacidad con miras a garantizar la sostenibilidad de las respuestas nacionales. Una de las máximas prioridades del ONUSIDA es apoyar a los países para que empleen satisfactoriamente las subvenciones del Fondo Mundial.

En 2008, el ONUSIDA y el Fondo Mundial suscribieron un marco integral con el objeto de mejorar la coordinación y la eficacia de sus respectivas iniciativas para ayudar a los países a avanzar hacia el acceso universal, la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo con relación al VIH. Según la división acordada de responsabilidades, el ONUSIDA ayuda a los países a desarrollar propuestas de financiamiento fundamentadas en pruebas, apoya los procesos de revisión técnica del Fondo Mundial y brinda a los países asistencia técnica para acelerar la ejecución de los programas aprobados por dicho fondo.

El Equipo Mundial de Apoyo a la Ejecución (GIST) (una reciente colaboración entre el Fondo Mundial, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, OMS, el Banco Mundial, PNUD, GTZ, el gobierno de los Estados Unidos, la Alianza contra el Sida, ICASO, ICAD e ICTC de Brasil) trabaja mancomunadamente en forma solidaria y coordinada para eliminar los

mayores obstáculos que impiden el acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo con relación al VIH. Una evaluación independiente encontró que el mecanismo GIST ha mejorado la coordinación entre los financiadores multilaterales y los organismos técnicos y ha contribuido a impulsar reformas a escala mundial a fin de aumentar la eficacia y el impacto del apoyo multilateral a los países (Attawell y Dickinson, 2007).

Mantener un gran interés en la prevención del VIH

Como se destacó en el Capítulo 4, para lograr un éxito a largo plazo en la respuesta al VIH se debe reducir la tasa de nuevas infecciones de modo drástico y sostenido. Sin embargo, sistemáticamente numerosas respuestas nacionales no otorgan la debida prioridad a la prevención del VIH. A casi tres décadas del inicio de la epidemia, la mayoría de los jóvenes de países gravemente afectados carece de conocimiento básico sobre el VIH, alrededor de dos de cada tres embarazadas VIH-positivas no reciben medicamentos antirretrovíricos ni otros servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil; y en países con epidemias concentradas, el grueso de las poblaciones en mayor riesgo de exposición al VIH no recibe ni siquiera servicios básicos de prevención.

Lamentablemente, conforme avanza la epidemia se torna más difícil prevenir las nuevas infecciones. A medida que se incrementa el acceso al tratamiento, la discapacidad y la mortalidad asociadas al VIH pueden tornarse menos visibles, lo que alienta cierta displicencia en las comunidades y puede tentar a los líderes a reducir las inversiones en programas de prevención. El éxito obtenido en la reducción del número de víctimas cobradas por la epidemia puede inducir a algunos países a declarar una victoria prematura en la respuesta al VIH. Asimismo, al surgir la necesidad de tomar difíciles decisiones presupuestarias, algunas autoridades pueden considerar más fácil reducir los fondos para los servicios de prevención que, por definición, no se asocian a resultados contundentes y demostrables dado que su función es evitar consecuencias negativas.

En muchos aspectos, priorizar la prevención del VIH representa la manifestación más clara de liderazgo relacionado con el virus. Para apoyar las iniciativas de prevención fundamentada en pruebas, los países deben abordar cuestiones difíciles, invertir sensatamente en el futuro y resolver los factores sociales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad al VIH. Hasta que exista suficiente voluntad política para aplicar estrategias de prevención de probada eficacia, la epidemia continuará propagándose y socavando la sostenibilidad de la respuesta al VIH.

La disponibilidad de servicios de prevención no garantiza automáticamente su aceptación general. En aquellos lugares donde se aplica la prevención del VIH, se aprecia el esfuerzo de un movimiento popular por minimizar el riesgo con carácter de norma social, lo que genera una gran demanda de servicios de prevención y exige, a la vez, un fuerte liderazgo. Hemos aprendido mucho sobre cómo generar y respaldar una movilización social activa, pero para alentar este movimiento popular hace falta el valor de invertir en estrategias que incrementen la rendición de cuentas de los gobiernos nacionales y de otros interesados directos respecto del VIH. Habrá quienes se resistan a asumir esta responsabilidad, pero los verdaderos líderes en materia de VIH aceptarán desarrollar un movimiento social genuino como ingrediente fundamental del éxito.

Adaptación de las respuestas nacionales a las necesidades documentadas

Los países necesitan información sólida y oportuna sobre su epidemia y sobre el estado de la respuesta, que les permita elegir razonablemente los programas prioritarios, asignar los escasos fondos del modo más eficaz y aplicar las políticas que consideren más efectivas para abordar la dinámica subyacente en el aumento del riesgo y la vulnerabilidad ante el VIH. Esto se aplica a todos los aspectos de la epidemia, pero es especialmente crucial en el éxito de los esfuerzos de prevención del VIH. Por ejemplo, comprender la dinámica de la transmisión de las últimas 1000 infecciones por el VIH ayudaría a los países a aplicar medidas de prevención basadas en los grupos más expuestos y en los factores que parecen impulsar la propagación de la epidemia. En los últimos años, han surgido

FIGURA 7.4 Gasto en prevención, tratamiento y atención del VIH, México, 1995–2005 (en millones de dólares estadounidenses)

Fuente: Comunicación personal con el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), Ministerio de Salud, México (2008).

pruebas epidemiológicas que permiten evaluar con mayor precisión la tasa y las características de las nuevas infecciones por el VIH en determinadas epidemias de bajo nivel y concentradas (McDougal et al., 2006), aunque no se ha validado su uso en epidemias generalizadas. No obstante, se dispone de técnicas de modelización que posibilitan a los países realizar estimaciones de las nuevas infecciones por el VIH en el corto plazo e, incluso, identificar los modos de transmisión (Gouws et al., 2006).

La información sobre las nuevas infecciones debe complementarse con datos confiables sobre comportamientos relevantes. Tanto el UNICEF como la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) han realizado contribuciones vitales a la epidemiología comportamental mediante el patrocinio de encuestas por hogares que recaban información sobre el inicio sexual, el número de parejas sexuales y el estado serológico respecto al VIH, entre otras cuestiones pertinentes. Sin embargo, es posible que en algunos contextos dichas encuestas deban adaptarse a fin de obtener el tipo de información necesaria para apoyar la elaboración racional de estrategias de prevención. Por ejemplo, las preguntas sobre el número de parejas sexuales pueden arrojar escasa información sobre la frecuencia y la duración de la concurrencia de parejas, un factor potencialmente importante en la tasa de propagación del VIH. Los países deben procurar por todos los medios que los sistemas nacionales de información generen datos pertinentes a las poblaciones en mayor riesgo de infección.

Los países deben utilizar información mejorada sobre el VIH para potenciar el impacto estratégico de los esfuerzos de prevención. En los últimos años, numerosos países han elaborado o diseñado estrategias nacionales basadas en información incipiente. Tanto en Madagascar como en Marruecos, las pruebas documentales sobre la práctica del consumo de drogas inyectables persuadieron a las autoridades nacionales de asignar recursos a iniciativas destinadas a reducir el riesgo de transmisión del VIH asociada a las drogas. Como muestra la Figura 7.4, a comienzos de esta década México tomó en cuenta las pruebas documentales sobre la alta tasa de infecciones por el VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres e incrementó el gasto en prevención del VIH, después de años de mantener un fondo fijo.

FIGURA 7.5 Recursos que se necesitarán en 2010 al aplicar una estrategia de ampliación por etapas para lograr acceso universal*

* Estimaciones en 138 países de ingresos bajos y medianos para la implantación de servicios programáticos más eficaces según datos derivados de iniciativas nacionales para "conocer y combatir su epidemia".
Fuente: ONUSIDA, 2008.

Sin embargo, con demasiada frecuencia el gasto de los países para el VIH no se ajusta a las necesidades nacionales. Ello se verifica especialmente en muchos países con epidemias de bajo nivel o concentradas, donde un financiamiento razonable se concentraría principalmente en los servicios de prevención para las poblaciones más expuestas al VIH. En los países con epidemias generalizadas, se requieren más recursos para tratamiento, atención y mitigación del impacto social (Figura 7.5). La mayoría de los países latinoamericanos tiene epidemias de bajo nivel (la prevalencia del VIH está bastante por debajo del 1%), pero en 2007 sólo se destinó a prevención un 15% del gasto relacionado con el VIH. Los países con epidemias concentradas tienden a optar por programas de prevención masiva para la población en general en lugar de recurrir a intervenciones más rentables orientadas a las poblaciones en mayor riesgo. Los datos de los países con epidemias concentradas sugieren que los programas de reducción del riesgo dirigidos a poblaciones más expuestas representan apenas el 10% del total del gasto para prevención del VIH.

Reconocer el carácter a largo plazo de la inversión en tratamiento y atención

En el Capítulo 5 se analizaron los recientes éxitos obtenidos en la expansión del acceso al tratamiento y los posibles obstáculos a la sostenibilidad de los programas de tratamiento. El tratamiento antirretrovírico es de por vida, lo que pone de relieve el imperativo de velar por la continuidad de los programas de tratamiento del VIH.

Para que esta continuidad sea viable, es fundamental mejorar la prevención de nuevas infecciones. Los futuros desafíos relacionados con el tratamiento ya son descomunales; en principio, hay 30 millones de personas que viven con el VIH pero aún no reciben tratamiento. A menos que se detenga la expansión de la epidemia, las perspectivas de futuro para asegurar el acceso

Permitir que las pruebas configuren la respuesta nacional en Mozambique

Las tasas de infección en Mozambique van en aumento aun cuando las de países vecinos se están estabilizando. Entre 2004 y 2006 la prevención del VIH representaba una parte cada vez menor del gasto de Mozambique asociado con la problemática (Figura 7.6), mientras que el componente principal del creciente gasto en atención y tratamiento está destinado a medicamentos antirretrovíricos.

FIGURA 7.6 Gastos en prevención, atención, tratamiento y terapia antirretrovírica solventados con fondos públicos e internacionales, Mozambique, 2004–2006, en millones de dólares estadounidenses

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

En vista de los datos que indicaban un número cada vez mayor de infecciones, Mozambique admitió la necesidad de intensificar la prevención del VIH. Para lograr este objetivo, en octubre de 2007, el país creó un Grupo de Referencia para la Prevención, conformado por varias partes interesadas, a fin de generar la base de pruebas necesarias. Con la participación de varios ministerios nacionales, el Consejo Nacional sobre Sida, organismos técnicos internacionales y la sociedad civil, el grupo de referencia está recopilando datos para identificar y caracterizar los principales factores impulsores de la epidemia. Se están realizando encuestas comportamentales y epidemiológicas rápidas en poblaciones clave y levantando mapas para emprender actividades relevantes en relación con el VIH. Este corpus de datos permitirá a Mozambique instrumentar políticas fundamentadas en pruebas, priorizar programas y asignar adecuadamente los recursos disponibles para la prevención del VIH.

Reducir la carga de la epidemia es crucial para la materialización de todos los Objetivos de Desarrollo de Milenio.

universal a los medicamentos antirretrovíricos serán, en el mejor de los casos, inciertas.

Garantizar recursos humanos suficientes para la ejecución y vigilancia de los programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo con relación al VIH demandará creatividad y compromiso a largo plazo. Se requerirán inversiones sostenidas en iniciativas de educación y capacitación, rotación de tareas y otras estrategias innovadoras para ampliar tanto como sea posible la capacidad existente, y un compromiso nacional permanente con los programas de tratamiento antirretrovírico a fin de generar la capacidad a largo plazo indispensable para mantener las respuestas nacionales a un alto nivel en el futuro (véase Samb et al., 2007).

En el proceso de fijar metas nacionales, muchos países han identificado obstáculos específicos que impiden la rápida ampliación de los servicios. Aplicar un método de "ampliación por etapas" para avanzar hacia el acceso universal, que considere distintos ritmos de ampliación para cada país y se base en la capacidad y la cobertura de servicios actuales, exigirá una inversión aproximada de US$ 970 millones por año en iniciativas de recursos humanos para 2010 (ONUSIDA, 2007c). Este escenario prevé que cada país alcanzará el acceso universal para intervenciones específicas en distintos momentos, y que para 2015 casi todos los países gozarán de acceso universal. Aunque la limitación de la capacidad en ocasiones impide ampliar el tratamiento, el compromiso mundial de extender el acceso al tratamiento también está impulsando mejoras importantes en los sistemas de salud; además, una respuesta contundente al VIH puede superar las barreras en la prestación de servicios.

En 2001, los líderes africanos se comprometieron a priorizar mejoras para el sector sanitario en las partidas presupuestarias nacionales (Declaración de Abuja, Organización de Unidad Africana, 2001). Si bien el gasto público en salud de países de ingresos bajos en general se ha incrementado ligeramente desde fines de la década del 90, diversos países africanos destinan a la salud una parte considerablemente menor de sus recursos nacionales que sus países vecinos y la mayoría de los países de otras regiones (PNUD, 2007a). India, que alberga a unos 2500 millones de personas que viven con el VIH, gasta en salud sólo un 0,9% de su producto nacional bruto (PNUD, 2007a). Los economistas del desarrollo sugieren que los niveles actuales del gasto en salud en los países de ingresos bajos representan apenas un cuarto a un tercio del monto necesario para garantizar la prestación de servicios básicos de salud (Centro para el Desarrollo Mundial, 2007). Para sostener una respuesta al VIH a largo plazo, el gasto en salud (proveniente de fuentes tanto internas como externas) deberá aumentar considerablemente.

Para que los programas de tratamiento sean sostenibles se requieren medicamentos de segunda y tercera línea más económicos. Este imperativo ya está captando iniciativas de interesados directos

La respuesta al VIH en los países de ingresos altos

En 2008, 23 países de ingresos altos informaron el progreso que han realizado en la aplicación de la *Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA*, lo que representa un aumento de los 15 países que presentaron informes en 2006. Las respuestas de 2008 abarcaron el 49% de todos los países de ingresos altos; este nivel sigue estando muy por debajo de la tasa de respuesta del 84% de los países de ingresos bajos y medianos. En promedio, los países de ingresos altos informaron sobre 10 indicadores en comparación con un promedio de 16 de los 25 indicadores sobre los que notificaron los 124 países de ingresos bajos y medianos.

La cobertura de la terapia antirretrovírica de combinación fue, en promedio, superior en los países de ingresos altos en comparación con los niveles comunicados por los países de ingresos bajos y medianos. Si bien la mayoría de los países de ingresos altos registran epidemias de VIH concentradas o bien de bajo nivel, sólo 17 de estos 23 países proporcionaron información sobre las poblaciones en mayor riesgo de exposición al VIH. Las tasas de respuesta fueron más elevadas en el caso de los indicadores de pruebas del VIH en comparación con los indicadores de prevención y conocimiento del VIH. El acceso a los servicios relacionados con el VIH para migrantes documentados y no documentados no es uniforme entre los países de ingresos altos, incluso los de la Unión Europea. Si bien en algunos países europeos los miembros de estos grupos cuentan con acceso gratuito a los servicios de VIH en el punto de prestación, en otros países el acceso a los servicios de VIH para estas poblaciones se obtiene mediante el pago de un arancel.

En algunos países de ingresos altos y de ingresos bajos y medianos, entre 1995 y 2002 se observaron cambios en el comportamiento sexual de los jóvenes. Por ejemplo, la vigilancia comportamental llevada a cabo en escuelas de los Estados Unidos demostró que la proporción de varones que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años descendió del 21% en 1995 al 15% en 2002. Una disminución semejante se registró entre mujeres jóvenes: del 19% al 13%[1]. Esta reducción es comparable al descenso del 15% al 12% en varones jóvenes y del 12% al 11% mujeres jóvenes en los 23 países de ingresos bajos y medianos encuestados en el mismo periodo[2].

No queda claro el motivo de las bajas tasas de presentación de informes por parte de los países de ingresos altos. Tal vez se deba, en parte, al hecho de que los datos pertinentes no están almacenados en un lugar centralizado y son administrados por diferentes instituciones. Aunque existen excepciones notables, la deficiente notificación plantea dudas acerca del progreso realizado por los países de ingresos altos en la implantación de un marco único e integrado para la vigilancia y la evaluación del VIH, o el "Tercer uno".

[1] Abma JC et al., Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2002, *Vital and Health Statistics*, 2004, Series 23, No. 24.

[2] DHS www.measuredhs.com

Garantizar la coordinación y la coherencia de las iniciativas nacionales

En consonancia con los esfuerzos internacionales tendientes a armonizar y hacer concordar la asistencia para el desarrollo internacional con las estrategias y planes particulares de cada país, la acción nacional sobre el VIH apunta a promover los "Tres unos": una autoridad nacional sobre sida, un marco estratégico nacional y un sistema nacional de vigilancia y evaluación.

Para las respuestas nacionales, la mayoría de los países cuenta con estrategias multisectoriales, organizadas por prioridades y con análisis de costos. El 97% de los países dispone de una estrategia multisectorial para el VIH, el 92% tiene un órgano nacional coordinador sobre el VIH, el 92% ha puesto en marcha o está desarrollando un plan nacional de vigilancia y evaluación, y todos los países de ingresos bajos y medianos han integrado la problemática del VIH en sus planes nacionales de desarrollo.

Sin embargo, cuando los esfuerzos nacionales se evalúan en función de los criterios de calidad desarrollados por el ONUSIDA, se ponen de manifiesto las debilidades de su metodología. En sólo el 69% de los países (un porcentaje muy inferior al 97% que informó contar con una estrategia nacional), las estrategias nacionales se han traducido en planes operativos con análisis de costos y objetivos programáticos, presupuestos detallados e identificación de las fuentes de financiamiento. En África subsahariana, sólo cerca de la mitad de las estrategias nacionales sobre VIH cumple con los criterios de calidad del ONUSIDA (Figura 7.7).

FIGURA 7.7 Países que informaron ejecución de calidad de la estrategia nacional contra el sida

* Una estrategia nacional multisectorial y un plan operativo con objetivos, análisis de costos e identificación de las fuentes de financiamiento por área programática, y un marco de vigilancia y evaluación.
Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

A pesar de sus permanentes debilidades, los esfuerzos nacionales que siguen los principios de los "Tres unos" muestran importantes mejoras con el paso del tiempo (Figura 7.8). De hecho, muchos países han aplicado estos principios para promover mejoras en su nivel de preparación. Por ejemplo, en 2007, Tayikistán desarrolló su primer plan nacional de vigilancia y evaluación del VIH, respaldado por un presupuesto detallado y orientado a los indicadores nacionales acordados por todos los asociados nacionales. En Indonesia, un decreto presidencial de 2006 declaró a la Comisión Nacional sobre Sida como el único órgano responsable de dirigir y coordinar la respuesta del país al VIH.

FIGURA 7.8 Progreso de los países en relación con la mejora de la calidad de ejecución de los "Tres unos": una autoridad nacional sobre sida, un marco estratégico nacional y un sistema nacional de vigilancia y evaluación

* La ejecución de calidad se refiere a:
1 Una estrategia nacional multisectorial y un plan operativo con objetivos, análisis de costos e identificación de las fuentes de financiamiento por área programática, y un marco de vigilancia y evaluación.
2 Un órgano nacional coordinador con términos de referencia, miembros definidos, un plan de acción, una secretaría funcional y reuniones periódicas.
3 Un plan nacional de vigilancia y evaluación con análisis de costos y financiamiento asegurado; una unidad nacional funcional de vigilancia y evaluación o un grupo de trabajo técnico; una base de datos nacional centralizada sobre sida.
** Sólo se muestran los países que han implantado los tres o dos de los tres componentes; los países restantes sólo disponen de un componente o de ninguno, o bien no suministraron información.

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

Los gobiernos nacionales se están asociando cada vez más con la sociedad civil para el desarrollo, la implantación y la vigilancia de las estrategias nacionales sobre VIH. Según informes gubernamentales, el 83% de los órganos nacionales coordinadores sobre VIH incluyen representantes de la sociedad civil (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). En la mayoría de los casos, los gobiernos informan que la estrategia o marco nacional se desarrolló con la participación activa de la sociedad civil (desde el 62% en Asia meridional y sudoriental hasta el 100% en América del Norte). Los miembros de la sociedad civil han participado en la revisión de las estrategias nacionales sobre VIH en el 78% de los países, y calificaron su contribución como buena o muy buena respecto de la planificación y la presupuestación nacionales en el 58% de los países.

Lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH constituye un paso fundamental hacia una respuesta sostenible y de largo plazo al VIH.

a nivel mundial y nacional, iniciativas que deben intensificarse y generalizarse para maximizar el éxito del tratamiento en los próximos años. Se requerirá un esfuerzo similar para ampliar el acceso a las variadas tecnologías de diagnóstico del VIH. Cabe destacar que también se necesitará flexibilidad, tanto en el plano mundial como en el nacional, para adaptarse a los adelantos en herramientas terapéuticas y diagnósticas relacionadas con el VIH. En particular, habrá que concentrar un mayor apoyo financiero y técnico, además de mejorar la cooperación regional, en el desarrollo de la capacidad de organismos regulatorios nacionales para introducir productos médicos seguros y eficaces necesarios para el tratamiento clínico de la infección por VIH.

Mitigar el impacto de la epidemia a largo plazo

La ampliación del acceso al tratamiento contribuirá a contener y minimizar algunas de las ramificaciones más graves de la epidemia, pero no erradicará el VIH ni sus consecuencias adversas. Se ha prestado mucho menos atención a la investigación de intervenciones y a la ampliación de programas tendientes a mitigar el impacto que a otros aspectos de la respuesta al VIH. Por ejemplo, en los últimos años el acceso al tratamiento, la prevención de la transmisión maternoinfantil y otros servicios básicos relacionados con el VIH se han expandido significativamente, pero apenas se ha progresado en la prestación de atención y apoyo esenciales a los niños huérfanos o vulnerables como consecuencia de la epidemia.

Trabajar para minimizar el impacto de la epidemia no sólo es parte de un imperativo humanitario sino también de una respuesta a la epidemia a largo plazo. Los millones de niños afectados por el VIH representan el futuro; brindarles tanto a ellos como a las familias que los acogen atención y apoyo adecuados es fundamental para la salud y el bienestar a largo plazo del conjunto de las sociedades y comunidades. De igual modo, en los próximos años las familias cuya pobreza se agrave como resultado de enfermedades asociadas al VIH tendrán más dificultades en prosperar y realizar un aporte a la sociedad.

Como se puntualizó en el Capítulo 6, un enfoque tipo "silo" (o segmentado) no producirá un efecto óptimo sobre la mitigación. Los países necesitan, en cambio, una planificación intersectorial y mecanismos de supervisión que les permitan abordar las numerosas y complejas formas en que el VIH afecta a las sociedades, las comunidades y las familias. Por lo tanto, es esencial integrar los esfuerzos destinados a mitigar el impacto del VIH en estrategias de desarrollo más amplias.

Gobernanza de la respuesta

En sus esfuerzos por responder eficazmente al VIH, los países enfrentan numerosos desafíos de gobernanza. Durante el curso de la epidemia, han luchado por articular una respuesta genuinamente multisectorial y activamente generada y dirigida por los interesados directos a nivel nacional. La coordinación de diversos actores nacionales sigue siendo un desafío permanente.

Se ha avanzado bastante en cada principio de los "Tres unos" (un marco de acción multisectorial común, una única autoridad nacional coordinadora sobre el VIH y un sistema unificado de vigilancia y evaluación) (véase el recuadro "Garantizar la coordinación y la coherencia de las iniciativas nacionales"). No obstante, en demasiados países, estos logros son más teóricos que prácticos.

Aunque los marcos estratégicos nacionales para el VIH articulan de modo bastante uniforme un enfoque multisectorial al VIH, la respuesta en muchos países sigue estando altamente concentrada en los ministerios de salud. Si bien hay ministerios de otros sectores que a menudo participan en los órganos nacionales de coordinación, lo que es un logro importante, muchos carecen de apoyo presupuestario para emprender actividades vinculadas al VIH. Por ejemplo, aunque el 98% de los países tiene una estrategia nacional sobre el VIH que incluye al sector de la educación, sólo el 65% cuenta con apoyo presupuestario para programas de VIH en ámbitos educativos (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008). La exigencia de Malawi a los distintos ministerios de destinar apoyo presupuestario a las actividades relacionadas con el VIH (véase la sección "Movilización de recursos financieros suficientes para la respuesta al VIH") es un ejemplo de cómo los países pueden facilitar la participación activa de varios sectores en la respuesta nacional al VIH.

Descentralización de la respuesta

Una gestión eficaz de la respuesta permite que las estrategias y los mandatos nacionales se plasmen en una acción significativa en los distritos y las comunidades. La descentralización de la respuesta contribuye a facultar a unidades subnacionales en la ejecución de programas que satisfagan las necesidades locales.

En Etiopía, la descentralización de la prestación de servicios ha acelerado la expansión de los servicios en el marco de la Campaña Nacional sobre Sida del Milenio. Aprovechando la participación de los líderes y la comunidad locales, se capacitó a 24 000 trabajadores de extensión sanitaria para ayudar a las familias y promover iniciativas de salud comunitaria, entre ellas, la administración de tratamiento antirretrovírico. Este énfasis en la prestación descentralizada de servicios se ha asociado a un espectacular incremento en el número de individuos que reciben medicamentos antirretrovíricos: de 8276 en 2005 a 122 243 en 2007.

Si bien muchos gobiernos locales han tomado importantes medidas para abordar el problema del VIH a través de los años, la atención de los donantes dirigida principalmente al apoyo de los gobiernos nacionales en algunos casos ha inhibido la capacidad de ejecutar respuestas contundentes y descentralizadas al VIH[3]. La planificación a nivel de distrito que contemple las iniciativas de desarrollo de la capacidad y la movilización de recursos para entidades locales puede ayudar a superar algunos de los obstáculos históricos a una respuesta eficaz descentralizada al VIH (PNUD, 2005). En la región de Mbeya, en la República Unida de Tanzanía, por ejemplo, la acción sostenida y el apoyo de los donantes en el nivel subnacional permitieron que la región alcanzara a más del 80% de la población con servicios básicos de prevención y redujera la prevalencia del VIH durante la década pasada (ONUSIDA, 2007b). Además de suministrar mayor financiamiento a los gobiernos locales para ejecutar estrategias de VIH que se ocupen de las necesidades locales, los donantes deben destinar mayores fondos a las comunidades locales que se están organizando para ampliar el alcance, el impacto y la rendición de cuentas de las iniciativas locales contra el VIH.

[3] A través de su Programa Multinacional sobre VIH/Sida en África, el Banco Mundial destinó el 38% de su asistencia relacionada con el VIH a financiar respuestas locales en los países (Banco Mundial, 2007).

Una respuesta basada en los derechos humanos

Los verdaderos líderes con frecuencia deben enfrentar cuestiones que otros prefieren desconocer. Hacer frente al VIH significa abordar cuestiones que incomodan a mucha gente, como la sexualidad y el uso de drogas. También se requiere compasión y una acción eficaz en torno a los grupos que la sociedad a menudo prefiere ignorar.

Aunque las medidas para atender las necesidades de las poblaciones marginadas que corren mayor riesgo continúan siendo limitadas, en los últimos años se han registrado importantes ejemplos de tal liderazgo, como el lanzamiento de una campaña nacional contra la homofobia en México y la derogación de las leyes contra la sodomía en las Bahamas. Otro claro ejemplo de liderazgo arrojado y visionario en la respuesta al VIH es el apoyo fundamentado en pruebas de proyectos relativos al intercambio de agujas en países como la República Islámica de Irán, Malasia y Viet Nam.

Con el avance de la epidemia y la multiplicación y diversificación de las tecnologías relacionadas con el VIH, surgirá la tentación de concebir la respuesta exclusivamente en términos tecnocráticos; sin embargo, ello sería un error. Dadas las realidades asociadas al VIH (su concentración en poblaciones marginadas, las formas en que se entrelaza con la sexualidad y el hecho de que su transmisión depende del modo en que las personas se interrelacionan), es improbable que la epidemia se encauce hacia una solución meramente tecnológica.

Todos los países que han logrado reducir significativamente la tasa de nuevas infecciones por el VIH basaron su respuesta nacional en la promoción de los derechos humanos. La compasión y la inclusión continúan siendo criterios centrales para una respuesta eficaz a la epidemia.

Lograr y sostener una respuesta eficaz: plan de acción a largo plazo

- Atender las necesidades nacionales documentadas y basar la acción del país en pruebas fehacientes de las medidas que funcionan, velando por la plena ejecución de políticas y programas fundamentados en pruebas.
- Planificar para el futuro, aplicando mecanismos de planificación estratégica y evaluación diseñados para ciclos que se prolonguen por más de tres y cinco años.
- Invertir en una respuesta al VIH realmente eficaz, prestando especial atención a las estrategias de prevención fundamentadas en pruebas que contribuyen a contener la epidemia en el plano nacional.
- Conjugar la ampliación de programas con liderazgo multisectorial para minimizar los factores sociales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad ante el VIH, como la desigualdad entre sexos, el estigma y la discriminación y la marginación social.
- Capacitar a las personas que viven con el VIH para que ayuden a poner en práctica las respuestas nacionales al VIH, e involucrar a la sociedad civil en el desarrollo, la ejecución y la evaluación de las estrategias nacionales de lucha contra el VIH.
- Armonizar y hacer concordar los esfuerzos de todas las partes interesadas con las estrategias y prioridades nacionales vinculadas al VIH, afianzando la calidad y la flexibilidad del apoyo técnico para generar una capacidad nacional duradera (no sólo en los sistemas de salud, sino en todas las demás áreas clave, tanto en el sector público como en el privado) a fin de sostener una respuesta al VIH sólida y eficaz para los próximos años.
- Movilizar suficientes recursos financieros para alcanzar el objetivo mundial de acceso universal, aplicando mecanismos innovadores capaces de sostener el financiamiento a largo plazo.

Anexo

Estimaciones y datos sobre VIH y sida, 2007 y 2001

1

Estimaciones y datos sobre VIH y sida, 2007 y 2001

Las estimaciones y los datos que figuran en el Anexo 1 cubren los años 2007 y 2001, a menos que se indique lo contrario. ONUSIDA/OMS elaboraron y recopilaron estas estimaciones. Las sometieron a la revisión y los comentarios de los programas nacionales sobre el sida, pero las cifras no representan necesariamente las estimaciones oficiales que utilizan los gobiernos de cada país. No se incluyeron en la tabla las estimaciones específicas de un país si éste no disponía de datos recientes. En el caso de estos países, se utilizaron datos anteriores o modelos regionales para elaborar las estimaciones a fin de calcular los totales regionales.

Las estimaciones se presentan en números redondos. Sin embargo, se utilizaron números sin redondear en el cálculo de las tasas y los totales regionales, de modo que pueden encontrarse discrepancias menores entre los totales por región y del mundo, y la suma de las cifras de cada país.

La metodología general y las herramientas que se utilizaron para calcular las cifras específicas de cada país en la tabla se describen en una serie de documentos en *Sexually Transmitted Infections* 2008; "Improved methods and tools for HIV/AIDS estimates and projections" xx (Suppl Y)" y 2006, 82 (Suppl 1). Las estimaciones que realizaron ONUSIDA/OMS se basan en métodos y en parámetros que describe el Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones de VIH/Sida, disponible en http://www.epidem.org/.

Este grupo está conformado por reconocidos investigadores en los campos de VIH y sida, epidemiología, demografía y campos afines. El Grupo de Referencia evalúa los trabajos publicados y no publicados más recientes relacionados con estudios de investigación en diferentes países. Además, analiza los avances en el conocimiento de la epidemia de VIH, y sugiere métodos para mejorar la calidad y la exactitud de las estimaciones.

A partir de las sugerencias del Grupo de Referencia, se creó un programa informático para representar el curso de la epidemia del VIH y su impacto. Durante una serie de talleres en 2007, analistas de los países recibieron capacitación en el uso de esta herramienta. Estos cambios en los procedimientos y los supuestos, sumados a la mejor coordinación con los países, permitieron mejorar la exactitud de las estimaciones del VIH y el sida en el 2007. Para brindar a los lectores acceso a las tendencias recientes de la epidemia, también presentamos las estimaciones de 2001, que se elaboraron con la misma metodología y el mismo tipo de datos que las estimaciones de 2007.

En este informe, las estimaciones nuevas se presentan en intervalos, denominados "límites de verosimilitud". Estos intervalos reflejan la certeza en torno a cada una de las estimaciones. Cuanto más amplios son los límites, mayor es la incertidumbre que acompaña a la estimación. En gran medida, el grado de incertidumbre depende del tipo de epidemia, y de la calidad, cobertura y coherencia del sistema de vigilancia de un país y, en las epidemias generalizadas, de si se realizó o no una encuesta poblacional con pruebas del VIH. Se puede consultar una descripción detallada de los métodos utilizados para elaborar límites de verosimilitud en *Sexually Transmitted Infections* 2008, XX (Suppl Y).

Los adultos en este informe se definen como varones y mujeres a partir de los 15 años de edad. Esto se diferencia de los informes anteriores, en los que las estimaciones para adultos estaban limitadas a personas de 15 a 49 años de edad. Dado que la carga de la enfermedad supera los 49 años y que se intenta evaluar mejor esa necesidad, el Grupo de Referencia de ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones de VIH/SIDA recomendó modificar el informe para abarcar todas las edades. Sin embargo, la tasa de prevalencia continúa siendo para adultos de 15 a 49 años a fin de permitir las comparaciones entre países.

Notas sobre los indicadores específicos enumerados en el Anexo 1

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH, 2007 y 2001

Estas estimaciones incluyen a todas las personas con infección por el VIH, hayan o no manifestado síntomas de sida, en los años 2007 y 2001. No se realizaron estimaciones para ciertos países en los que no se disponía de datos suficientes de los últimos seis años.

Adultos y niños
Número estimado de adultos y niños que vivían con el VIH en 2007 y 2001.

Se considera adultos a las personas a partir de los 15 años de edad. De 0 a 14 años de edad inclusive se definen como niños.

Adultos (15 años en adelante)
Número estimado de adultos que vivían con el VIH, 2007 y 2001.

Tasa de prevalencia (%) en adultos (15–49 años)
Para calcular la tasa de prevalencia del VIH en adultos, el número estimado de adultos (15–49 años) que vivían con el VIH en 2007 se dividió por la población adulta en 2007 (15–49 años); de la misma manera se procedió con el año 2001.

Mujeres (15 años en adelante)
Número estimado de mujeres (mayores de 15 años) que vivían con el VIH en 2007 y 2001.

Niños (0–14 años)
Número estimado de niños menores de 15 años que vivían con el VIH en 2007 y 2001.

Tasa de prevalencia (%) en mujeres jóvenes (15–24 años) en 2007
Porcentaje estimado de mujeres jóvenes de 15 a 24 años que vivían con el VIH en 2007.

Tasa de prevalencia (%) en hombres jóvenes (15–24 años) en 2007
Porcentaje estimado de hombres jóvenes de 15 a 24 años que vivían con el VIH en 2007.

2. Fallecimientos a causa del sida en adultos y niños

Número estimado de adultos y niños que fallecieron a causa del sida durante 2007 y 2001.

3. Huérfanos a causa del sida

Huérfanos (0–17 años) con vida

Número estimado de niños de 0 a 17 años en 2007 y 2001 que perdieron a uno o ambos padres a causa del sida.

Límites de verosimilitud para los indicadores anteriores

Según la fiabilidad de los datos disponibles, puede haber más o menos incertidumbre en torno a cada cálculo. Mientras que este informe aplica una medida de incertidumbre a todas las estimaciones, presenta límites de verosimilitud para las siguientes estimaciones:

- Número estimado de adultos (a partir de 15 años) y de niños (0–14 años) que vivían con el VIH en 2007 y 2001
- Número estimado de adultos (a partir de 15 años) que vivían con el VIH en 2007 y 2001.
- Número estimado de mujeres (a partir de 15 años) que vivían con el VIH en 2007 y 2001.
- Número estimado de niños (0–14 años) que vivían con el VIH en 2007 y 2001.
- Prevalencia estimada del VIH entre mujeres y varones jóvenes (15–24 años) en 2007.
- Número estimado de fallecimientos a causa del sida en adultos (a partir de 15 años) y niños (0–14 años) durante 2007 y 2001.
- Huérfanos (0–17 años) a causa del sida en 2007 y 2001.

4. Tendencias de la prevalencia del VIH en los grupos de mayor riesgo en la ciudad capital

Se recomienda el uso de estos indicadores para contrastar con los objetivos del Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2001 sobre el VIH/Sida en países con niveles bajos de epidemia o epidemia concentrada de VIH. En teoría, la evaluación del progreso realizado en la reducción de la aparición de nuevas infecciones se optimiza a través de la vigilancia de los cambios en la incidencia a través del tiempo. Sin embargo, en la práctica, se cuenta con datos de prevalencia en lugar de datos de incidencia. Al analizar los datos de prevalencia de las poblaciones en mayor riesgo, es conveniente informar acerca de las personas que recién se inician en los comportamientos que los exponen al riesgo de infección. En este ciclo de informes del UNGASS, se proporcionó orientación para fomentar este tipo de informes, aunque en esta tabla no se representa si se usó o no este tipo de análisis restringido para el informe.

Las poblaciones específicas en mayor riesgo de exposición al VIH en las tablas son:

- Usuarios de drogas inyectables
- Profesionales femeninas del sexo
- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

1: Número estimado de personas que vivían con el VIH y sida, 2007 y 2001

	Adultos y niños 2007		Adultos y niños 2001		Adultos (mayores de 15) 2007	
País	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]
Mundial	33 000 000	[30 300 000 – 36 100 000]	29 500 000	[27 000 000 – 33 700 000]	30 800 000	[28 200 000 – 34 000 000]
África subsahariana	22 000 000	[20 500 000 – 23 600 000]	20 400 000	[19 200 000 – 23 200 000]	20 300 000	[18 700 000 – 21 700 000]
Angola	190 000	[150 000 – 240 000]	120 000	[84 000 – 360 000]	180 000	[140 000 – 210 000]
Benin	64 000	[58 000 – 73 000]	53 000	[46 000 – 61 000]	59 000	[53 000 – 67 000]
Botswana	300 000	[280 000 – 310 000]	280 000	[270 000 – 290 000]	280 000	[270 000 – 300 000]
Burkina Faso	130 000	[110 000 – 160 000]	140 000	[120 000 – 160 000]	120 000	[100 000 – 140 000]
Burundi	110 000	[78 000 – 130 000]	150 000	[120 000 – 170 000]	90 000	[66 000 – 120 000]
Camerún	540 000	[430 000 – 640 000]	530 000	[460 000 – 590 000]	500 000	[390 000 – 590 000]
República de África Central	160 000	[150 000 – 170 000]	130 000	[120 000 – 140 000]	140 000	[130 000 – 150 000]
Chad	200 000	[130 000 – 240 000]	150 000	[100 000 – 260 000]	180 000	[110 000 – 220 000]
Comoras	<200	[<1000]	<100	[<500]	<200	[<1000]
Congo	79 000	[65 000 – 94 000]	84 000	[73 000 – 100 000]	73 000	[59 000 – 86 000]
Côte d'Ivoire	480 000	[400 000 – 550 000]	590 000	[540 000 – 670 000]	420 000	[350 000 – 490 000]
República Democrática del Congo	…	[400 000 – 500 000]	…	[320 000 – 410 000]	…	[360 000 – 450 000]
Djibouti	16 000	[12 000 – 19 000]	13 000	[9300 – 17 000]	15 000	[11 000 – 18 000]
Guinea Ecuatorial	11 000	[8200 – 14 000]	9500	[7600 – 12 000]	9800	[7400 – 13 000]
Eritrea	38 000	[25 000 – 58 000]	27 000	[19 000 – 42 000]	35 000	[22 000 – 54 000]
Etiopía	980 000	[880 000 – 1 100 000]	920 000	[830 000 – 1 000 000]	890 000	[800 000 – 970 000]
Gabón	49 000	[37 000 – 68 000]	38 000	[26 000 – 51 000]	46 000	[35 000 – 65 000]
Gambia	8200	[3700 – 13 000]	6400	[3100 – 11 000]	7500	[3400 – 12 000]
Ghana	260 000	[230 000 – 290 000]	260 000	[230 000 – 290 000]	250 000	[220 000 – 280 000]
Guinea	87 000	[73 000 – 110 000]	55 000	[40 000 – 72 000]	81 000	[67 000 – 110 000]
Guinea-Bissau	16 000	[11 000 – 23 000]	13 000	[9000 – 18 000]	15 000	[10 000 – 21 000]
Kenya[2]	…	[1 500 000 – 2 000 000	…	[1 300 000 – 1 700 000]	…	[1 400 000 – 1 800 000]
Lesotho	270 000	[260 000 – 290 000]	250 000	[240 000 – 270 000]	260 000	[250 000 – 270 000]
Liberia	35 000	[29 000 – 41 000]	24 000	[17 000 – 58 000]	32 000	[26 000 – 37 000]
Madagascar	14 000	[9100 – 23 000]	8100	[5800 – 13 000]	13 000	[8800 – 22 000]
Malawi	930 000	[860 000 – 1 000 000]	850 000	[790 000 – 910 000]	840 000	[780 000 – 900 000]
Malí	100 000	[88 000 – 120 000]	82 000	[70 000 – 96 000]	93 000	[79 000 – 110 000]
Mauritania	14 000	[8300 – 26 000]	9400	[5400 – 16 000]	14 000	[8100 – 25 000]
Mauricio	13 000	[7500 – 28 000]	1800	[<1000 – 3900]	13 000	[7400 – 28 000]
Mozambique	1 500 000	[1 300 000 – 1 700 000]	1 000 000	[880 000 – 1 200 000]	1 400 000	[1 200 000 – 1 600 000]
Namibia	200 000	[160 000 – 230 000]	150 000	[130 000 – 180 000]	180 000	[150 000 – 220 000]
Níger	60 000	[44 000 – 85 000]	43 000	[33 000 – 57 000]	56 000	[42 000 – 81 000]
Nigeria	2 600 000	[2 000 000 – 3 200 000]	2 200 000	[1 700 000 – 4 200 000]	2 400 000	[1 600 000 – 2 900 000]
Rwanda	150 000	[130 000 – 170 000]	190 000	[170 000 – 210 000]	130 000	[120 000 – 150 000]
Senegal	67 000	[47 000 – 96 000]	24 000	[17 000 – 31 000]	64 000	[45 000 – 92 000]
Sierra Leona	55 000	[42 000 – 76 000]	34 000	[18 000 – 56 000]	51 000	[38 000 – 72 000]
Somalia	24 000	[13 000 – 45 000]	17 000	[11 000 – 30 000]	24 000	[13 000 – 43 000]
Sudáfrica	5 700 000	[4 900 000 – 6 600 000]	4 700 000	[4 000 000 – 5 500 000]	5 400 000	[4 700 000 – 6 200 000]
Swazilandia	190 000	[180 000 – 200 000]	160 000	[150 000 – 170 000]	170 000	[160 000 – 180 000]
Togo	130 000	[110 000 – 150 000]	110 000	[92 000 – 130 000]	120 000	[97 000 – 140 000]
Uganda	940 000	[870 000 – 1 000 000]	1 100 000	[990 000 – 1 300 000]	810 000	[740 000 – 910 000]
República Unida de Tanzanía	1 400 000	[1 300 000 – 1 500 000]	1 400 000	[1 300 000 – 1 500 000]	1 300 000	[1 200 000 – 1 400 000]
Zambia	1 100 000	[1 000 000 – 1 200 000]	940 000	[870 000 – 1 000 000]	980 000	[920 000 – 1 100 000]
Zimbabwe	1 300 000	[1 200 000 – 1 400 000]	1 900 000	[1 800 000 – 2 000 000]	1 200 000	[1 100 000 – 1 300 000]

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH

	Adultos (mayores de 15) 2001		Porcentaje de prevalencia en adultos (15-49) 2007		Porcentaje de prevalencia en adultos (15-49) 2001		Mujeres (mayores de 15) 2007	
País	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estima-ción	[estimación baja – estimación alta]	Estima-ción	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]
Mundial	27 900 000	[25 500 000 – 31 700 000]	0,8	[0,7 – 0,9]	0,8	[0,7 – 0,9]	15 500 000	[14 200 000 – 16 900 000]
África subsahariana	**19 100 000**	**[17 900 000 – 21 400 000]**	**5,0**	**[4,6 – 5,4]**	**5,7**	**[5,3 – 6,4]**	**12 000 000**	**[11 100 000 – 12 900 000]**
Angola	110 000	[80 000 – 310 000]	2,1	[1,7 – 2,5]	1,6	[1,1 – 4,3]	110 000	[82 000 – 130 000]
Benin	49 000	[43 000 – 57 000]	1,2	[1,1 – 1,4]	1,3	[1,2 – 1,5]	37 000	[33 000 – 42 000]
Botswana	270 000	[250 000 – 280 000]	23,9	[22,5 – 24,9]	26,5	[25,6 – 27,8]	170 000	[160 000 – 180 000]
Burkina Faso	130 000	[110 000 – 150 000]	1,6	[1,4 – 1,9]	2,1	[1,8 – 2,4]	61 000	[52 000 – 73 000]
Burundi	130 000	[100 000 – 160 000]	2,0	[1,3 – 2,5]	3,5	[2,7 – 4,2]	53 000	[39 000 – 69 000]
Camerún	490 000	[430 000 – 550 000]	5,1	[3,9 – 6,2]	6,0	[5,3 – 6,8]	300 000	[240 000 – 360 000]
República de África Central	120 000	[110 000 – 130 000]	6,3	[5,9 – 6,7]	6,4	[5,9 – 6,9]	91 000	[85 000 – 97 000]
Chad	140 000	[97 000 – 220 000]	3,5	[2,4 – 4,3]	3,4	[2,4 – 6,0]	110 000	[66 000 – 130 000]
Comoras	<100	[<500]	<0,1	[0,1]	<0,1	[0,1]	<100	[<200]
Congo	77 000	[67 000 – 92 000]	3,5	[2,8 – 4,2]	4,4	[3,8 – 5,3]	43 000	[36 000 – 51 000]
Côte d'Ivoire	550 000	[500 000 – 630 000]	3,9	[3,2 – 4,5]	6,0	[5,5 – 6,8]	250 000	[210 000 – 290 000]
República Democrática del Congo	…	[290 000 – 370 000]	…	[1,2 – 1,5]	…	[1,2 – 1,5]	…	[210 000 – 270 000]
Djibouti	12 000	[9000 – 15 000]	3,1	[2,3 – 3,8]	3,1	[2,2 – 3,9]	8700	[6500 – 11 000]
Guinea Ecuatorial	8900	[7100 – 12 000]	3,4	[2,6 – 4,6]	3,7	[2,9 – 4,7]	5900	[4400 – 7900]
Eritrea	25 000	[17 000 – 39 000]	1,3	[0,8 – 2,0]	1,2	[0,8 – 1,8]	21 000	[13 000 – 33 000]
Etiopía	840 000	[760 000 – 930 000]	2,1	[1,8 – 2,2]	2,4	[2,1 – 2,6]	530 000	[470 000 – 580 000]
Gabón	36 000	[25 000 – 49 000]	5,9	[4,4 – 8,3]	5,6	[3,9 – 7,6]	27 000	[20 000 – 38 000]
Gambia	6100	[3000 – 10 000]	0,9	[0,4 – 1,3]	0,9	[0,4 – 1,4]	4500	[2000 – 7200]
Ghana	240 000	[220 000 – 270 000]	1,9	[1,7 – 2,2]	2,3	[2,1 – 2,6]	150 000	[130 000 – 160 000]
Guinea	52 000	[38 000 – 68 000]	1,6	[1,3 – 2,2]	1,2	[0,9 – 1,6]	48 000	[40 000 – 64 000]
Guinea-Bissau	12 000	[8400 – 16 000]	1,8	[1,3 – 2,6]	1,8	[1,3 – 2,5]	8700	[6100 – 12 000]
Kenya[2]	…	[1 200 000 – 1 600 000]	…	[7,1 – 8,5]	…	[7,4 – 9,8]	…	[800 000 – 1 100 000]
Lesotho	240 000	[230 000 – 260 000]	23,2	[21,9 – 24,5]	23,9	[22,8 – 25,2]	150 000	[140 000 – 160 000]
Liberia	22 000	[16 000 – 48 000]	1,7	[1,4 – 2]	1,4	[1,0 – 3,1]	19 000	[16 000 – 22 000]
Madagascar	8000	[5700 – 13 000]	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	3400	[2200 – 5800]
Malawi	780 000	[730 000 – 840 000]	11,9	[11,0 – 12,9]	13,3	[12,4 – 14,3]	490 000	[450 000 – 530 000]
Malí	76 000	[66 000 – 90 000]	1,5	[1,2 – 1,8]	1,5	[1,3 – 1,8]	56 000	[47 000 – 67 000]
Mauritania	9300	[5300 – 16 000]	0,8	[0,5 – 1,5]	0,7	[0,4 – 1,2]	3900	[2300 – 7400]
Mauricio	1800	[<1000 – 3900]	1,7	[1,0 – 3,6]	0,3	[0,1 – 0,5]	3800	[2100 – 8100]
Mozambique	960 000	[840 000 – 1 100 000]	12,5	[10,9 – 14,7]	10,3	[8,8 – 11,9]	810 000	[690 000 – 960 000]
Namibia	140 000	[120 000 – 170 000]	15,3	[12,4 – 18,1]	14,6	[12,2 – 17,1]	110 000	[88 000 – 130 000]
Níger	41 000	[31 000 – 55 000]	0,8	[0,6 – 1,1]	0,7	[0,6 – 1,0]	17 000	[12 000 – 26 000]
Nigeria	2 000 000	[1 600 000 – 3 500 000]	3,1	[2,3 – 3,8]	3,2	[2,5 – 5,7]	1 400 000	[980 000 – 1 700 000]
Rwanda	160 000	[140 000 – 180 000]	2,8	[2,4 – 3,2]	4,3	[3,9 – 4,7]	78 000	[69 000 – 88 000]
Senegal	23 000	[16 000 – 30 000]	1,0	[0,7 – 1,4]	0,4	[0,3 – 0,5]	38 000	[27 000 – 54 000]
Sierra Leona	32 000	[17 000 – 53 000]	1,7	[1,3 – 2,4]	1,3	[0,7 – 2,1]	30 000	[23 000 – 43 000]
Somalia	17 000	[10 000 – 30 000]	0,5	[0,3 – 1,0]	0,5	[0,3 – 0,8]	6700	[3600 – 13 000]
Sudáfrica	4 600 000	[3 900 000 – 5 300 000]	18,1	[15,4 – 20,9]	16,9	[14,3 – 19,9]	3 200 000	[2 800 000 – 3 700 000]
Swazilandia	150 000	[140 000 – 160 000]	26,1	[25,1 – 27,1]	26,3	[25,0 – 27,4]	100 000	[99 000 – 110 000]
Togo	100 000	[86 000 – 120 000]	3,3	[2,7 – 4,1]	3,6	[3,0 – 4,3]	69 000	[57 000 – 84 000]
Uganda	950 000	[840 000 – 1 100 000]	5,4	[5,0 – 6,1]	7,9	[7,5 – 9,2]	480 000	[440 000 – 540 000]
República Unida de Tanzanía	1 200 000	[1 100 000 – 1 300 000]	6,2	[5,8 – 6,6]	7,0	[6,5 – 7,4]	760 000	[710 000 – 810 000]
Zambia	860 000	[790 000 – 940 000]	15,2	[14,3 – 16,4]	15,4	[14,4 – 16,7]	560 000	[520 000 – 610 000]
Zimbabwe	1 700 000	[1 600 000 – 1 900 000]	15,3	[14,6 – 16,1]	26,0	[25,2 – 27,6]	680 000	[650 000 – 720 000]

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH						
	Mujeres (mayores de 15) 2001		Niños (0–14) 2007		Niños (0–14) 2001	
País	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]
Mundial	14 100 000	[13 000 000 – 15 900 000]	2 000 000	[1 900 000 – 2 300 000]	1 600 000	[1 400 000 – 2 100 000]
África subsahariana	11 200 000	[10 500 000 – 12 600 000]	1 800 000	[1 700 000 – 2 000 000]	1 400 000	[1 300 000 – 1 900 000]
Angola	67 000	[48 000 – 190 000]	17 000	[12 000 – 35 000]	7700	[3700 – 41 000]
Benin	31 000	[27 000 – 36 000]	5400	[4700 – 6300]	3500	[2800 – 4600]
Botswana	160 000	[150 000 – 160 000]	15 000	[13 000 – 16 000]	13 000	[12 000 – 14 000]
Burkina Faso	59 000	[52 000 – 69 000]	10 000	[8400 – 12 000]	10 000	[6600 – 13 000]
Burundi	77 000	[61 000 – 92 000]	15 000	[12 000 – 19 000]	15 000	[12 000 – 18 000]
Camerún	300 000	[260 000 – 340 000]	45 000	[38 000 – 51 000]	36 000	[28 000 – 44 000]
República de África Central	80 000	[74 000 – 86 000]	14 000	[12 000 – 16 000]	9800	[8200 – 11 000]
Chad	85 000	[60 000 – 130 000]	19 000	[14 000 – 27 000]	11 000	[5300 – 36 000]
Comoras	…	[<100]	…	[<100]	…	[<100]
Congo	45 000	[39 000 – 54 000]	6600	[5600 – 7700]	7600	[6500 – 9200]
Côte d'Ivoire	320 000	[290 000 – 360 000]	52 000	[44 000 – 58 000]	47 000	[36 000 – 58 000]
República Democrática del Congo	…	[170 000 – 220 000]	…	[37 000 – 52 000]	…	[31 000 – 43 000]
Djibouti	7200	[5300 – 9100]	1100	[<1000 – 1400]	<1000	[<500 – 1200]
Guinea Ecuatorial	5300	[4200 – 6900]	<1000	[<1100]	<1000	[<500]
Eritrea	15 000	[10 000 – 23 000]	3100	[2300 – 4400]	1900	[1200 – 3300]
Etiopía	500 000	[450 000 – 550 000]	92 000	[80 000 – 100 000]	75 000	[66 000 – 85 000]
Gabón	21 000	[15 000 – 29 000]	2300	[1600 – 3200]	1500	[1000 – 2200]
Gambia	3600	[1800 – 6000]	<1000	[<1000]	<500	[<1000]
Ghana	140 000	[130 000 – 150 000]	17 000	[15 000 – 19 000]	12 000	[10 000 – 14 000]
Guinea	31 000	[23 000 – 41 000]	6300	[5000 – 7900]	3100	[1900 – 5000]
Guinea-Bissau	7100	[5000 – 9800]	1500	[1100 – 2200]	<1000	[1200]
Kenya[2]	…	[800 000 – 1 000 000]	…	[130 000 – 180 000]	…	[110 000 – 160 000]
Lesotho	140 000	[130 000 – 150 000]	12 000	[11 000 – 13 000]	8000	[7300 – 8800]
Liberia	13 000	[9300 – 28 000]	3100	[2300 – 6300]	2000	[1300 – 10 000]
Madagascar	1900	[1200 – 3200]	<500	[<1000]	<200	[<500]
Malawi	440 000	[410 000 – 480 000]	91 000	[80 000 – 100 000]	65 000	[57 000 – 74 000]
Malí	46 000	[39 000 – 54 000]	9400	[7800 – 11 000]	5600	[3600 – 6800]
Mauritania	2400	[1400 – 4200]	<500	[<1000]	<200	[<500]
Mauricio	<500	[<200 – 1100]	<100	[<200]	<100	[<100]
Mozambique	570 000	[500 000 – 660 000]	100 000	[87 000 – 120 000]	53 000	[41 000 – 81 000]
Namibia	85 000	[70 000 – 99 000]	14 000	[12 000 – 16 000]	7500	[6100 – 9100]
Níger	12 000	[8900 – 17 000]	3200	[2500 – 4200]	1600	[1200 – 2400]
Nigeria	1 200 000	[970 000 – 2 100 000]	220 000	[170 000 – 370 000]	150 000	[83 000 – 580 000]
Rwanda	97 000	[87 000 – 110 000]	19 000	[17 000 – 21 000]	26 000	[23 000 – 30 000]
Senegal	14 000	[9800 – 18 000]	3100	[2500 – 3700]	1200	[<1000 – 1700]
Sierra Leona	19 000	[10 000 – 31 000]	4000	[3000 – 5300]	2100	[<1000 – 3600]
Somalia	4500	[2500 – 7900]	<1000	[<1600]	<500	[<1000]
Sudáfrica	2 700 000	[2 300 000 – 3 200 000]	280 000	[230 000 – 320 000]	150 000	[120 000 – 190 000]
Swazilandia	91 000	[86 000 – 96 000]	15 000	[14 000 – 17 000]	10 000	[9000 – 11 000]
Togo	61 000	[51 000 – 73 000]	10 000	[8400 – 12 000]	7600	[6100 – 10 000]
Uganda	560 000	[500 000 – 660 000]	130 000	[120 000 – 150 000]	150 000	[140 000 – 170 000]
República Unida de Tanzanía	740 000	[680 000 – 790 000]	140 000	[130 000 – 150 000]	120 000	[100 000 – 130 000]
Zambia	470 000	[430 000 – 520 000]	95 000	[86 000 – 110 000]	80 000	[71 000 – 91 000]
Zimbabwe	1 000 000	[970 000 – 1 100 000]	120 000	[110 000 – 140 000]	130 000	[120 000 – 140 000]

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH					2. Fallecimientos a causa del sida			
	Tasa (%) de mujeres jóvenes (15–24) 2007		Tasa (%) de varones jóvenes (15–24) 2007		Fallecimientos en adultos y niños 2007		Fallecimientos en adultos y niños 2001	
País	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]
Mundial	0,6	[0,5 – 0,8]	0,4	[0,3 – 0,5]	2 000 000	[1 800 000 – 2 300 000]	1 700 000	[1 500 000 – 2 300 000]
África subsahariana	3,2	[2,6 – 3,8]	1,1	[0,8 – 1,4]	1 500 000	[1 300 000 – 1 700 000]	1 300 000	[1 200 000 – 1 900 000]
Angola	0,3	[0,1 – 0,5]	0,2	[0,1 – 0,4]	11 000	[7100 – 28 000]	5900	[2400 – 36 000]
Benin	0,9	[0,6 – 1,2]	0,3	[0,1 – 0,5]	3300	[2700 – 4400]	2900	[2100 – 3900]
Botswana	15,3	[10,0 – 20,8]	5,1	[2,1 – 7,9]	11 000	[6600 – 17 000]	16 000	[13 000 – 19 000]
Burkina Faso	0,9	[0,5 – 1,3]	0,5	[0,2 – 0,8]	9200	[7400 – 11 000]	10 000	[6100 – 13 000]
Burundi	1,3	[0,6 – 2,0]	0,4	[0,2 – 0,7]	11 000	[8600 – 14 000]	14 000	[12 000 – 17 000]
Camerún	4,3	[1,0 – 5,9]	1,2	[0,5 – 2,2]	39 000	[33 000 – 45 000]	29 000	[22 000 – 39 000]
República de África Central	5,5	[4,1 – 7,0]	1,1	[0,5 – 1,5]	11 000	[9500 – 12 000]	8800	[6900 – 11 000]
Chad	2,8	[1,3 – 4,1]	2,0	[0,9 – 2,9]	14 000	[11 000 – 20 000]	8600	[3900 – 30 000]
Comoras	<0,1	[0,1]	0,1	[<0,1 – 0,2]	…	[<100]	…	[<100]
Congo	2,3	[1,3 – 3,3]	0,8	[0,3 – 1,1]	6400	[3000 – 10 000]	8300	[6900 – 10 000]
Côte d'Ivoire	2,4	[1,0 – 3,4]	0,8	[0,3 – 1,3]	38 000	[33 000 – 43 000]	43 000	[30 000 – 57 000]
República Democrática del Congo	…	[0,7 – 1,2]	…	[0,1 – 0,4]	…	[24 000 – 34 000]	…	[26 000 – 35 000]
Djibouti	2,1	[1,4 – 3,0]	0,7	[0,3 – 1,1]	1100	[<1000 – 1300]	<1000	[<200 – 1100]
Guinea Ecuatorial	2,5	[1,7 – 3,7]	0,8	[0,4 – 1,4]	…	[<1000]	<1000	[<500]
Eritrea	0,9	[0,4 – 1,6]	0,3	[0,1 – 0,6]	2600	[1800 – 3900]	1700	[1100 – 3300]
Etiopía	1,5	[1,1 – 1,9]	0,5	[0,2 – 0,7]	67 000	[57 000 – 77 000]	70 000	[57 000 – 84 000]
Gabón	3,9	[2,0 – 6,3]	1,3	[0,6 – 2,4]	2300	[1400 – 3700]	1800	[1100 – 2700]
Gambia	0,6	[0,3 – 1,0]	0,2	[0,1 – 0,4]	<1000	[<500]	<500	[<1000]
Ghana	1,3	[0,9 – 1,7]	0,4	[0,2 – 0,6]	21 000	[18 000 – 24 000]	15 000	[12 000 – 20 000]
Guinea	1,2	[0,9 – 1,8]	0,4	[0,2 – 0,6]	4500	[3300 – 5900]	2600	[1500 – 4300]
Guinea-Bissau	1,2	[0,3 – 2,5]	0,4	[0,2 – 0,8]	1100	[<1000 – 1500]	<1000	[<500]
Kenya[2]	…	[4,6 – 8,4]	…	[0,8 – 2,5]	…	[85 000 – 130 000]	…	[100 000 – 160 000]]
Lesotho	14,9	[10,6 – 18,4]	5,9	[2,5 – 9,6]	18 000	[16 000 – 20 000]	13 000	[9900 – 16 000]
Liberia	1,3	[0,8 – 1,7]	0,4	[0,2 – 0,6]	2300	[1700 – 4700]	1700	[1100 – 10 000]
Madagascar	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,3]	<1000	[1300]	<200	[<500]
Malawi	8,4	[6,7 – 10,4]	2,4	[0,9 – 3,8]	68 000	[59 000 – 77 000]	60 000	[49 000 – 71 000]
Malí	1,1	[0,7 – 1,5]	0,4	[0,2 – 0,5]	5800	[4600 – 7300]	4300	[2500 – 5400]
Mauritania	0,5	[0,2 – 1,0]	0,9	[0,4 – 1,9]	<1000	[<500 – 1300]	<200	[<500]
Mauricio	1,0	[0,5 – 2,2]	1,8	[0,8 – 4,5]	<500	[<200]	…	[<100]
Mozambique	8,5	[5,9 – 11,1]	2,9	[1,2 – 4,2]	81 000	[67 000 – 98 000]	47 000	[33 000 – 77 000]
Namibia	10,3	[6,2 – 14,5]	3,4	[1,4 – 5,3]	5100	[3100 – 7100]	6700	[5000 – 9000]
Níger	0,5	[0,3 – 0,8]	0,9	[0,4 – 1,5]	4000	[3000 – 5600]	1800	[1300 – 2900]
Nigeria	2,3	[1,2 – 3,3]	0,8	[0,3 – 1,2]	170 000	[130 000 – 270 000]	130 000	[67 000 – 540 000]
Rwanda	1,4	[0,9 – 1,9]	0,5	[0,3 – 0,7]	7800	[5700 – 10 000]	22 000	[20 000 – 25 000]
Senegal	0,8	[0,5 – 1,2]	0,3	[0,1 – 0,5]	1800	[1200 – 2600]	<1000	[1400]
Sierra Leona	1,3	[0,7 – 1,9]	0,4	[0,2 – 0,7]	3300	[2300 – 4700]	2100	[<1000 – 3400]
Somalia	0,3	[0,1 – 0,6]	0,6	[0,3 – 1,4]	1600	[<1000 – 3000]	<1000	[<500 – 1300]
Sudáfrica	12,7	[9,1 – 17,0]	4,0	[1,7 – 6,0]	350 000	[270 000 – 420 000]	180 000	[130 000 – 250 000]
Swazilandia	22,6	[17,7 – 27,2]	5,8	[2,2 – 9,3]	10 000	[8600 – 12 000]	7700	[6300 – 9700]
Togo	2,4	[1,4 – 3,3]	0,8	[0,4 – 1,2]	9100	[6900 – 12 000]	7200	[5400 – 9500]
Uganda	3,9	[2,7 – 5,2]	1,3	[0,6 – 1,9]	77 000	[68 000 – 89 000]	120 000	[110 000 – 150 000]
República Unida de Tanzanía	0,9	[0,5 – 1,3]	0,5	[0,4 – 0,7]	96 000	[86 000 – 110 000]	110 000	[99 000 – 130 000]
Zambia	11,3	[8,5 – 14,2]	3,6	[1,6 – 5,2]	56 000	[47 000 – 66 000]	78 000	[68 000 – 89 000]
Zimbabwe	7,7	[3,8 – 11,7]	2,9	[1,2 – 4,4]	140 000	[130 000 – 150 000]	150 000	[130 000 – 170 000]

	3. Huérfanos a causa del sida				4. Prevalencia (%) del VIH en los grupos en mayor riesgo de la ciudad capital					
	Huérfanos (0–17) con vida 2007		Huérfanos (0–17) con vida 2001		Usuarios de drogas inyectables		Profesionales femeninas del sexo		Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	
País	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Año	VIH (%)	Año	VIH (%)	Año	VIH (%)
Mundial	15 000 000	[13 000 000 – 19 000 000]	8 000 000	[6 900 000 – 12 000 000]	...	...	...	...	...	...
África subsahariana	11 600 000	[10 600 000 – 15 300 000]	6 500 000	[5 600 000 – 10 000 000]	...	...	...	...	...	...
Angola	50 000	[20 000 – 260 000]	23 000	[5900 – 200 000]	...	...	2007	23,1	...	...
Benin	29 000	[22 000 – 40 000]	11 000	[6800 – 25 000]	...	...	2006	25,5	...	...
Botswana	95 000	[81 000 – 110 000]	57 000	[45 000 – 74 000]	...	...	...	...	...	...
Burkina Faso	100 000	[62 000 – 130 000]	77 000	[23 000 – 120 000]	...	...	2005	8,9	...	...
Burundi	120 000	[100 000 – 150 000]	72 000	[53 000 – 93 000]	...	...	2002	16,8	...	...
Camerún	300 000	[230 000 – 390 000]	110 000	[74 000 – 170 000]	...	...	2004	26,4	...	...
República de África Central	72 000	[58 000 – 86 000]	32 000	[22 000 – 46 000]	...	...	...	...	...	...
Chad	85 000	[42 000 – 270 000]	31 000	[7000 – 170 000]	...	...	...	...	...	...
Comoras	<100	[<200]	...	[<100]	...	...	2007	0,0	...	...
Congo	69 000	[57 000 – 84 000]	55 000	[42 000 – 70 000]	...	...	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	420 000	[320 000 – 530 000]	220 000	[100 000 – 370 000]	...	...	...	...	...	...
República Democrática del Congo	...	[270 000 – 380 000]	...	[210 000 – 310 000]	...	...	2007[1]	14,7	...	...
Djibouti	5200	[1900 – 9600]	1500	[<200 – 4600]	...	...	...	...	...	...
Guinea Ecuatorial	4800	[3800 – 6100]	1900	[<1000 – 2700]	...	...	...	...	...	...
Eritrea	18 000	[12 000 – 32 000]	5700	[2800 – 16 000]	...	...	2006	9,7	...	...
Etiopía	650 000	[540 000 – 780 000]	310 000	[220 000 – 430 000]	...	...	...	...	...	...
Gabón	18 000	[11 000 – 28 000]	8000	[4700 – 13 000]	...	...	2007	20,0	...	...
Gambia	2700	[1300 – 4700]	<1000	[<500 – 1000]	...	...	...	...	...	...
Ghana	160 000	[130 000 – 200 000]	45 000	[29 000 – 74 000]	...	...	2006	38,0	2006	25,0
Guinea	25 000	[15 000 – 39 000]	10 000	[5000 – 26 000]	...	...	2007	34,5	...	...
Guinea-Bissau	6200	[4400 – 8700]	1900	[1400 – 2700]	...	...	...	...	...	...
Kenya[2]	...	[990 000 – 1 400 000]	...	[510 000 – 870 000]]	2007	50,0	...	...	2007	43,0
Lesotho	110 000	[93 000 – 120 000]	37 000	[26 000 – 49 000]	...	...	...	...	...	...
Liberia	15 000	[10 000 – 87 000]	6200	[2600 – 55 000]	...	...	...	...	...	...
Madagascar	3400	[2100 – 6000]	<500	[<1000]	...	...	2007	0,5	...	...
Malawi	560 000	[480 000 – 650 000]	240 000	[150 000 – 340 000]	...	...	2006	69,1	...	...
Malí	44 000	[27 000 – 56 000]	16 000	[3600 – 22 000]	...	...	2006	35,3	...	...
Mauritania	3000	[1500 – 5900]	<500	[<200 – 1300]	...	...	...	...	2007	19,1
Mauricio	<500	[<1000]	<100	[<500]	...	...	...	...	...	...
Mozambique	400 000	[280 000 – 590 000]	120 000	[53 000 – 350 000]	...	...	...	...	...	...
Namibia	66 000	[50 000 – 85 000]	23 000	[16 000 – 34 000]	...	...	...	...	...	...
Níger	25 000	[18 000 – 39 000]	7300	[4800 – 11 000]	...	...	2006	38,4	...	...
Nigeria	1 200 000	[640 000 – 4 100 000]	460 000	[110 000 – 3 400 000]	2007	5,6	2007	32,7	2007	13,5
Rwanda	220 000	[190 000 – 250 000]	230 000	[180 000 – 270 000]	...	...	...	...	...	...
Senegal	8400	[4600 – 14 000]	3800	[1900 – 7100]	...	...	2006	19,8	2004	21,5
Sierra Leona	16 000	[6400 – 26 000]	6000	[1300 – 10 000]	...	...	2005	8,5	...	...
Somalia	8800	[4900 – 16 000]	2000	[<1000 – 5700]	...	...	...	...	...	...
Sudáfrica	1 400 000	[1 100 000 – 1 800 000]	400 000	[260 000 – 590 000]	...	...	...	...	...	...
Swazilandia	56 000	[48 000 – 65 000]	19 000	[13 000 – 26 000]	...	...	...	...	...	...
Togo	68 000	[50 000 – 91 000]	31 000	[18 000 – 53 000]	...	...	2005	29,3	...	...
Uganda	1 200 000	[1 100 000 – 1 400 000]	1 100 000	[910 000 – 1 300 000]	...	...	...	...	...	...
República Unida de Tanzanía	970 000	[850 000 – 1 100 000]	610 000	[500 000 – 740 000]	...	...	...	...	...	...
Zambia	600 000	[530 000 – 660 000]	390 000	[290 000 – 490 000]	...	...	2004	65,4	...	...
Zimbabwe	1 000 000	[920 000 – 1 100 000]	720 000	[610 000 – 830 000]	...	...	...	...	...	...

[1] Estos datos figuran en el informe 2007 del UNGASS (Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas).

[2] Al momento de la elaboración del presente informe, se estaban preparando los análisis que incorporan nuevos datos de una encuesta poblacional con datos de otras fuentes. Esta es la razón por la que sólo se publican intervalos basados en análisis preliminares. Tan pronto como las estimaciones finales actualizadas estén listas, se publicarán en el sitio web del ONUSIDA.

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH

	Adultos y niños 2007		Adultos y niños 2001		Adultos (mayores de 15) 2007	
País	Estimación	[estimación baja – estimación alta]]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]
Asia oriental	**740 000**	**[480 000 – 1 100 000]**	**490 000**	**[330 000 – 750 000]**	**730 000**	**[480 000 – 1 100 000]**
China	700 000	[450 000 – 1 000 000]	470 000	[320 000 – 730 000]	690 000	[450 000 – 1 000 000]
República Popular Democrática de Corea	…	[<100]	…	[<100]	…	[<100]
Japón	9600	[7900 – 10 000]	8100	[7600 – 8500]	9600	[7900 – 10 000]
Mongolia	<1000	[1500]	…	[<100]	<1000	[<500 – 1500]
República de Corea	13 000	[7500 – 42 000]	6800	[3400 – 13 000]	13 000	[7500 – 42 000]
Oceanía	**74 000**	**[66 000 – 93 000]**	**25 000**	**[19 000 – 41 000]**	**73 000**	**[65 000 – 91 000]**
Australia	18 000	[11 000 – 36 000]	14 000	[8100 – 29 000]	18 000	[11 000 – 36 000]
Fiji	…	[<500]	…	[<500]	…	[<500]
Nueva Zelandia	1400	[<1000 – 2600]	1200	[<1000 – 2000]	1400	[<1000 – 2600]
Papua Nueva Guinea	54 000	[53 000 – 55 000]	10 000	[9800 – 10 000]	53 000	[52 000 – 54 000]
Asia meridional y sudoriental	**4 200 000**	**[3 500 000 – 5 300 000]**	**4 200 000**	**[3 100 000 – 5 500 000]**	**4 100 000**	**[3 400 000 – 5 200 000]**
Afganistán	…	…	…	…	…	…
Bangladesh	12 000	[7700 – 19 000]	7500	[4800 – 12 000]	12 000	[7600 – 19 000]
Bhután	<500	[<1000]	…	[<100]	<500	[<1000]
Brunei Darussalam	…	…	…	…	…	…
Camboya	75 000	[67 000 – 84 000]	120 000	[110 000 – 140 000]	70 000	[63 000 – 80 000]
India	2 400 000	[1 800 000 – 3 200 000]	2 700 000	[1 700 000 – 3 800 000]	2 300 000	[1 700 000 – 3 100 000]
Indonesia	270 000	[190 000 – 400 000]	93 000	[37 000 – 140 000]	270 000	[190 000 – 400 000]
Irán (República Islámica del)	86 000	[68 000 – 110 000]	46 000	[36 000 – 58 000]	85 000	[67 000 – 110 000]
República Democrática Popular Lao	5500	[3300 – 13 000]	1200	[<100 – 2500]	5400	[3300 – 13 000]
Malasia	80 000	[52 000 – 120 000]	44 000	[33 000 – 65 000]	79 000	[51 000 – 120 000]
Maldivas	…	[<100]	…	[<100]	…	[<100]
Myanmar	240 000	[160 000 – 370 000]	300 000	[230 000 – 380 000]	240 000	[150 000 – 360 000]
Nepal	70 000	[50 000 – 99 000]	56 000	[41 000 – 80 000]	68 000	[49 000 – 97 000]
Pakistán	96 000	[69 000 – 150 000]	51 000	[37 000 – 79 000]	94 000	[68 000 – 150 000]
Filipinas	8300	[6000 – 11 000]	<1000	[1200]	8200	[5900 – 11 000]
Singapur	4200	[2600 – 7300]	2900	[1800 – 5300]	4100	[2500 – 7200]
Sri Lanka	3800	[2800 – 5100]	3000	[2200 – 4000]	3700	[2800 – 5000]
Tailandia	610 000	[410 000 – 880 000]	660 000	[490 000 – 850 000]	600 000	[400 000 – 860 000]
Timor-Leste	…	…	…	…	…	…
Viet Nam	290 000	[180 000 – 470 000]	160 000	[97 000 – 250 000]	280 000	[170 000 – 470 000]
Europa oriental y Asia central	**1 500 000**	**[1 100 000 – 1 900 000]**	**650 000**	**[510 000 – 1 100 000]**	**1 500 000**	**[1 100 000 – 1 900 000]**
Armenia	2400	[1800 – 3500]	1800	[1300 – 2600]	2400	[1700 – 3500]
Azerbaiyán	7800	[4700 – 16 000]	<500	[<1000]	7800	[4700 – 16 000]
Belarús	13 000	[10 000 – 19 000]	13 000	[9600 – 18 000]	13 000	[10 000 – 18 000]
Bosnia y Herzegovina	<500	[<1000]	…	…	…	…
Bulgaria	…	…	…	…	…	…
Croacia	<500	[<1000]	…	…	…	…
Estonia	9900	[5400 – 19 000]	3500	[1400 – 10 000]	9900	[5300 – 18 000]
Georgia	2700	[1500 – 6100]	<500	[<1000]	2700	[1500 – 6100]
Kazajstán	12 000	[7000 – 29 000]	3500	[<500 – 6500]	12 000	[6900 – 29 000]
Kirguistán	4200	[2300 – 7700]	1000	[<1000 – 1800]	4200	[2200 – 7600]
Letonia	10 000	[7400 – 15 000]	4200	[2900 – 9700]	10 000	[7300 – 15 000]
Lituania	2200	[1200 – 4600]	1400	[<1000 – 3200]	2200	[1200 – 4600]

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH								
	Porcentaje de prevalencia en adultos (15-49) 2007		Porcentaje de prevalencia en adultos (15-49) 2007		Mujeres (mayores de 15) 2007		Mujeres (mayores de 15) 2001	
País	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estima-ción	[estimación baja – estimación alta]	Estima-ción	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]
Asia oriental	490 000	[330 000 – 740 000]	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	200 000	[130 000 – 320 000]
China	470 000	[320 000 – 730 000]	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	200 000	[120 000 – 310 000]
República Popular Democrática de Corea	…	[<100]	…	[<0,1]	…	[<0,1]	…	[<100]
Japón	8100	[7600 – 8500]	…	[<0,1]	…	[<0,1]	2300	[2000 – 2500]
Mongolia	…	[<100]	0,1	[<0,1 – 0,2]	…	[<0,1]	<200	[<500]
República de Corea	6800	[3400 – 13 000]	<0,1	[0,1]	<0,1	[0,1]	3600	[2000 – 12 000]
Oceanía	25 000	[19 000 – 40 000]	0,4	[0,3 – 0,5]	0,2	[0,1 – 0,3]	22 000	[21 000 – 24 000]
Australia	14 000	[8100 – 29 000]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,1	[<0,1 – 0,3]	1200	[<1000 – 2400]
Fiji	…	[<500]	0,1	[<0,1 – <0,2]	0,1	[<0,1 – <0,2]	…	[<200]
Nueva Zelandia	1200	[<1000 – 1900]	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	<500	[<200]
Papua Nueva Guinea	9800	[9600 – 9900]	1,5	[1,4 – 1,6]	0,3	[0,2 – 0,4]	21 000	[20 000 – 22 000]
Asia meridional y sudoriental	4 100 000	[3 000 000 – 5 400 000]	0,3	[0,2 – 0,4]	0,4	[0,3 – 0,5]	1 500 000	[1 200 000 – 1 900 000]
Afganistán	…	…	…	…	…	…	…	…
Bangladesh	7500	[4800 – 12 000]	…	[<0,1]	…	[<0,1]	2000	[1200 – 3400]
Bhután	…	[<100]	0,1	[<0,1 – 0,2]	…	[<0,1]	<100	[<200]
Brunei Darussalam	…	…	…	…	…	…	…	…
Camboya	120 000	[110 000 – 130 000]	0,8	[0,7 – 0,9]	1,5	[1,5 – 2,0]	20 000	[17 000 – 23 000]
India	2 600 000	[1 600 000 – 3 700 000]	0,3	[0,2 – 0,5]	0,5	[0,3 – 0,7]	880 000	[670 000 – 1 200 000]
Indonesia	93 000	[37 000 – 140 000]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,1	[<0,1 – 0,2]	54 000	[36 000 – 87 000]
Irán (República Islámica del)	45 000	[36 000 – 58 000]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,1	[<0,1 – 0,2]	24 000	[18 000 – 32 000]
República Democrática Popular Lao	1100	[<100 – 2500]	0,2	[0,1 – 0,4]	<0,1	[0,1]	1300	[<1000 – 3100]
Malasia	43 000	[33 000 – 64 000]	0,5	[0,3 – 0,8]	0,3	[0,2 – 0,5]	21 000	[13 000 – 34 000]
Maldivas	…	[<100]	…	[<0,1]	…	[<0,1]	…	[<100]
Myanmar	290 000	[220 000 – 370 000]	0,7	[0,4 – 1,1]	0,9	[0,7 – 1,2]	100 000	[63 000 – 150 000]
Nepal	55 000	[41 000 – 78 000]	0,5	[0,4 – 0,7]	0,5	[0,3 – 0,7]	17 000	[12 000 – 25 000]
Pakistán	50 000	[36 000 – 77 000]	0,1	[<0,1 – 0,2]	…	[0,1]	27 000	[19 000 – 42 000]
Filipinas	<1000	[1200]	…	[<0,1]	…	…	2200	[1600 – 3100]
Singapur	2900	[1700 – 5200]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,1	[<0,1 – 0,2]	1200	[<1000 – 2100]
Sri Lanka	3000	[2200 – 4000]	…	[<0,1]	…	[<0,1]	1400	[<1000 – 1800]
Tailandia	650 000	[480 000 – 830 000]	1,4	[0,9 – 2,1]	1,7	[1,2 – 2,1]	250 000	[170 000 – 360 000]
Timor-Leste	…	…	…	…	…	…	…	…
Viet Nam	150 000	[96 000 – 240 000]	0,5	[0,3 – 0,9]	0,3	[0,2 – 0,5]	76 000	[46 000 – 120 000]
Europa oriental y Asia central	650 000	[500 000 – 1 100 000]	0,8	[0,6 – 1,1]	0,4	[0,3 – 0,7]	460 000	[350 000 – 590 000]
Armenia	1800	[1300 – 2600]	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	<1000	[<500]
Azerbaiyán	<500	[<1000]	0,2	[0,1 – 0,3]	…		1300	[<1000 – 2900]
Belarús	12 000	[9600 – 17 000]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,2	[0,1 – 0,3]	3900	[2800 – 5500]
Bosnia y Herzegovina	…	…	<0,1	[<0,2]	…	…	…	…
Bulgaria	…	…	…	…	…	…	…	…
Croacia	…	…	<0,1	[<0,2]	…	…	…	…
Estonia	3500	[1400 – 10 000]	1,3	[0,7 – 2,5]	0,5	[0,2 – 1,4]	2400	[1300 – 4800]
Georgia	<500	[<1000]	0,1	[<0,1 – 0,3]	…	[<0,1]	<1000	[<500 – 1500]
Kazajstán	3400	[<500 – 6400]	0,1	[<0,1 – 0,3]	<0,1	[0,1]	3300	[1800 – 7700]
Kirguistán	1000	[<1000 – 1800]	0,1	[<0,1 – 0,3]	<0,1	[0,1]	1100	[<1000 – 2000]
Letonia	4200	[2800 – 9700]	0,8	[0,6 – 1,2]	0,3	[0,2 – 0,8]	2700	[1800 – 4000]
Lituania	1400	[<1000 – 3200]	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[0,2]	<1000	[<500 – 1200]

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH

	Mujeres (mayores de 15) 2001		Niños (0–14) 2007		Niños (0–14) 2001	
País	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]
Asia oriental	**130 000**	**[83 000 – 200 000]**	**7800**	**[5300 – 11 000]**	**3500**	**[2500 – 5100]**
China	120 000	[80 000 – 200 000]	…	…	…	…
República Popular Democrática de Corea	…	[<100]	…	…	…	…
Japón	1800	[1700 – 2000]	…	…	…	…
Mongolia	…	[<100]	…	…	…	…
República de Corea	1800	[<1000 – 3300]	…	…	…	…
Oceanía	**4600**	**[4000 – 5900]**	**1100**	**[1200]**	**<500**	**…**
Australia	<1000	[<500 – 2100]	…	…	…	…
Fiji	…	[<100]	…	…	…	…
Nueva Zelandia	<200	[<500]	…	…	…	…
Papua Nueva Guinea	3400	[3300 – 3600]	1100	[<1000 – 1200]	<200	[<500]
Asia meridional y sudoriental	**1 500 000**	**[1 100 000 – 2 000 000]**	**140 000**	**[110 000 – 180 000]**	**98 000**	**[50 000 – 150 000]**
Afganistán	…	…	…	…	…	…
Bangladesh	<100	[<500]	…	…	…	…
Bhután	…	[<100]	…	…	…	…
Brunei Darussalam	…	…	…	…	…	…
Camboya	31 000	[26 000 – 37 000]	4400	[4000 – 5000]	3600	[2900 – 4600]
India	1 000 000	[630 000 – 1 500 000]	…	…	…	…
Indonesia	10 000	[2600 – 20 000]	…	…	…	…
Irán (República Islámica del)	12 000	[8700 – 16 000]	…	…	…	…
República Democrática Popular Lao	<500	[<100 – <1000]	…	…	…	…
Malasia	10 000	[6900 – 16 000]	…	…	…	…
Maldivas	…	[<100]	…	…	…	…
Myanmar	97 000	[72 000 – 130 000]	…	…	…	…
Nepal	12 000	[8200 – 18 000]	…	…	…	…
Pakistán	13 000	[9100 – 21 000]	…	…	…	…
Filipinas	<500	[<1000]	…	…	…	…
Singapur	<1000	[<500 – 1500]	…	…	…	…
Sri Lanka	<1000	[<1000 – 1100]	…	…	…	…
Tailandia	240 000	[170 000 – 310 000]	14 000	[12 000 – 17 000]	10 000	[7500 – 14 000]
Timor-Leste	…	…	…	…	…	…
Viet Nam	37 000	[22 000 – 61 000]	…	…	…	…
Europa oriental y Asia central	**180 000**	**[130 000 – 300 000]**	**12 000**	**[9100 – 15 000]**	**2800**	**[2200 – 4800]**
Armenia	<500	[<1000]	…	…	…	…
Azerbaiyán	…	[<100]	…	…	…	…
Belarús	3300	[2400 – 4700]	…	…	…	…
Bosnia y Herzegovina	…	…	…	…	…	…
Bulgaria	…	…	…	…	…	…
Croacia	…	…	…	…	…	…
Estonia	<1000	[<500 – 2100]	…	…	…	…
Georgia	<100	[<200]	…	…	…	…
Kazajstán	<1000	[<200 – 1600]	…	…	…	…
Kirguistán	<500	[<200]	…	…	…	…
Letonia	<1000	[<1000 – 2200]	…	…	…	…
Lituania	<500	[<200 – <1000]	…	…	…	…

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH					2. Muertes a causa del sida			
	Tasa (%) de mujeres jóvenes (15–24) 2007		Tasa (%) de varones jóvenes (15–24) 2007		Muertes en adultos y niños 2007		Muertes en adultos y niños 2001	
País	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]
Asia oriental	<0,1	[0,1]	<0,1	[0,1]	40 000	[24 000 – 63 000]	15 000	[8200 – 24 000]
China	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	39 000	[23 000 – 62 000]	15 000	[8100 – 24 000]
República Popular Democrática de Corea	…	…	…	…	…	[<100]	…	[<100]
Japón	…	[<0,1]	…	[<0,1]	<100	[<500]	…	[<100]
Mongolia	…	[<0,1]	0,1	[<0,1 – 0,2]	…	[<100]	…	[<100]
República de Corea	<0,1	[0,1]	<0,1	[0,2]	<500	[<1000]	<200	[<500]
Oceanía	0,2	[0,1 – 0,3]	0,3	[0,1 – 0,4]	1000	[<1000 – 1400]	…	[<500]
Australia	<0,1	[0,1]	0,2	[0,1 – 0,4]	<100	[<500]	<100	[<200]
Fiji	…	[0,1]	0,1	[<0,1 – 0,2]	…	[<100]	…	[<100]
Nueva Zelandia	…	[<0,1]	0,1	[<0,1 – 0,2]	…	[<100]	…	[<100]
Papua Nueva Guinea	0,7	[0,5 – 0,9]	0,6	[0,2 – 0,8]	<1000	[1100]	…	[<500]
Asia meridional y sudoriental	0,5	[0,3 – 0,7]	0,3	[0,1 – 0,5]	340 000	[230 000 – 450 000]	250 000	[140 000 – 370 000]
Afganistán	…	…	…	…	…	[<100]	…	…
Bangladesh	…	[<0,1]	…	[<0,1]	<500	[<1000]	…	[<100]
Bhután	<0,1	[0,1]	0,1	[<0,1 – 0,3]	…	[<100]	…	…
Brunei Darussalam	…	…	…	…	…	…	…	…
Camboya	0,3	[0,1 – 0,6]	0,8	[0,3 – 1,2]	6900	[4300 – 8100]	14 000	[11 000 – 16 000]
India	0,3	[<0,1 – 0,5]	0,3	[<0,1 – 0,5]	…	…	…	…
Indonesia	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,3	[0,1 – 0,5]	8700	[4900 – 13 000]	<100	[<200]
Irán (República Islámica del)	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,3]	4300	[3100 – 6000]	1000	[<1000 – 1500]
República Democrática Popular Lao	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,5]	<100	[<200]	<100	[<200]
Malasia	0,3	[0,2 – 0,5]	0,6	[0,3 – 1,0]	3100	[2100 – 4500]	<1000	[<500 – 1400]
Maldivas	…	[<0,1]	…	[<0,1]	…	[<100]	…	…
Myanmar	0,6	[0,3 – 1,0]	0,7	[0,3 – 1,2]	24 000	[18 000 – 32 000]	24 000	[17 000 – 34 000]
Nepal	0,3	[0,2 – 0,4]	0,5	[0,3 – 0,9]	4900	[3400 – 7300]	2600	[1800 – 4100]
Pakistán	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	5000	[3400 – 8100]	1900	[1200 – 3100]
Filipinas	…	[<0,1]	…	[<0,1]	<200	[<100 – <500]	…	[<100]
Singapur	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,3]	<200	[<100 – <500]	<100	[<200]
Sri Lanka	…	[<0,1]	<0,1	[0,1]	…	[<500]	<200	[<500]
Tailandia	1,2	[0,4 – 2,0]	1,2	[0,5 – 2,1]	31 000	[17 000 – 48 000]	66 000	[46 000 – 92 000]
Timor-Leste	…	…	…	…	…	…	…	…
Viet Nam	0,3	[0,1 – 0,5]	0,6	[0,3 – 1,1]	20 000	[12 000 – 33 000]	5500	[1700 – 17 000]
Europa oriental y Asia central	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,9	[0,5 – 1,3]	58 000	[41 000 – 88 000]	6700	[4700 – 12 000]
Armenia	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,3]	<200	[<100 – <500]	…	[<100]
Azerbaiyán	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,3	[0,1 – 0,6]	<100	[<200]	…	…
Belarús	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,3	[0,1 – 0,4]	<1000	[1300]	<500	[<1000]
Bosnia y Herzegovina	…	…	…	…	…	…	…	…
Bulgaria	…	…	…	…	…	[<100]	…	…
Croacia	…	…	…	…	…	…	…	…
Estonia	0,7	[0,3 – 1,6]	1,6	[0,7 – 3,7]	<500	[<200 – <1000]	…	[<100]
Georgia	0,1	[<0,1- 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,4]	…	[<100]	…	[<100]
Kazajstán	0,1	[<0,1- 0,2]	0,2	[0,1 – 0,4]	<500	[<200 – <1000]	<100	[<200]
Kirguistán	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,3]	…	[<100]	…	[<100]
Letonia	0,5	[0,2 – 0,7]	0,9	[0,4 – 1,6]	<500	[<1000]	…	[<100]
Lituania	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,3]	<200	[<100 – <500]	…	[<100]

	3. Huérfanos a causa del sida				4. Prevalencia (%) del VIH en los grupos de mayor riesgo en la ciudad capital					
	Huérfanos (0–17) con vida 2007		Huérfanos (0–17) con vida 2001		Usuarios de drogas inyectables		Profesionales femeninas del sexo		Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	
País	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Año	VIH (%)	Año	VIH (%)	Año	VIH (%)
Asia oriental	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
China	...	...	...	...	2007	8,1	2007	0,3	2007	2,1
República Popular Democrática de Corea	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Japón	...	...	...	...	...	...	...	...	2005	5,3
Mongolia	...	...	...	...	...	...	...	...	2005	0,0
República de Corea	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Oceanía	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Australia	...	...	...	...	2007	1,5	2006	0,0	...	...
Fiji	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nueva Zelandia	...	...	...	...	2007[1]	0,0	2007[1]	0,0	2007[1]	0,9
Papua Nueva Guinea	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Asia meridional y sudoriental	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Afganistán	...	...	...	...	2006	3,0	2007	0,0	...	...
Bangladesh	...	...	...	...	2006	6,4	2006	0,2	2006	0,2
Bhután	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Brunei Darussalam	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Camboya	...	...	...	...	...	...	2007	12,7	2005	4,5
India	...	...	...	...	2006	6,9	...	...	2006	6,4
Indonesia	...	...	...	...	2007	52,4	2007	9,5	2007	5,2
Irán (República Islámica del)	...	...	...	...	2007	18,8	...	...	...	...
República Democrática Popular Lao	...	...	...	...	...	...	...	...	2007	5,6
Malasia	...	...	...	...	2007	4,5	...	...	2007	7,1
Maldivas	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Myanmar	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nepal	...	...	...	...	2007	34,7	2007	1,7	2007	3,3
Pakistán	...	...	...	...	...	...	2007	0.9	...	...
Filipinas	...	...	...	...	2007	0,1	2007	0,1	2007	0,3
Singapur	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sri Lanka	...	...	...	...	...	...	2006	0,2	...	...
Tailandia	...	...	...	...	2007	28,8	2007	5,0	2007	24,6
Timor-Leste	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	...	...	...	...	2006	23,1	2006	4,2	2006	9,0
Europa oriental y Asia central	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Armenia	...	...	...	...	2007	6,8	2007	0,4	2007	2,0
Azerbaiyán	...	...	...	...	2003	13,0	...	...	...	...
Belarús	...	...	...	...	2006	16,6	2006	1,0	2006	0,2
Bosnia y Herzegovina	...	...	...	...	2006	0,1	...	...	...	...
Bulgaria	...	...	...	...	2006	3,4	2006	0,2	2006	0,0
Croacia	...	...	...	...	2006	0,6	2006	1,4	2006	3,0
Estonia	...	...	...	...	2005	62,1	2006	7,7	2007	1,7
Georgia	...	...	...	...	2006	0,0	2006	0,6	2007	3,6
Kazajstán	...	...	...	...	2006	7,4	2006	1,4	2006	1,0
Kirguistán	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Letonia	...	...	...	...	2007	22,5	...	...	...	...
Lituania	...	...	...	...	2007	9,7	2007	0,0	2007	1,2

[1] Estos datos figuran en el informe 2007 del UNGASS .

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH						
	Adultos y niños 2007		Adultos y niños 2001		Adultos (mayores de 15) 2007	
País	Estimación	[low estimate – high estimate]	Estimación	[low estimate – high estimate]	Estimación	[low estimate – high estimate]
República de Moldova	8900	[6000 – 15 000]	<1000	[<200 – 1400]	8800	[6000 – 15 000]
Rumania	15 000	[12 000 – 16 000]	15 000	[14 000 – 16 000]	14 000	[11 000 – 16 000]
Federación de Rusia	940 000	[630 000 – 1 300 000]	390 000	[260 000 – 860 000]	940 000	[630 000 – 1 300 000]
Tayikistán	10 000	[5000 – 23 000]	2500	[<100 – 5300]	10 000	[4900 – 23 000]
Turkmenistán	<500	[<1000]	…	…	<500	[<1000]
Ucrania	440 000	[340 000 – 540 000]	210 000	[180 000 – 260 000]	430 000	[330 000 – 530 000]
Uzbekistán	16 000	[8100 – 45 000]	1400	[<1000 – 3800]	16 000	[8000 – 44 000]
Europa occidental y central	**730 000**	**[580 000 – 1 000 000]**	**610 000**	**[490 000 – 810 000]**	**730 000**	**[580 000 – 990 000]**
Albania	…	[<1000]	…	…	…	…
Austria	9800	[7600 – 13 000]	5500	[4700 – 6400]	9800	[7600 – 13 000]
Bélgica	15 000	[8900 – 29 000]	13 000	[7500 – 23 000]	15 000	[8900 – 29 000]
República Checa	1500	[<1000 – 2800]	1300	[<1000 – 2400]	1500	[<1000 – 2800]
Dinamarca	4800	[3700 – 6900]	3300	[2700 – 4000]	4800	[3700 – 6900]
Finlandia	2400	[1400 – 4400]	2000	[1200 – 3700]	2400	[1400 – 4400]
Francia	140 000	[78 000 – 240 000]	120 000	[66 000 – 200 000]	140 000	[78 000 – 240 000]
Alemania	53 000	[31 000 – 97 000]	44 000	[27 000 – 80 000]	52 000	[31 000 – 97 000]
Grecia	11 000	[6100 – 19 000]	8400	[4900 – 15 000]	11 000	[6100 – 19 000]
Hungría	3300	[2000 – 5900]	2800	[1700 – 4900]	3300	[2000 – 5900]
Islandia	<500	[<1000]	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Irlanda	5500	[4100 – 7700]	4600	[3100 – 6400]	5500	[4100 – 7700]
Israel	5100	[2500 – 12 000]	3600	[1800 – 9400]	4900	[2500 – 12 000]
Italia	150 000	[110 000 – 210 000]	140 000	[100 000 – 190 000]	150 000	[110 000 – 210 000]
Luxemburgo	…	[<1000]	<500	[<1000]	…	[<1000]
Malta	<500	[<1000]	<200	[<500]	200	[<500]
Montenegro	…	…	…	…	…	…
Países Bajos	18 000	[10 000 – 32 000]	16 000	[9300 – 27 000]	18 000	[10 000 – 32 000]
Noruega	3000	[1700 – 5000]	2400	[1500 – 4000]	3000	[1700 – 5000]
Polonia	20 000	[11 000 – 34 000]	15 000	[8600 – 25 000]	19 000	[11 000 – 34 000]
Portugal	34 000	[20 000 – 63 000]	29 000	[18 000 – 51 000]	34 000	[20 000 – 63 000]
Serbia	6400	[3900 – 12 000]	5100	[3100 – 11 000]	6400	[3900 – 12 000]
Eslovaquia	<500	[<1000]	…	…	<500	[<1000]
Eslovenia	<500	[<1000]	…	…	<500	[<1000]
España	140 000	[80 000 – 230 000]	120 000	[70 000 – 200 000]	140 000	[80 000 – 230 000]
Suecia	6200	[3500 – 11 000]	5300	[3100 – 9100]	6200	[3500 – 11 000]
Suiza	25 000	[14 000 – 43 000]	22 000	[13 000 – 38 000]	25 000	[14 000 – 43 000]
Ex República Yugoslava de Macedonia	<500	[<1000]	…	…	<500	[<1000]
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	77 000	[37 000 – 160 000]	47 000	[27 000 – 82 000]	77 000	[37 000 – 160 000]
África del Norte y Oriente Medio	**380 000**	**[280 000 – 510 000]**	**300 000**	**[210 000 – 400 000]**	**350 000**	**[250 000 – 490 000]**
Argelia	21 000	[11 000 – 43 000]	12 000	[7000 – 28 000]	21 000	[11 000 – 43 000]
Bahrein	…	…	…	…	…	…
Chipre	…	…	…	…	…	…
Egipto	9200	[7200 – 13 000]	5700	[4500 – 7800]	9000	[7100 – 12 000]
Iraq	…	…	…	…	…	…
Jordania	<1000	[<2000]	…	…	…	…
Kuwait	<1000	[<2000]	…	…	…	…

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH

	Adultos (a partir de 15) 2001		Porcentaje de prevalencia en adultos (15-49) 2007		Porcentaje de prevalencia en adultos (15-49) 2001		Mujeres (a partir de 15) 2007	
País	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estima-ción	[estimación baja – estimación alta]	Estima-ción	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]
República de Moldova	<1000	[<200 – 1400]	0,4	[0,3 – 0,7]	<0,1	[0,1]	2600	[1700 – 4400]
Rumania	14 000	[13 000 – 15 000]	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	7000	[5500 – 7700]
Federación de Rusia	390 000	[260 000 – 850 000]	1,1	[0,8 – 1,6]	0,5	[0,3 – 1,0]	240 000	[150 000 – 350 000]
Tayikistán	2400	[<100 – 5200]	0,3	[0,1 – 0,6]	0,1	[<0,1 – 0,2]	2100	[<1000 – 5000]
Turkmenistán	…	…	<0,1	[<0,2]	…	…	…	…
Ucrania	210 000	[180 000 – 250 000]	1,6	[1,2 – 2,0]	0,8	[0,7 – 1,0]	190 000	[140 000 – 230 000]
Uzbekistán	1400	[<1000 – 3700]	0,1	[<0,1 – 0,3]	…	[<0,1]	4600	[2100 – 12 000]
Europa occidental y central	**610 000**	**[490 000 – 810 000]**	**0,3**	**[0,2 – 0,4]**	**0,2**	**[0,1 – 0,3]**	**200 000**	**[160 000 – 270 000]**
Albania	…	…	…	[<0,2]	…	…	…	…
Austria	5500	[4700 – 6400]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,1	[<0,1 – 0,2]	2900	[2100 – 3900]
Bélgica	13 000	[7500 – 23 000]	0,2	[0,1 – 0,5]	0,2	[0,1 – 0,4]	4100	[2400 – 8400]
República Checa	1300	[<1000 – 2400]	…	[<0,1]	…	[<0,1]	<500	[<1000]
Dinamarca	3300	[2700 – 4000]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,1	[<0,1 – 0,2]	1100	[<1000 – 1600]
Finlandia	2000	[1200 – 3700]	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	<1000	[<500 – 1300]
Francia	120 000	[66 000 – 200 000]	0,4	[0,2 – 0,7]	0,4	[0,2 – 0,6]	38 000	[21 000 – 68 000]
Alemania	44 000	[27 000 – 79 000]	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	15 000	[8500 – 27 000]
Grecia	8300	[4900 – 15 000]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,1	[<0,1 – 0,2]	3000	[1700 – 5400]
Hungría	2800	[1700 – 4900]	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	<1000	[1600]
Islandia	<500	[<1000]	0,2	[0,1 – 0,4]	0,2	[0,1 – 0,3]	<200	[<500]
Irlanda	4600	[3100 – 6300]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,2	[0,1 – 0,3]	1500	[1100 – 2100]
Israel	3500	[1800 – 9100]	0,1	[<0,1 – 0,3]	0,1	[<0,1 – 0,3]	2900	[1500 – 6700]
Italia	140 000	[100 000 – 190 000]	0,4	[0,3 – 0,6]	0,4	[0,3 – 0,6]	41 000	[30 000 – 58 000]
Luxemburgo	<500	[<1000]	0,2	[0,1 – 0,4]	0,2	[0,1 – 0,3]	<200	[<500]
Malta	<200	[<500]	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	…	[<100]
Montenegro	…	…	…	…	…	…	…	…
Países Bajos	16 000	[9200 – 27 000]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,2	[0,1 – 0,3]	4900	[2800 – 8600]
Noruega	2400	[1500 – 4000]	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	<1000	[<500 – 1400]
Polonia	15 000	[8600 – 25 000]	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	5500	[3000 – 9700]
Portugal	29 000	[17 000 – 50 000]	0,5	[0,3 – 0,9]	0,5	[0,3 – 0,8]	9400	[5500 – 18 000]
Serbia	5100	[3100 – 11 000]	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	1800	[1100 – 3500]
Eslovaquia	…	…	<0,1	[<0,2]	…	…	…	…
Eslovenia	…	…	<0,1	[<0,2]	…	…	…	…
España	120 000	[70 000 – 200 000]	0,5	[0,3 – 0,8]	0,5	[0,3 – 0,8]	28 000	[16 000 – 47 000]
Suecia	5300	[3000 – 9100]	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	2900	[1600 – 4800]
Suiza	22 000	[13 000 – 38 000]	0,6	[0,3 – 1,0]	0,6	[0,3 – 1,0]	9200	[5100 – 16 000]
Ex República Yugoslava de Macedonia	…	…	<0,1	[<0,2]	…	…	…	…
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	47 000	[27 000 – 82 000]	0,2	[0,1 – 0,5]	0,2	[0,1 – 0,3]	22 000	[11 000 – 48 000]
África del Norte y Oriente Medio	**280 000**	**[200 000 – 360 000]**	**0,3**	**[0,2 – 0,4]**	**0,3**	**[0,2 – 0,4]**	**190 000**	**[130 000 – 260 000]**
Argelia	12 000	[6900 – 27 000]	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	6000	[3100 – 12 000]
Bahrein	…	…	…	[<0,2]	…	…	…	…
Chipre	…	…	…	[<0,2]	…	…	…	…
Egipto	5600	[4500 – 7700]	…	[<0,1]	…	[<0,1]	2600	[1900 – 3600]
Iraq	…	…	…	[<0,2]	…	…	…	…
Jordania	…	…	…	[<0,2]	…	…	…	…
Kuwait	…	…	…	[<0,2]	…	…	…	…

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH						
	Mujeres (mayores de 15) 2001		Niños (0–14) 2007		Niños (0–14) 2001	
País	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]
República de Moldova	<500	[<100]	…	[<100]	…	[<100]
Rumania	7100	[6600 – 7400]	…	[<500]	…	[<1000]
Federación de Rusia	86 000	[50 000 – 200 000]	5200	[3500 – 7500]	<1000	[2800]
Tayikistán	<500	[<100 – <1000]	<100	[<200]	…	[<100]
Turkmenistán	…	…	…	…	…	…
Ucrania	75 000	[62 000 – 95 000]	5100	[3900 – 6400]	1100	[<1000 – 1500]
Uzbekistán	<500	[<200 – <1000]	<200	[<100 – <500]	…	[<100]
Europa occidental y central	**160 000**	**[120 000 – 210 000]**	**1300**	**[<1000 – 1800]**	**2100**	**[1600 – 3000]**
Albania	…	…	…	…	…	…
Austria	1500	[1200 – 1800]	…	…	…	…
Bélgica	3400	[2000 – 6100]	…	…	…	…
República Checa	<500	[<1000]	…	…	…	…
Dinamarca	…	[<100]	…	…	…	…
Finlandia	<1000	[<500]	…	…	…	…
Francia	30 000	[17 000 – 52 000]	…	…	…	…
Alemania	12 000	[6800 – 21 000]	…	…	…	…
Grecia	2200	[1300 – 4000]	…	…	…	…
Hungría	<1000	[<500 – 1300]	…	…	…	…
Islandia	<100	[<200]	…	…	…	…
Irlanda	1200	[<1000 – 1700]	…	…	…	…
Israel	2100	[1000 – 5300]	…	…	…	…
Italia	36 000	[26 000 – 51 000]	…	…	…	…
Luxemburgo	<200	[<100 – <500]	…	…	…	…
Malta	…	[<100]	…	…	…	…
Montenegro	…	…	…	…	…	…
Países Bajos	4100	[2300 – 7100]	…	…	…	…
Noruega	<1000	[<500 – 1100]	…	…	…	…
Polonia	3900	[2300 – 6700]	…	…	…	…
Portugal	7700	[4600 – 14 000]	…	…	…	…
Serbia	1300	[<1000 – 2900]	…	…	…	…
Eslovaquia	…	…	…	…	…	…
Eslovenia	…	…	…	…	…	…
España	25 000	[14 000 – 42 000]	…	…	…	…
Suecia	2300	[1300 – 3900]	…	…	…	…
Suiza	7300	[4200 – 13 000]	…	…	…	…
Ex República Yugoslava de Macedonia	…	…	…	…	…	…
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	12 000	[6900 – 22 000]	…	…	…	…
África del Norte y Oriente Medio	**150 000**	**[110 000 – 200 000]**	**26 000**	**[18 000 – 34 000]**	**20 000**	**[8800 – 34 000]**
Argelia	3000	[1700 – 7400]	…	…	…	…
Bahrein	…	…	…	…	…	…
Chipre	…	…	…	…	…	…
Egipto	1500	[1100 – 2100]	…	…	…	…
Iraq	…	…	…	…	…	…
Jordania	…	…	…	…	…	…
Kuwait	…	…	…	…	…	…

	1. Número estimado de personas que vivían con el VIH				2. Fallecimientos a causa del sida			
	Tasa (%) de mujeres jóvenes (15–24) 2007		Tasa (%) de varones jóvenes (15–24) 2007		Fallecimientos en adultos y niños 2007		Fallecimientos en adultos y niños 2001	
País	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]
República de Moldova	0,2	[0,1 – 0,4]	0,4	[0,2 – 0,9]	<100	[<200]	…	[<100]
Rumania	0,2	[0,1 – 0,3]	0,2	[0,1 – 0,3]	…	[<1000]	…	[<500]
Federación de Rusia	0,6	[0,3 – 1,0]	1,3	[0,6 – 2,3]	35 000	[21 000 – 63 000]	1900	[1100 – 6400]
Tayikistán	0,1	[<0,1 – 0,4]	0,4	[0,2 – 1,2]	<100	[<200]	<100	[<200]
Turkmenistán	…	…	…	…	…	…	…	…
Ucrania	1,5	[1,0 – 2,0]	1,5	[0,6 – 2,2]	19 000	[14 000 – 25 000]	4000	[2400 – 6100]
Uzbekistán	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,3]	<500	[<100 – <1000]	…	[<100]
Europa occidental y central	**0,2**	**[0,1 – 0,3]**	**0,2**	**[0,1 – 0,3]**	**8000**	**[4800 – 17 000]**	**9600**	**[6800 – 16 000]**
Albania	…	…	…	…	…	…	…	…
Austria	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,4]	…	[<100]	…	[<100]
Bélgica	0,1	[<0,1 – 0,3]	0,2	[0,1 – 0,5]	<100	[<500]	<100	[<200]
República Checa	…	[<0,1]	<0,1	[0,1]	…	[<100]	…	[<100]
Dinamarca	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,3]	…	[<100]	…	[<100]
Finlandia	<0,1	[0,1]	0,1	[<0,1 – 0,2]	…	[<100]	…	[<100]
Francia	0,2	[0,1 – 0,5]	0,4	[0,2 – 0,8]	1800	[<1000 – 4700]	1900	[<1000 – 4900]
Alemania	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	<500	[<100 – 1300]	<200	[<100 – <1000]
Grecia	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,3]	<100	[<500]	<100	[<200]
Hungría	<0,1	[0,1]	0,1	[<0,1 – 0,2]	…	[<100]	…	[<100]
Islandia	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,4]	…	[<100]	…	[<100]
Irlanda	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,3]	<100	[<200]	…	[<100]
Israel	0,1	[<0,1 – 0,2]	<0,1	[0,1]	<200	[<500]	<100	[<200]
Italia	0,2	[0,1 – 0,4]	0,4	[0,2 – 0,7]	1900	[<1000 – 5000]	3100	[1900 – 5200]
Luxemburgo	0,1	[<0,1 – 0,3]	0,2	[0,1 – 0,5]	…	[<100]	…	[<100]
Malta	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	…	[<100]	…	[<100]
Montenegro	…	…	…	…	…	…	…	…
Países Bajos	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,4]	<200	[<100 – <500]	<100	[<500]
Noruega	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	…	[<100]	…	[<100]
Polonia	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	<200	[<100 – <500]	…	[<100]
Portugal	0,3	[0,1 – 0,7]	0,5	[0,2 – 1,1]	<500	[<200 – 1100]	<1000	[<500 – 1200]
Serbia	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	<100	[<200]	…	[<100]
Eslovaquia	…	…	…	…	…	…	…	…
Eslovenia	…	…	…	…	<100	[<200]	…	…
España	0,2	[<0,1 – 0,4]	0,6	[0,2 – 1,1]	2300	[<1000 – 6600]	3000	[1500 – 5700]
Suecia	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	<100	[<200]	…	[<100]
Suiza	0,5	[0,2 – 1,0]	0,4	[0,1 – 0,9]	<500	[<100 – <1000]	<500	[<200 – <1000]
Ex República Yugoslava de Macedonia	…	…	…	…	…	…	…	…
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	0,1	[<0,1 – 0,3]	0,3	[0,1 – 0,6]	<500	[<100 – 1200]	<200	[<100 – <500]
África del Norte y Oriente Medio	**0,3**	**[0,1 – 0,5]**	**0,1**	**[<0,1 – 0,2]**	**27 000**	**[20 000 – 35 000]**	**22 000**	**[10 000 – 37 000]**
Argelia	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,3]	<1000	[<500 – 2100]	<200	[<100 – <500]
Bahrein	…	…	…	…	…	…	…	…
Chipre	…	…	…	…	…	…	…	…
Egipto	…	[<0,1]	…	[<0,1]	<1000	[<500]	<500	[<200]
Iraq	…	…	…	…	…	…	…	…
Jordania	…	…	…	…	…	…	…	…
Kuwait	…	…	…	…	…	…	…	…

	3. Huérfanos a causa del sida				4. Prevalencia (%) del VIH en los grupos en mayor riesgo de la ciudad capital					
	Huérfanos (0–17) con vida 2007		Huérfanos (0–17) con vida 2001		Usuarios de drogas inyectables		Profesionales femeninas del sexo		Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	
País	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Año	VIH (%)	Año	VIH (%)	Año	VIH (%)
República de Moldova	...	...	...	...	2007	17,5	2007	2,9	2007	4,8
Rumania	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Federación de Rusia	...	...	...	...	2006	10,3	...	...	2006	0,9
Tayikistán	...	...	...	...	2006	23,5	2006	3,7	...	...
Turkmenistán	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ucrania	...	...	...	...	2006	61,2	2006	4,0	2007	4,4
Uzbekistán	...	...	...	...	2005	17,9	2005	4,7	2005	10,8
Europa occidental y central	**...**	**...**	**...**	**...**	**...**	**...**	**...**	**...**	**...**	**...**
Albania	...	...	...	...	...	...	...	...	2005	0,8
Austria	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bélgica	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
República Checa	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Dinamarca	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Finlandia	...	...	...	...	2007[1]	1,4	...	...	2007[1]	4,5
Francia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Alemania	...	...	...	...	...	...	...	...	2007	10,7
Grecia	...	...	...	...	2006	0,7	...	...	...	...
Hungría	...	...	...	...	2006	0,0	...	...	...	...
Islandia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Irlanda	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Israel	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Italia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Luxemburgo	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Malta	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Montenegro	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Países Bajos	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Noruega	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Polonia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Portugal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Serbia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Eslovaquia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Eslovenia	...	...	...	...	2006	0,0	...	...	2006	2,1
España	...	...	...	...	2005	17,8	2005	2,2	2005	9,2
Suecia	...	...	...	...	2007	5,1	...	...	...	...
Suiza	...	...	...	...	2006	10,9	...	...	2007	8,1
Ex República Yugoslava de Macedonia	...	...	...	...	2006	0,8	2006	0,0	2006	2,8
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
África del Norte y Oriente Medio	**...**	**...**	**...**	**...**	**...**	**...**	**...**	**...**	**...**	**...**
Argelia	...	...	...	...	...	...	2007	4,0	...	...
Bahrein	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Chipre	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Egipto	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Iraq	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jordania	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Kuwait	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

[1] Estos datos figuran en el informe 2007 del UNGASS.

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH

	Adultos y niños 2007		Adultos y niños 2001		Adultos (mayores de 15) 2007	
País	Estimación	[estimación baja – estimación alta]]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]
Líbano	3000	[1700 – 7200]	2200	[1100 – 5600]	3000	[1600 – 7100]
Jamahiriya Árabe Libia	…	…	…	…	…	…
Marruecos	21 000	[15 000 – 31 000]	13 000	[8800 – 19 000]	21 000	[15 000 – 31 000]
Omán	…	…	…	…	…	…
Qatar	…	…	…	…	…	…
Arabia Saudita	…	…	…	…	…	…
Sudán	320 000	[220 000 – 440 000]	270 000	[180 000 – 350 000]	290 000	[190 000 – 420 000]
República Árabe Siria	…	…	…	…	…	…
Túnez	3700	[2700 – 5400]	2200	[1600 – 3300]	3600	[2600 – 5400]
Turquía	<2000	[<5000]	…	…	…	…
Emiratos Árabes Unidos	…	…	…	…	…	…
Yemen	…	…	…	…	…	…
América del Norte	1 200 000	[760 000 – 2 000 000]	1 100 000	[670 000 – 1 700 000]	1 200 000	[750 000 – 2 000 000]
Canadá	73 000	[43 000 – 110 000]	49 000	[29 000 – 75 000]	73 000	[43 000 – 110 000]
Estados Unidos de América	1 200 000	[690 000 – 1 900 000]	1 000 000	[620 000 – 1 600 000]	1 100 000	[690 000 – 1 900 000]
Caribe	230 000	[210 000 – 270 000]	210 000	[180 000 – 240 000]	220 000	[200 000 – 250 000]
Bahamas	6200	[4000 – 8700]	5700	[4400 – 7500]	6100	[3900 – 8600]
Barbados	2200	[1500 – 3200]	2100	[1600 – 2800]	2200	[1500 – 3200]
Cuba	6200	[3600 – 12 000]	2400	[<100 – 3900]	6200	[3600 – 12 000]
República Dominicana	62 000	[52 000 – 71 000]	65 000	[53 000 – 76 000]	59 000	[50 000 – 69 000]
Haití	120 000	[100 000 – 140 000]	98 000	[83 000 – 110 000]	110 000	[95 000 – 130 000]
Jamaica	27 000	[19 000 – 36 000]	23 000	[16 000 – 29 000]	26 000	[19 000 – 35 000]
Trinidad y Tobago	14 000	[9500 – 19 000]	12 000	[8200 – 17 000]	13 000	[9200 – 19 000]
América Latina	1 700 000	[1 500 000 – 2 100 000]	1 400 000	[1 200 000 – 1 900 000]	1 700 000	[1 400 000 – 2 000 000]
Argentina	120 000	[90 000 – 150 000]	100 000	[77 000 – 130 000]	120 000	[88 000 – 150 000]
Belice	3600	[2200 – 5300]	2900	[1700 – 4400]	3400	[2100 – 5000]
Bolivia	8100	[6500 – 11 000]	6200	[4900 – 8300]	7900	[6300 – 10 000]
Brasil	730 000	[600 000 – 890 000]	660 000	[520 000 – 810 000]	710 000	[580 000 – 870 000]
Chile	31 000	[23 000 – 39 000]	25 000	[20 000 – 32 000]	31 000	[23 000 – 39 000]
Colombia	170 000	[110 000 – 230 000]	140 000	[96 000 – 190 000]	160 000	[110 000 – 230 000]
Costa Rica	9700	[6100 – 15 000]	5200	[3200 – 8200]	9600	[6000 – 15 000]
Ecuador	26 000	[15 000 – 40 000]	19 000	[12 000 – 32 000]	25 000	[14 000 – 39 000]
El Salvador	35 000	[24 000 – 72 000]	28 000	[17 000 – 220 000]	34 000	[23 000 – 67 000]
Guatemala	59 000	[41 000 – 84 000]	52 000	[38 000 – 68 000]	53 000	[35 000 – 77 000]
Guyana	13 000	[7600 – 18 000]	12 000	[9500 – 17 000]	12 000	[7200 – 17 000]
Honduras	28 000	[18 000 – 44 000]	31 000	[18 000 – 61 000]	26 000	[17 000 – 42 000]
México	200 000	[150 000 – 310 000]	180 000	[130 000 – 260 000]	200 000	[140 000 – 300 000]
Nicaragua	7700	[5300 – 15 000]	4400	[3200 – 15 000]	7500	[5200 – 15 000]
Panamá	20 000	[16 000 – 26 000]	17 000	[13 000 – 21 000]	19 000	[15 000 – 26 000]
Paraguay	21 000	[12 000 – 38 000]	11 000	[7000 – 22 000]	20 000	[12 000 – 37 000]
Perú	76 000	[57 000 – 97 000]	57 000	[45 000 – 74 000]	74 000	[55 000 – 96 000]
Suriname	6800	[4200 – 12 000]	3500	[1700 – 5600]	6700	[4200 – 12 000]
Uruguay	10 000	[5900 – 19 000]	6300	[3400 – 25 000]	10 000	[5800 – 19 000]
Venezuela	…	…	…	…	…	…

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH

	Adultos (mayores de 15) 2001		Porcentaje de prevalencia en adultos (15-49) 2007		Porcentaje de prevalencia en adultos (15-49) 2001		Mujeres (mayores de 15) 2007	
País	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]
Líbano	2200	[1100 – 5500]	0,1	[<0,1 – 0,3]	0,1	[<0,1 – 0,3]	<1000	[<500 – 2000]
Jamahiriya Árabe Libia	…	…	…	[<0,2]	…	…	…	…
Marruecos	12 000	[8700 – 19 000]	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	5900	[4100 – 9100]
Omán	…	…	…	[<0,2]	…	…	…	…
Qatar	…	…	…	[<0,2]	…	…	…	…
Arabia Saudita	…	…	…	[<0,2]	…	…	…	…
Sudán	250 000	[170 000 – 320 000]	1,4	[1,0 – 2,0]	1,4	[1,0 – 1,8]	170 000	[120 000 – 250 000]
República Árabe Siria	…	…	…	[<0,2]	…	…	…	…
Túnez	2200	[1600 – 3300]	0,1	[<0,1 – 0,2]	<0,1	[0,1]	1000	[<1000 – 1600]
Turquía	…	…	…	[<0,2]	…	…	…	…
Emiratos Árabes Unidos	…	…	…	[<0,2]	…	…	…	…
Yemen	…	…	…	[<0,2]	…	…	…	…
América del Norte	1 100 000	[660 000 – 1 700 000]	0,6	[0,4 – 1,0]	0,6	[0,4 – 0,9]	250 000	[150 000 – 420 000]
Canadá	49 000	[28 000 – 74 000]	0,4	[0,2 – 0,6]	0,3	[0,2 – 0,4]	20 000	[11 000 – 32 000]
Estados Unidos de América	1 000 000	[620 000 – 1 600 000]	0,6	[0,4 – 1,0]	0,6	[0,4 – 1,0]	230 000	[140 000 – 400 000]
Caribe	200 000	[170 000 – 230 000]	1,1	[1,0 – 1,2]	1,1	[0,9 – 1,2]	110 000	[95 000 – 120 000]
Bahamas	5600	[4300 – 7300]	3,0	[1,9 – 4,2]	3,1	[2,3 – 4,1]	1600	[1000 – 2400]
Barbados	2100	[1600 – 2800]	1,2	[0,8 – 1,7]	1,2	[0,9 – 1,6]	<1000	[<500]
Cuba	2300	[<100 – 3900]	0,1	[<0,1 – 0,2]	<0,1	[0,1]	1800	[1000 – 3600]
República Dominicana	63 000	[50 000 – 73 000]	1,1	[0,9 – 1,2]	1,3	[1,0 – 1,5]	30 000	[25 000 – 35 000]
Haití	94 000	[79 000 – 110 000]	2,2	[1,9 – 2,5]	2,2	[1,9 – 2,6]	58 000	[50 000 – 68 000]
Jamaica	22 000	[16 000 – 29 000]	1,6	[1,1 – 2,1]	1,4	[1,0 – 1,9]	7600	[5200 – 10 000]
Trinidad y Tobago	12 000	[8000 – 17 000]	1,5	[1,0 – 2,1]	1,4	[1,0 – 2,0]	7700	[5400 – 11 000]
América Latina	1 400 000	[1 200 000 – 1 800 000]	0,5	[0,4 – 0,6]	0,5	[0,4 – 0,7]	550 000	[470 000 – 680 000]
Argentina	100 000	[76 000 – 130 000]	0,5	[0,4 – 0,7]	0,5	[0,4 – 0,6]	32 000	[23 000 – 43 000]
Belice	2800	[1600 – 4100]	2,1	[1,2 – 3,1]	2,1	[1,2 – 3,1]	2000	[1200 – 3000]
Bolivia	6100	[4800 – 8100]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,1	[<0,1 – 0,2]	2200	[1700 – 2900]
Brasil	640 000	[510 000 – 790 000]	0,6	[0,5 – 0,8]	0,6	[0,5 – 0,8]	240 000	[200 000 – 310 000]
Chile	25 000	[20 000 – 31 000]	0,3	[0,2 – 0,4]	0,3	[0,2 – 0,4]	8700	[6400 – 11 000]
Colombia	130 000	[95 000 – 190 000]	0,6	[0,4 – 0,8]	0,5	[0,4 – 0,8]	47 000	[32 000 – 66 000]
Costa Rica	5100	[3200 – 8100]	0,4	[0,2 – 0,6]	0,2	[0,1 – 0,4]	2700	[1600 – 4500]
Ecuador	19 000	[12 000 – 31 000]	0,3	[0,2 – 0,5]	0,3	[0,2 – 0,4]	7100	[3900 – 12 000]
El Salvador	28 000	[17 000 – 220 000]	0,8	[0,6 – 1,5]	0,8	[0,5 – 5,9]	9700	[6500 – 20 000]
Guatemala	48 000	[35 000 – 62 000]	0,8	[0,5 – 1,1]	0,8	[0,6 – 1,1]	52 000	[35 000 – 76 000]
Guyana	12 000	[9100 – 17 000]	2,5	[1,4 – 3,7]	2,5	[1,9 – 3,4]	7100	[4300 – 10 000]
Honduras	30 000	[18 000 – 56 000]	0,7	[0,4 – 1,1]	0,9	[0,5 – 1,6]	7400	[4600 – 12 000]
México	170 000	[120 000 – 250 000]	0,3	[0,2 – 0,5]	0,3	[0,2 – 0,4]	57 000	[39 000 – 87 000]
Nicaragua	4300	[3100 – 15 000]	0,2	[0,1 – 0,4]	0,2	[0,1 – 0,5]	2100	[1400 – 3900]
Panamá	16 000	[13 000 – 21 000]	1,0	[0,8 – 1,3]	1,0	[0,8 – 1,2]	5500	[4100 – 7600]
Paraguay	11 000	[6800 – 21 000]	0,6	[0,4 – 1,1]	0,4	[0,2 – 0,7]	5800	[3400 – 10 000]
Perú	56 000	[44 000 – 73 000]	0,5	[0,3 – 0,6]	0,4	[0,3 – 0,5]	21 000	[15 000 – 29 000]
Suriname	3400	[1700 – 5500]	2,4	[1,5 – 4,3]	1,3	[0,7 – 2,2]	1900	[1200 – 3500]
Uruguay	6300	[3400 – 25 000]	0,6	[0,3 – 1,1]	0,4	[0,2 – 1,4]	2800	[1600 – 5500]
Venezuela	…	…	…	…	…	…	…	…

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH

	Mujeres (mayores de 15) 2001		Niños (0–14) 2007		Niños (0–14) 2001	
País	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]
Líbano	<1000	[<500 – 1500]	…	…	…	…
Jamahiriya Árabe Libia	…	…	…	…	…	…
Marruecos	3300	[2200 – 5100]	…	…	…	…
Omán	…	…	…	…	…	…
Qatar	…	…	…	…	…	…
Arabia Saudita	…	…	…	…	…	…
Sudán	140 000	[100 000 – 180 000]	25 000	[18 000 – 33 000]	20 000	[8400 – 33 000]
República Árabe Siria	…	…	…	…	…	…
Túnez	<1000	[<500]	…	…	…	…
Turquía	…	…	…	…	…	…
Emiratos Árabes Unidos	…	…	…	…	…	…
Yemen	…	…	…	…	…	…
América del Norte	190 000	[120 000 – 320 000]	4400	[2600 – 7300]	5400	[3400 – 8900]
Canadá	13 000	[7200 – 20 000]	…	…	…	…
Estados Unidos de América	180 000	[110 000 – 300 000]	…	…	…	…
Caribe	92 000	[79 000 – 100 000]	11 000	[9400 – 12 000]	8200	[6800 – 10 000]
Bahamas	1300	[<1000 – 1800]	<200	[<100]	<200	[<100]
Barbados	<1000	[<500 – <1000]	…	[<100]	…	[<100]
Cuba	<1000	[<100 – 1200]	…	…	…	…
República Dominicana	34 000	[27 000 – 39 000]	2700	[2200 – 3300]	2700	[2200 – 3500]
Haití	43 000	[36 000 – 51 000]	6800	[5800 – 8100]	4700	[3600 – 6200]
Jamaica	5800	[4000 – 7900]	…	[<1000]	<500	[<1000]
Trinidad y Tobago	6900	[4800 – 9700]	…	[<500]	<500	[<500]
América Latina	450 000	[380 000 – 590 000]	44 000	[37 000 – 58 000]	36 000	[29 000 – 56 000]
Argentina	25 000	[18 000 – 34 000]	…	…	…	…
Belice	1600	[<1000 – 2400]	<200	[<500]	<200	[<100 – <500]
Bolivia	1500	[1100 – 2000]	…	…	…	…
Brasil	220 000	[170 000 – 270 000]	…	…	…	…
Chile	6500	[5000 – 8600]	…	…	…	…
Colombia	35 000	[24 000 – 51 000]	…	…	…	…
Costa Rica	1400	[<1000 – 2300]	…	…	…	…
Ecuador	4900	[2900 – 8500]	…	…	…	…
El Salvador	7200	[3900 – 52 000]	…	…	…	…
Guatemala	47 000	[35 000 – 62 000]	…	…	…	…
Guyana	7000	[5300 – 9600]	<1000	[<500]	<1000	[<500]
Honduras	7700	[4500 – 15 000]	1600	[1000 – 3000]	1500	[<1000 – 4000]
México	46 000	[31 000 – 68 000]	…	…	…	…
Nicaragua	1100	[<1000 – 3900]	…	…	…	…
Panamá	4300	[3200 – 5600]	…	…	…	…
Paraguay	2900	[1700 – 5700]	…	…	…	…
Perú	15 000	[11 000 – 20 000]	…	…	…	…
Suriname	<1000	[<500 – 1600]	<200	[<500]	<100	[<200]
Uruguay	1600	[<1000 – 6800]	…	…	…	…
Venezuela	…	…	…	…	…	…

	1. Número estimado de personas que vivían con el VIH				2. Fallecimientos a causa del sida			
	Tasa (%) de mujeres jóvenes (15–24) 2007		Tasa (%) de varones jóvenes (15–24) 2007		Fallecimientos en adultos y niños 2007		Fallecimientos en adultos y niños 2001	
País	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]
Líbano	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,4]	<200	[<100 – <500]	<200	[<100 – <500]
Jamahiriya Árabe Libia	…	…	…	…	…	…	…	…
Marruecos	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	<1000	[1500]	<500	[<1000]
Omán	…	…	…	…	…	…	…	…
Qatar	…	…	…	…	…	…	…	…
Arabia Saudita	…	…	…	…	…	…	…	…
Sudán	1,0	[0,6 – 1,5]	0,3	[0,2 – 0,5]	25 000	[17 000 – 32 000]	21 000	[9200 – 35 000]
República Árabe Siria	…	…	…	…	…	…	…	…
Túnez	<0,1	[0,1]	0,1	[<0,1 – 0,2]	<200	[<100 – <500]	<200	[<100]
Turquía	…	…	…	…	…	…	…	…
Emiratos Árabes Unidos	…	…	…	…	…	…	…	…
Yemen	…	…	…	…	…	…	…	…
América del Norte	0,7	[0,6 – 0,9]	0,6	[0,3 – 1,0]	23 000	[9100 – 55 000]	18 000	[8900 – 37 000]
Canadá	0,2	[0,1 – 0,4]	0,4	[0,2 – 0,7]	<500	[<100 – <1000]	<200	[<100 – <500]
Estados Unidos de América	0,3	[0,1 – 0,6]	0,7	[0,3 – 1,3]	22 000	[9000 – 54 000]	17 000	[8800 – 36 000]
Caribe	0,4	[0,3 – 0,6]	0,5	[0,3 – 0,7]	14 000	[11 000 – 16 000]	15 000	[12 000 – 18 000]
Bahamas	1,5	[0,3 – 2,8]	3,2	[0,8 – 5,5]	<200	[<100 – <500]	<1000	[<500]
Barbados	0,6	[0,3 – 1,1]	1,3	[0,5 – 2,3]	<100	[<200]	<200	[<100]
Cuba	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,2]	<100	[<500]	<100	[<200]
República Dominicana	0,6	[0,3 – 0,9]	0,3	[0,1 – 0,4]	3900	[2800 – 4900]	4800	[3700 – 6400]
Haití	1,4	[1,0 – 1,8]	0,6	[0,2 – 0,9]	7500	[6000 – 9300]	7500	[5700 – 9900]
Jamaica	0,9	[0,5 – 1,4]	1,7	[0,8 – 2,8]	1400	[<1000 – 2000]	1200	[<1000 – 1700]
Trinidad y Tobago	1,0	[0,6 – 1,6]	0,3	[0,1 – 0,5]	<1000	[<500]	<1000	[<500]
América Latina	0,2	[0,1 – 0,3]	0,7	[0,4 – 0,9]	63 000	[49 000 – 98 000]	47 000	[36 000 – 100 000]
Argentina	0,3	[0,2 – 0,4]	0,6	[0,3 – 0,9]	5400	[3000 – 8400]	3700	[2500 – 5500]
Belice	1,5	[0,8 – 2,4]	0,5	[0,2 – 0,9]	<200	[<100 – <500]	<200	[<500]
Bolivia	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,3]	<500	[<1000]	…	[<500]
Brasil	0,6	[0,3 – 0,9]	1,0	[0,6 – 1,5]	15 000	[9700 – 22 000]	9400	[3500 – 16 000]
Chile	0,2	[0,1 – 0,3]	0,3	[0,2 – 0,5]	<1000	[<500 – 1600]	<1000	[<500]
Colombia	0,3	[0,2 – 0,5]	0,7	[0,3 – 1,0]	9800	[6000 – 15 000]	5800	[4000 – 8600]
Costa Rica	0,2	[0,1 – 0,4]	0,4	[0,2 – 0,7]	<200	[<100 – <500]	…	[<100]
Ecuador	0,2	[0,1 – 0,3]	0,4	[0,1 – 0,7]	1200	[<1000 – 2100]	<1000	[1400]
El Salvador	0,5	[<0,1 – 0,9]	0,9	[<0,1 – 1,8]	1700	[<1000 – 18 000]	1200	[<100 – 26 000]
Guatemala	1,5	[0,6 – 2,4]	…	[<0,1]	3900	[2500 – 5500]	2900	[1800 – 4300]
Guyana	1,7	[0,2 – 2,8]	0,5	[0,2 – 0,9]	<1000	[<500 – 1100]	1300	[<1000 – 2000]
Honduras	0,4	[0,1 – 0,9]	0,7	[0,1 – 1,6]	1800	[<1000 – 3500]	3200	[1000 – 9900]
México	0,2	[0,1 – 0,3]	0,3	[0,2 – 0,6]	11 000	[5700 – 18 000]	9900	[6800 – 15 000]
Nicaragua	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,3	[0,1 – 0,5]	<500	[<1000]	<200	[<100 – <500]
Panamá	0,6	[0,3 – 0,9]	1,1	[0,5 – 1,7]	<1000	[1400]	<1000	[1300]
Paraguay	0,3	[0,2 – 0,7]	0,7	[0,3 – 1,3]	<1000	[<500 – 1900]	<500	[<200 – <1000]
Perú	0,3	[0,1 – 0,4]	0,5	[0,2 – 0,8]	3300	[2000 – 5000]	2900	[2000 – 4200]
Suriname	1,4	[0,7 – 2,8]	2,7	[1,2 – 5,2]	…	[<500]	<200	[<100 – <1000]
Uruguay	0,3	[<0,1 – 0,7]	0,6	[0,1 – 1,4]	<500	[<100 – 1500]	<500	[<100 – 4000]
Venezuela	…	…	…	…	…	…	…	…

	3. Huérfanos a causa del sida				4. Prevalencia (%) del VIH en los grupos en mayor riesgo de la ciudad capital					
	Huérfanos (0–17) con vida 2007		Huérfanos (0–17) con vida 2001		Usuarios de drogas inyectables		Profesionales femeninas del sexo		Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	
País	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Año	VIH (%)	Año	VIH (%)	Año	VIH (%)
Líbano	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Jamahiriya Árabe Libia	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Marruecos	…	…	…	…	…	…	2007	2,6	…	…
Omán	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Qatar	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Arabia Saudita	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Sudán	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
República Árabe Siria	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Túnez	…	…	…	…	…	…	2007[1]	0,0	…	…
Turquía	…	…	…	…	2007	1,5	2007	1,6	2007	1,8
Emiratos Árabes Unidos	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Yemen	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
América del Norte	**…**	**…**	**…**	**…**	**…**	**…**	**…**	**…**	**…**	**…**
Canadá	…	…	…	…	2007[1]	13,2	…	…	…	…
Estados Unidos de América	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Caribe	**…**	**…**	**…**	**…**	**…**	**…**	**…**	**…**	**…**	**…**
Bahamas	…	…	…	…	…	…	…	…	2007	8,2
Barbados	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Cuba	…	…	…	…	…	…	2006	0,1	2006	0,9
República Dominicana	…	…	…	…	…	…	2006	2,7	2004	11,0
Haití	…	…	…	…	…	…	2007	5,0	…	…
Jamaica	…	…	…	…	…	…	2004	9,1	…	…
Trinidad y Tobago	…	…	…	…	…	…	…	…	2004	20,4
América Latina	**…**	**…**	**…**	**…**	**…**	**…**	**…**	**…**	**…**	**…**
Argentina	…	…	…	…	2007	6,7	…	…	2007	10,9
Belice	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Bolivia	…	…	…	…	…	…	2007	0,4	2007	21,5
Brasil	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Chile	…	…	…	…	…	…	2006	0,9	…	…
Colombia	…	…	…	…	…	…	…	…	2007	10,8
Costa Rica	…	…	…	…	…	…	2006	0,2	…	…
Ecuador	…	…	…	…	…	…	…	…	2007	19,3
El Salvador	…	…	…	…	…	…	2007	3,9	2007	17,8
Guatemala	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Guyana	…	…	…	…	…	…	2005	26,6	2005	21,3
Honduras	…	…	…	…	…	…	2006	3,0	2006	6,3
México	…	…	…	…	2005	2,8	2005	5,5	2006	9,9
Nicaragua	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Panamá	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Paraguay	…	…	…	…	2006	9,1	2006	4,3	…	…
Perú	…	…	…	…	…	…	2006	0,5	2006	10,8
Suriname	…	…	…	…	…	…	2006	24,1	2006	6,7
Uruguay	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Venezuela	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…

[1] Estos datos figuran en el informe 2007 del UNGASS.

Anexo

Indicadores de progreso de los países

2

Anexo 2

Indicadores de progreso de los países

Informes nacionales y validación de los datos

Hasta marzo de 2008, 147 países habían informado sobre los progresos realizados en la ejecución de la *Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA* en sus Informes de progreso de país ante el ONUSIDA. Los indicadores informados se obtuvieron a partir de la *Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA* (2001) original, suscrita durante el Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Los datos que aparecen en las siguientes tablas guardan relación con los datos de los Informes nacionales sobre los progresos realizados y con información procedente de otras fuentes.

Un grupo de especialistas en evaluación del ONUSIDA emprendió la revisión integral de los datos para verificar la integridad, exactitud y armonización con indicadores individuales. El ONUSIDA se contactó con 118 países con preguntas sobre los datos de seguimiento; el 80% de las preguntas sobre los datos informados se resolvieron a través de estas comunicaciones. Las cuestiones relacionadas con datos no resueltos para la fecha de la publicación no se incluyeron en los análisis de datos que se resumen en este informe. Además, se llevó a cabo un proceso de conciliación de los datos informados al ONUSIDA; al Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; al UNICEF; al Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida; a la OMS y a Measure Evaluation (datos reunidos a través del programa de Encuestas Demográficas y de Salud). Como resultado de las discrepancias identificadas en esta conciliación, se enviaron cartas a las oficinas del ONUSIDA en 122 países con el objeto de aclarar y resolver las dudas pendientes. El 88% de estos 122 países respondió con información esclarecedora sobre la cobertura para antirretrovíricos y prevención de la transmisión maternoinfantil, y 50 respondieron a preguntas sobre otros indicadores. En los análisis que se presentan en este informe, sólo se utilizaron los valores de datos conciliados.

El Índice compuesto de política nacional (ICPN) —cuestionario que evalúa el progreso en el desarrollo de las políticas y estrategias para el control del VIH a nivel nacional— se validó mediante un proceso aparte. Dos especialistas en evaluación verificaron los informes del ICPN para asegurarse de que la respuesta fuera coherente y completa. Los valores ilógicos o confusos se corrigieron; se estableció contacto con los países en los casos de datos faltantes considerables y de presentaciones múltiples no unificadas sobre el ICPN. En total, el ONUSIDA contactó a 34 países para resolver temas sobre los datos que estuvieran relacionados con el ICPN y obtuvo respuesta de 31 países. Puesto que existen más de 200 puntos para los datos del ICPN de cada país, los datos no se incluyen en el Apéndice B pero pueden encontrarse junto con los informes de cada país en el sitio web del ONUSIDA. En los análisis que se resumen en este informe, se incluyeron los datos validados provenientes de 130 Estados Miembros de las Naciones Unidas.

Tablas de datos

Las siguientes tablas muestran los datos presentados al ONUSIDA en los Informes de progreso de país, como parte del seguimiento del progreso realizado en la aplicación de la *Declaración de Compromiso*. Para que el lector pueda analizar los cambios a través del tiempo, allí donde los indicadores y los métodos fueron sistemáticos para todos los años informados, se proveen todos los datos disponibles sobre los años anteriores. Siempre que fue posible, el año de recopilación de los datos se diferenció del año del informe. Los porcentajes y los números que aparecen en las tablas se redondearon al número entero más próximo. En el momento en que se elaboró este Anexo, aún se estaban revisando algunos de los datos de los Informes de progreso de los países. En estos casos,

así se indica explícitamente en una nota al pie en las tablas de datos de los indicadores.

En los casos en que no se disponía de datos sobre un determinado indicador para un país en particular, ese país fue excluido de la tabla correspondiente. Es posible que los países no hayan presentado datos para un indicador determinado o bien porque no disponían de datos para elaborar el indicador según la definición del UNGASS o bien porque el país eligió no informar sobre el indicador, puesto que no lo consideró pertinente a su epidemia.

Los valores impresos en la tabla son los aprobados por los países. En algunos casos, estos valores difieren de los presentados originalmente debido al proceso de conciliación. Por lo tanto, es posible que algunos de los valores que se presentan en estas tablas de datos difieran de los publicados en el Informe de progreso de país.

En los casos en que un determinado país no presentó datos para un indicador en particular pero sí se disponía de esos datos provenientes de otra fuente —como la Encuesta Demográfica y de Salud—, dichos datos se incluyeron en las tablas y no son necesariamente los datos oficiales suministrados por los gobiernos nacionales. En cada uno de estos casos, se especificaron claramente la fuente y el año de esos datos en la tabla de datos de los indicadores y, en la sección Notas que sigue a este Anexo, se describió la definición del indicador utilizada y se proporcionó una referencia para la fuente. La compilación y la elaboración de estas tablas a partir de las diversas fuentes de datos estuvieron a cargo de personal de la sede del ONUSIDA en Ginebra. Estas personas no asumen ninguna responsabilidad respecto de la precisión de los datos de la fuente original.

Indicadores

Desde que se compiló el primer informe del UNGASS sobre los progresos realizados, *Seguimiento del UNGASS de 2001: Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial al VIH/SIDA*, en 2003, se han perfeccionado y consolidado los indicadores básicos en cada ronda de presentación de informes en colaboración con los asociados mundiales y el Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Vigilancia y Evaluación (MERG), el grupo internacional que establece las normas relativas a vigilancia y evaluación. Las modificaciones realizadas a los indicadores establecidos por el UNGASS desde la última ronda de informes se resumen a continuación (Tabla 1). Las explicaciones sobre cómo se desarrollaron los indicadores pueden consultarse en el documento siguiente en la página web del ONUSIDA: *Seguimiento de la Declaración de compromiso del UNGASS sobre el VIH/SIDA: Directrices para el desarrollo de indicadores básicos (abril de 2007).*

En la ronda anterior de presentación de informes del UNGASS, los indicadores se agruparon en dos categorías, según la naturaleza de la epidemia. Para esta ronda de informes no se estableció la diferencia entre un conjunto de indicadores de epidemia generalizada y un conjunto de indicadores de epidemia concentrada o de baja prevalencia. La razón es que las epidemias no se ajustan claramente en simples clasificaciones dicotómicas. En 2006, por ejemplo, algunos países con epidemia generalizada y prevalencia relativamente alta reconocieron que las subepidemias en las poblaciones más expuestas —profesionales del sexo, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres— eran importantes dentro de su epidemia y que los programas de prevención dirigidos a estas poblaciones constituían un elemento fundamental de su respuesta nacional. Con buen criterio, además de informar sobre el conjunto de indicadores para la epidemia generalizada, estos países decidieron informar sobre los indicadores para estas poblaciones.

Para esta ronda de informes se pidió a todos los países, independientemente de su situación económica o epidemiológica, que informaran sobre todos los indicadores, según correspondiera. Se esperaba que los países analizaran cada indicador desde la perspectiva de la dinámica particular de su epidemia. Cuando los países decidieron no informar sobre un determinado indicador, se les pidió que explicaran por qué habían tomado esa decisión con el objeto de realizar un análisis que diferenciara entre una ausencia de datos y la

Tabla 1 Modificaciones realizadas a los indicadores del UNGASS desde la ronda anterior de presentación de informes

2005	2007	Comentarios sobre los cambios
Indicadores de compromiso y de acción en el plano nacional		
Monto de fondos nacionales desembolsados por los gobiernos en países de ingresos bajos y medianos	Gastos relacionados con el sida, por fuente de financiamiento	Cambió la definición
Índice compuesto de política nacional	Índice compuesto de política nacional	Se agregaron preguntas
Porcentaje de unidades de sangre transfundidas que se analizaron para detectar VIH	Porcentaje de unidades de donación de sangre analizadas sistemáticamente para la detección del VIH de una manera con garantía de la calidad	Cambió de sangre transfundida a sangre donada. Se agregó una segunda parte al indicador sobre la proporción de sangre analizada según los procedimientos operativos estándar y la garantía de calidad.
Porcentaje de mujeres y hombres con infección por el VIH en etapa avanzada que reciben terapia antirretrovírica de combinación	Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH en etapa avanzada que reciben terapia antirretrovírica de combinación	Se incluyeron los niños
Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que reciben un tratamiento completo de profilaxis antirretrovírica para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil	Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron medicamentos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil	Cambió la definición
	Porcentaje de casos nuevos estimados de tuberculosis en VIH-positivos que recibieron tratamiento para la tuberculosis y el VIH	Se agregó el indicador a la lista básica
	Porcentaje de mujeres y hombres de 15-49 años que recibieron una prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen sus resultados	Se agregó el indicador a la lista básica
Porcentaje de las poblaciones más expuestas que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados	Porcentaje de las poblaciones más expuestas que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados	Sin cambios
Porcentaje de las poblaciones más expuestas que logran atender los programas de prevención del VIH	Porcentaje de las poblaciones más expuestas que logran atender los programas de prevención del VIH	Cambió la definición
Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables cuyas familias recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil	Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables cuyas familias recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil	Sin cambios
Porcentaje de escuelas con docentes capacitados en la educación sobre el VIH/sida basada en las aptitudes para la vida y que la impartieron durante el último año académico	Porcentaje de escuelas que impartieron enseñanza sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último año académico	Cambió la definición
Porcentaje de empresas o sociedades importantes que tienen políticas y programas sobre el VIH/sida para el lugar de trabajo		Se excluyó de la lista de indicadores básicos. Se incorporó al ICPN.
Porcentaje de mujeres y hombres con infecciones de transmisión sexual en establecimientos de atención de la salud que reciben diagnóstico, tratamiento y asesoramiento adecuados		Se excluyó de la lista de indicadores básicos. En revisión para los informes de 2010

Indicadores del conocimiento y el comportamiento		
Proporción actual de asistencia escolar entre huérfanos y no huérfanos, de 10-14 años de edad	Asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10- 14 años de edad	Ya no hace falta el cálculo de la proporción
Porcentaje de mujeres y varones de 15-24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que rechazan las principales ideas erróneas sobre su transmisión	Porcentaje de jóvenes entre 15 y 24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que también rechazan las principales ideas erróneas acerca de la transmisión del VIH	Se sugiere el reemplazo —donde corresponda— de las dos preguntas sobre ideas erróneas por las correspondientes versiones locales.
Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que también rechazan las principales ideas erróneas acerca de la transmisión del VIH	Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que también rechazan las principales conceptos ideas erróneas de la transmisión del VIH	Se sugiere el reemplazo —donde corresponda— de las dos preguntas sobre ideas erróneas por las correspondientes versiones locales.
Porcentaje de mujeres y varones jóvenes que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años	Se amplió el intervalo de edad
Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con una pareja que no era su cónyuge ni cohabitaba con ellos	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja	Se amplió el intervalo de edad y se cambió la definición
Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que informaron haber usado preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja que no era su cónyuge ni cohabitaba con ellos	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declaran haber utilizado un preservativo en la última relación sexual	Se amplió el intervalo de edad y se cambió la definición
Porcentaje de profesionales del sexo de ambos sexos que comunican haber usado preservativo con su cliente más reciente	Porcentaje de profesionales del sexo de ambos sexos que comunican haber usado preservativo con su cliente más reciente	Sin cambios
Porcentaje de varones que señalan haber usado un preservativo en su última relación sexual anal con una pareja masculina	Porcentaje de varones que señalan haber usado un preservativo en su última relación sexual anal con una pareja masculina	Sin cambios
Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que durante los últimos 12 meses adoptaron comportamientos que reducen la transmisión del VIH, es decir, que evitan compartir el equipo de inyección y usan preservativos (para los países en los que el consumo de drogas inyectables es una modalidad establecida de transmisión del VIH)	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que informan haber utilizado preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales	El indicador compuesto se dividió en dos indicadores componentes (parte 1)
	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que informan haber utilizado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectaron	El indicador compuesto se dividió en dos indicadores componentes (parte 2)
Indicadores del impacto		
Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que están infectados por el VIH	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que están infectados por el VIH	Sin cambios
Porcentaje de las poblaciones más expuestas que están infectadas por el VIH	Porcentaje de las poblaciones más expuestas que están infectadas por el VIH	Sin cambios
Porcentaje de adultos y niños con VIH que continúan vivos 12 meses después de haber iniciado el tratamiento antirretrovírico.	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que siguen con el tratamiento antirretrovírico 12 meses después de haberlo comenzado	Cambió la definición
Porcentaje de lactantes que nacieron con el VIH de madres infectadas	Porcentaje de lactantes que nacieron con el VIH de madres infectadas	Continúa en el conjunto básico pero se calcula en el ONUSIDA, Ginebra

no aplicabilidad de determinados indicadores a situaciones nacionales particulares.

Desafíos para la vigilancia de las poblaciones más expuestas

Garantizar que las muestras sean representativas a nivel de país y establecer un sistema mundial de información sobre la respuesta respecto de la cobertura de los programas y de los comportamientos de riesgo para las poblaciones más expuestas entrañan importantes dificultades técnicas y éticas. Se están desarrollando métodos que intentan obtener muestras representativas de estas poblaciones, con las que es difícil entrar en contacto (por ejemplo, el muestreo dirigido por encuestados). Mientras estos métodos van perfeccionándose, se reconoce que es posible que los países no puedan corroborar la representatividad de las muestras utilizadas para las encuestas realizadas en las poblaciones más expuestas. Los datos obtenidos de las encuestas de vigilancia comportamental (EVC), que con frecuencia provienen de muestras de conveniencia en las áreas de influencia del programa, tienden a generar un sesgo cuando se miden la cobertura del servicio y los comportamientos de riesgo. Por lo tanto, se aconsejó a los países que informaran los datos para estos indicadores utilizando la encuesta más reciente hecha en poblaciones más expuestas que haya sido revisada y avalada por técnicos expertos del país, como grupos técnicos de trabajo de vigilancia y evaluación o consejos nacionales de investigación.

Durante el análisis de los datos mundiales, se observaron varias diferencias metodológicas entre los países respecto de la recopilación de datos sobre las poblaciones más expuestas. En su mayoría, estas diferencias se relacionan con la definición de los grupos, los instrumentos de medición y el período utilizado para la recopilación de datos. Todas las diferencias detectadas se presentan sistemáticamente en las notas al pie delas tablas.

En el plano nacional, es importante interpretar estos datos de indicadores junto con el ICPN informado, que proporciona una idea general sobre el marco normativo y la respuesta programática respecto de la mayoría de las poblaciones de riesgo en un país dado, tanto desde la perspectiva del gobierno como desde la de grupos no gubernamentales y de la sociedad civil.

Índice compuesto de política nacional

El ICPN es un extenso cuestionario que se completa mediante una revisión de documentos pertinentes y entrevistas con personas más entendidas en los temas tratados. Una de las partes[1] del ICPN es respondida por funcionarios gubernamentales, mientras que la otra[2] está a cargo de representantes de la sociedad civil y de organizaciones bilaterales y multilaterales. El proceso consultivo recomendado para responder al ICPN apunta a fomentar un marco propicio para la inclusión de ambas perspectivas, la gubernamental y la no gubernamental, en la respuesta integrada al ICPN que presenta el gobierno como parte del informe del UNGASS. Sin embargo, esto no siempre se respeta. El informe regional sobre los datos del UNGASS 2006 del Caribe observó que "no siempre queda claro cuál es la respuesta que prevalece en el caso de discrepancia en las opiniones" (*Keeping score: AIDS responses in the Caribbean: a consolidated analysis based on Caribbean reports submitted to the UNGASS 2006*, pág. 25). Para garantizar la plena independencia de las respuestas del gobierno y las no gubernamentales, por ejemplo, el gobierno de Rwanda intencionalmente no participó en la reunión de consenso en las que se unificaron las respuestas de la sociedad civil al ICPN (Informe del UNGASS de Rwanda, 2008). Por lo general, las respuestas de los gobiernos al ICPN son más optimistas que las que proveen las organizaciones no gubernamentales. Siempre que se contó con ellos, en el informe se proporcionaron los datos del ICPN sobre ambas perspectivas.

[1] Los funcionarios del gobierno responden las preguntas sobre el plan estratégico nacional, el apoyo político y las políticas y estrategias clave de los programas relacionados con el VIH.

[2] Los representantes de las organizaciones no gubernamentales responden las preguntas sobre la situación de los derechos humanos en el país con respecto al VIH; la participación de la sociedad civil en la respuesta al VIH y sobre las políticas y estrategias clave de los programas relacionados con el VIH.

Notas sobre indicadores específicos

1. Gastos relacionados con el sida

A medida que continúa la ampliación de la respuesta nacional e internacional al sida, es cada vez más importante hacer un seguimiento detallado de (i) la forma en que se invierten los fondos a nivel nacional y (ii) del origen de esos fondos. Los datos se utilizan para medir el compromiso y la acción en el plano nacional, componentes importantes de la *Declaración de compromiso del UNGASS sobre el VIH/SIDA*. Además, los datos ayudan a que quienes toman las decisiones a nivel nacional puedan vigilar el alcance y la eficacia de sus programas. Cuando se los agrupa entre varios países, los datos también ayudan a la comunidad internacional a evaluar la situación de la respuesta mundial. Esta información estratégica respalda la función coordinadora de la Autoridad Nacional del Sida en cada país y sienta las bases para la asignación de los recursos y los procesos mejorados de planificación estratégica.

Dado que los distintos países pueden elegir entre diferentes metodologías e instrumentos para vigilar el flujo de los fondos para el sida —es decir, Evaluaciones del Gasto Nacional destinado al Sida (National AIDS Spending Assessments, NASA); subcuenta del sida de las Cuentas Nacionales de Salud (National Health Accounts, NHA) y las Encuestas ad hoc sobre el Flujo de los Recursos—, la Matriz Nacional de Financiamiento incluye una hoja de cálculo que permite ingresar, revisar e informar fácilmente los datos financieros obtenidos a partir de cualquiera de estas tres metodologías. Dado que se ha logrado un "cruce" entre las NASA y las NHA para los gastos de salud destinados al sida, ya no existe diferencia entre estas herramientas para rastrear los gastos de salud; las NASA sólo proporcionan más detalles sobre los gastos realizados en actividades fuera del sistema de salud, como mitigación social, educación, justicia y otras. Se inició un proceso de concordancia semejante para el Proyecto de Flujo de Recursos del Instituto Demográfico Interdisciplinario de los Países Bajos/UNFPA/ONUSIDA.

El objetivo de este indicador es recopilar datos precisos y sistemáticos sobre el modo en que se gastan los fondos a nivel nacional y sobre el origen de esos fondos.

Definición: Gasto nacional e internacional relacionado con el sida por categorías y fuentes de financiamiento.

Este indicador se mide utilizando una Evaluación del Gasto Nacional destinado al Sida, que documenta los gastos reales clasificados en ocho categorías y por fuente de financiamiento, incluido el gasto público de sus propias fuentes (es decir, de los ingresos fiscales, como los impuestos) y de fuentes internacionales:

1. Prevención
2. Atención y tratamiento
3. Huérfanos y niños vulnerables[3]
4. Fortalecimiento de la gestión y la administración de los programas
5. Incentivos para recursos humanos
6. Protección social y servicios sociales (excluidos huérfanos y niños vulnerables)
7. Facilitación del desarrollo del medio y la comunidad
8. Investigación (exceptuada la investigación de las operaciones, que está incluida en gestión de los programas).

Tres grupos principales de fuentes de financiamiento:

1. Pública nacional
2. Internacional
3. Privada nacional (opcional para el informe del UNGASS).

2. Políticas gubernamentales en relación con el VIH y el sida

Índice compuesto de política nacional

El propósito del Índice compuesto de política nacional es evaluar el progreso en el desarrollo y la ejecución de políticas y estrategias para la lucha contra el VIH y el sida en el plano nacional.

El índice compuesto cubre las siguientes grandes áreas de política, estrategia y ejecución de programas.

Parte A: respondida por funcionarios del gobierno

1. Plan estratégico
2. Apoyo político
3. Prevención

[3] En el marco de las estimaciones de necesidades de recursos y de las evaluaciones de gastos destinados al sida, se define como niños vulnerables a aquellos que tienen al menos un padre que está vivo pero gravemente enfermo (en especial a causa del VIH) y, por lo tanto, no puede cuidarlos.

4. Tratamiento, atención y apoyo
5. Vigilancia y evaluación.

Parte B: respondida por representantes de la sociedad civil

1. Derechos humanos
2. Participación de la sociedad civil
3. Prevención
4. Asistencia y apoyo

3. Seguridad hematológica

El propósito de este indicador es evaluar el progreso en lo que respecta a garantizar el suministro de sangre segura. El indicador es válido para todos los países y se mide anualmente utilizando la base de datos mundial de la OMS sobre el Protocolo sobre Sangre Segura.

Definición y componentes del indicador

Definición: Porcentaje de unidades de donación de sangre analizadas sistemáticamente para la detección del VIH de una manera con garantía de la calidad.

Numerador: Número de unidades de donación de sangre analizadas sistemáticamente para la detección del VIH en centros hematológicos o laboratorios que realizan el análisis sistemático de sangre que: (i) han seguido los procedimientos operativos estándar y (ii) han participado en algún esquema externo de garantía de calidad.

Denominador: Número total de unidades de donación de sangre.

4. Tratamiento del VIH: terapia antirretrovírica

El propósito de este indicador es evaluar el progreso de los países en lo que concierne a la provisión de terapia antirretrovírica de combinación a adultos y niños con infección avanzada por el VIH. El indicador es válido para todos los países y los datos para el numerador se recopilan en forma continua (mensual o trimestralmente), mientras que el denominador es una estimación.

Definición y componentes del indicador

Definición: Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH en etapa avanzada que reciben terapia antirretrovírica.

Numerador: Número de adultos y niños con infección por el VIH en etapa avanzada que reciben terapia antirretrovírica según el protocolo de tratamiento aprobado en el país (o las normas de la OMS y el ONUSIDA) al final del período del informe.

Denominador:Número estimado de adultos y niños con infección por el VIH en etapa avanzada.

Notas sobre la metodología: todos los análisis de este indicador llevados a cabo para el *Informe mundial* —incluidas las cifras citadas de cada país— reflejan numeradores que atravesaron un proceso de conciliación realizado por tres organismos (ONUSIDA, OMS, UNICEF) y denominadores estimados directamente por el Grupo de Referencia del ONUSIDA y la OMS sobre metodología para Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones (Spectrum).

El proceso de conciliación garantizó que todos los organismos informaran la misma cifra aprobada por el país, que fuera la más reciente y satisficiera la definición de personas con infección avanzada por el VIH que están recibiendo tratamiento. En los casos de discrepancia entre los tres organismos, se realizaron todos los esfuerzos posibles para obtener del país en cuestión la aprobación de un valor final para el indicador. En los casos en que esto no fue posible, el valor informado para el país lleva una nota al pie en el Anexo 2.

En cuanto a los datos representativos de 2007, algunos países no habían informado datos hasta diciembre de 2007. En estos casos, los datos se proyectaron a diciembre para que reflejaran un período coherente.[4]

Con el fin de mantener la coherencia, para todos los análisis y las cifras citadas en el texto, se utilizaron los denominadores estimados con la metodología del Grupo de Referencia del ONUSIDA/OMS para Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones. Los denominadores informados por los países se incluyen en el Anexo 2.

5. Prevención de la transmisión maternoinfantil

Sin intervenciones preventivas, los bebés que nacen de madres infectadas por el VIH que, además, los amamantan, tienen alrededor de una posibilidad en tres de contraer la infección. Esto puede suceder

[4] Método utilizado para la proyección: todos los valores informados referidos a períodos anteriores a diciembre de 2007 se proyectan tomando los últimos dos datos informados y calculando el crecimiento por mes, que luego se utiliza para proyectar a diciembre de 2007.

durante el embarazo, durante el trabajo de parto y el parto mismo, o después del parto, por la lactancia. El riesgo de transmisión maternoinfantil puede reducirse de manera significativa a través de enfoques complementarios de los esquemas profilácticos antirretrovíricos para la madre con o sin profilaxis para el bebé, de la aplicación de prácticas seguras en el parto y del uso de alternativas seguras para la lactancia. También la profilaxis antirretrovírica seguida de la lactancia materna de manera exclusiva puede reducir el riesgo de transmisión vertical cuando la lactancia se limita a los primeros seis meses.

El propósito de este indicador es evaluar el progreso realizado en la prevención de la transmisión vertical del VIH.

Definición y componentes del indicador

Definición: Porcentaje de embarazadas infectadas por el VIH que recibieron medicamentos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil.

Numerador: Porcentaje de embarazadas infectadas por el VIH que recibieron medicamentos antirretrovíricos durante los últimos 12 meses para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil.

Denominador: Número estimado de embarazadas infectadas por el VIH en los últimos 12 meses.

Todos los análisis de este indicador llevados a cabo para el *Informe mundial* —incluidas las cifras citadas de cada país— reflejan numeradores que atravesaron un proceso de conciliación realizado por tres organismos (ONUSIDA, OMS, UNICEF) y denominadores estimados directamente mediante la metodología del Grupo de Referencia del ONUSIDA y la OMS sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones (Spectrum).

El proceso de conciliación aseguró que todos los organismos informaran la misma cifra aprobada por el país, que fuera la más reciente y satisficiera la definición de mujeres infectadas por el VIH que recibieron terapia antirretrovírica durante los últimos 12 meses, y así reflejara un año completo. En los casos de discrepancia entre los tres organismos, se realizaron todos los esfuerzos posibles para obtener del país en cuestión la aprobación de un valor final para el indicador. En los casos en que esto no fue posible, el valor informado para el país lleva una nota al pie en el Anexo 2.

En cuanto a los datos representativos de 2007, algunos países no habían informado datos que reflejaran 12 meses. En estos casos, los datos se proyectaron para que reflejaran un período coherente.[5]

Con el fin de mantener la coherencia, para todos los análisis y las cifras citadas en el texto, se utilizaron los denominadores estimados con la metodología del Grupo de Referencia del ONUSIDA/OMS para Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones. Los denominadores informados por los países se incluyen en el Anexo 2.

6. Tratamiento conjunto para la tuberculosis y para el VIH

La tuberculosis es una de las causas más comunes de morbilidad y mortalidad en las personas que viven con el VIH, aun en aquellos que reciben terapia antirretrovírica. Para mejorar la calidad y la cantidad de vida de las personas que viven con el VIH es necesario intensificar la detección precoz de la tuberculosis y el acceso a diagnóstico y tratamiento de calidad, en conformidad con las directrices internacionales y nacionales. Es importante medir el porcentaje de casos de personas VIH-positivas con tuberculosis que acceden al tratamiento adecuado para la tuberculosis y el VIH.

El propósito de este indicador es evaluar el progreso realizado en la detección y el tratamiento de la tuberculosis en las personas que viven con el VIH.

Definición y componentes del indicador

Definición: Porcentaje de casos nuevos estimados de tuberculosis en VIH-positivos que recibieron tratamiento para la tuberculosis y el VIH.

Numerador: Número de adultos con infección por el VIH en etapa avanzada que están recibiendo terapia antirretrovírica de combinación, según el protocolo de tratamiento aprobado en el país (o las normas de la OMS y el ONUSIDA) y que iniciaron el tratamiento para la tuberculosis (en conformidad con las directrices del programa nacional sobre tuberculosis) dentro del año del informe.

Denominador: Número estimado de casos nuevos de tuberculosis en personas que viven con el VIH.

[5] Método para la proyección: todos los valores informados que representan un periodo menor de 12 meses se proyectan tomando el número de embarazadas VIH-positivas que reciben antirretrovíricos y diviendo por el número de meses que los datos representan y multiplicando por 12 meses.

7. Pruebas del VIH en la población general

Con el objeto de protegerse a sí mismos y evitar infectar a otros, es importante que las personas conozcan su estado serológico en relación con el VIH. El conocimiento del estado propio es también un factor fundamental en la decisión de buscar tratamiento.

El propósito de este indicador es evaluar el progreso realizado en la puesta en práctica de las pruebas y el asesoramiento sobre el VIH.

Definición y componentes del indicador

Definición: Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que recibieron una prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen sus resultados.

Numerador: Número de encuestados de 15 a 49 años de edad que se hicieron la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conocen los resultados.

Denominador: Número de encuestados de 15 a 49 años de edad.

Algunos países eligieron informar sobre este indicador utilizando datos obtenidos a través de los programas de pruebas del VIH. Estos datos no son comparables con los obtenidos a través de las encuestas realizadas en la población general, y llevan una nota al pie en la tabla de datos.

8. Pruebas del VIH en las poblaciones más expuestas

Con el objeto de protegerse a sí mismos y evitar infectar a otros, es importante que las poblaciones más expuestas conozcan su estado serológico en relación con el VIH. El conocimiento del estado propio es también un factor fundamental en la decisión de buscar tratamiento. Este indicador debería calcularse por separado para cada población considerada más expuesta en cada país: profesionales del sexo, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

El propósito de este indicador es evaluar el progreso realizado en la puesta en práctica de las pruebas y el asesoramiento sobre el VIH en las poblaciones más expuestas.

Definición y componentes del indicador

Definición: Porcentaje de las poblaciones más expuestas que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados.

Numerador: Número de encuestados pertenecientes a las poblaciones más expuestas que se hicieron la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conocen los resultados.

Denominador: Número de la población más expuesta incluido en la muestra.

9. Poblaciones más expuestas: programas de prevención

Con frecuencia es difícil establecer contacto con las poblaciones más expuestas a través de los programas de prevención del VIH. Sin embargo, con el objeto de evitar la propagación del VIH en estas poblaciones y en la población en general, es importante que estas personas accedan a los servicios ofrecidos. Este indicador debería calcularse separadamente para cada población considerada más expuesta en un país determinado: profesionales del sexo, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

El propósito de este indicador es evaluar el progreso realizado en la puesta en práctica de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones más expuestas.

Definición y componentes del indicador

Definición: Porcentaje de las poblaciones más expuestas que logran atender los programas de prevención del VIH.

Numerador: Número de encuestados pertenecientes a poblaciones más expuestas que respondieron "sí" a las dos (a las tres en el caso de usuarios de drogas inyectables) preguntas siguientes:

1. *¿Sabe dónde ir si desea hacerse una prueba del VIH?*
2. *¿Alguien le entregó preservativos en los últimos doce meses?*
3. *(Usuarios de drogas inyectables) ¿Alguien le entregó agujas y jeringas estériles en los últimos doce meses?*

Denominador: Número total de encuestados

10. Ayuda para niños afectados por el VIH y el sida

En tanto el número de niños huérfanos y vulnerables continúa aumentando, es necesario que se garantice la ayuda necesaria para respaldar a las familias y a las comunidades. En la práctica, la atención y el apoyo para los niños huérfanos provienen de las familias y las comunidades. Para que esta ayuda sea sólida, es importante que los hogares se conecten con apoyo adicional proveniente de fuentes externas.

El propósito de este indicador es evaluar el progreso realizado en la provisión de apoyo a los hogares que cuidan de niños huérfanos y vulnerables entre 0 y 17 años de edad.

Definición y componentes del indicador

Definición: Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables entre 0 y 17 años de edad cuyas familias recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil

Numerador: Número de niños huérfanos y vulnerables que viven en hogares que recibieron al menos uno de cuatro tipos de apoyo para cada niño.

Denominador: Número total de niños huérfanos y vulnerables entre 0 y 17 años de edad.

A los fines de este indicador y de acuerdo con las definiciones del UNICEF (ver referencia, abajo), se define huérfano como un niño menor de 18 años que ha perdido a uno de sus padres o a ambos.

Un niño vulnerable por causa del VIH debe tener menos de 18 años y:

(i) haber perdido a uno de sus padres o a ambos; o

(ii) uno de sus padres debe padecer una enfermedad crónica (independientemente de que viva o no en la misma casa que el niño); o

(iii) vivir en un hogar en el que, en los últimos 12 meses, al menos un adulto haya fallecido y haya estado enfermo durante tres de los cuatro meses previos a su fallecimiento; o

(iv) vivir en un hogar en el que al menos un adulto haya estado gravemente enfermo durante al menos tres de los 12 meses anteriores.

Algunos países eligieron informar sobre este indicador utilizando datos obtenidos a través de los programas de pruebas del VIH. Estos datos no son comparables con los obtenidos a través de las encuestas realizadas en la población general, y llevan una nota al pie en la tabla de datos.

11. Educación impartida en las escuelas basada en las aptitudes necesarias para la vida

La educación basada en las aptitudes necesarias para la vida es una metodología eficaz que utiliza ejercicios de participación para enseñar a los jóvenes comportamientos que los ayuden a lidiar con los desafíos y las exigencias de la vida cotidiana. Incluye, por ejemplo, técnicas de toma de decisiones y de resolución de problemas, pensamiento creativo y crítico, conocimiento de uno mismo, comunicación y relaciones interpersonales. También puede enseñar a los jóvenes a enfrentar sus emociones y las causas de su estrés. Cuando se lo adapta específicamente a la educación escolar sobre el VIH, el enfoque basado en las aptitudes necesarias para la vida ayuda a los jóvenes a entender y evaluar los factores individuales, sociales y ambientales que aumentan o reducen el riesgo de transmisión del VIH. Si se lo lleva a la práctica de la manera apropiada, puede influir positivamente sobre los comportamientos, por ejemplo, la postergación del inicio sexual y la reducción del número de parejas sexuales.

El propósito de este indicador es evaluar el progreso realizado hacia la puesta en práctica de la educación basada en las aptitudes necesarias para la vida, impartida en todas las escuelas.

Definición y componentes del indicador

Definición: Porcentaje de escuelas que impartieron enseñanza sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último año académico.

Numerador: Número de escuelas que impartieron enseñanza sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último año académico.

Denominador: Número de escuelas encuestadas.

12. Huérfanos: asistencia escolar

El sida se apodera de números cada vez más altos de adultos justo en el momento de sus vidas en que están formando familias y criando niños. En consecuencia, la prevalencia de huérfanos aumenta de manera uniforme en muchos países, mientras que la menor cantidad de parientes en la edad adulta indicada hace que los niños enfrenten un futuro cada vez más incierto. A menudo, la orfandad viene acompañada de prejuicios y mayor pobreza, factores que limitan aún más las oportunidades de los niños de completar su educación escolar y que pueden dar lugar a la adopción de estrategias para sobrevivir que aumenten su vulnerabilidad al VIH. Por lo tanto, es importante hacer un seguimiento del grado en que los programas de apoyo en la lucha contra el sida logran su objetivo en relación con garantizar las oportunidades educativas de los niños huérfanos.

El propósito de este indicador es evaluar el progreso realizado en la prevención de la desventaja relativa que muestran los huérfanos, en

comparación con los no huérfanos, en cuanto a la asistencia escolar.

Definición y componentes del indicador

Definición: Asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad.

Parte A: Tasa actual de asistencia escolar de los niños huérfanos entre 10 y 14 años de edad.

Numerador: Número de niños que han perdido a ambos padres y que asisten a la escuela.

Denominador: Número de niños que han perdido a ambos padres.

Parte B: Tasa actual de asistencia escolar de los niños entre 10 y 14 años cuyos padres, ambos, están vivos, y que viven con al menos uno de ellos.

Numerador: Número de niños cuyos padres, ambos, están vivos, que viven con al menos uno de ellos y que van a la escuela.

Denominador: Número de niños cuyos padres, ambos, están vivos, y que viven con al menos uno de ellos.

13. Jóvenes: conocimiento sobre la prevención del VIH

Las epidemias de VIH se han perpetuado principalmente a través de la transmisión sexual de la infección a las sucesivas generaciones de jóvenes. Los conocimientos sólidos sobre el VIH y el sida constituyen un requisito fundamental —aunque con frecuencia insuficiente— para la adopción de comportamientos que reducen el riesgo de transmisión del VIH.

El propósito de este indicador es evaluar el progreso realizado en pos del conocimiento universal de los datos fundamentales que atañen a la transmisión del VIH.

Definición y componentes del indicador

Definición: Porcentaje de jóvenes entre 15 y 24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que también rechazan las falsas ideas principales acerca de la transmisión del VIH.

Numerador: Número de encuestados entre 15 y 24 años de edad que respondieron correctamente las cinco preguntas siguientes:

1. *¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH teniendo relaciones sexuales con sólo una pareja no infectada que, a su vez, no tenga otras parejas?*
2. *¿Puede una persona reducir el riesgo de contraer el VIH usando preservativo cada vez que tiene relaciones sexuales?*
3. *¿Puede una persona de aspecto saludable tener VIH?*
4. *¿Puede una persona contraer el VIH por una picadura de mosquito?*
5. *¿Puede una persona contraer el VIH por compartir una comida con alguien que está infectado?*

Denominador: Número de encuestados entre 15 y 24 años de edad.

14. Poblaciones más expuestas: conocimiento sobre la prevención del VIH

Por lo general, la transmisión sexual o el uso de equipos de inyección contaminados son los factores determinantes de las epidemias concentradas. Los conocimientos sólidos sobre el VIH constituyen un requisito fundamental para que las personas adopten comportamientos que reduzcan su riesgo de infección. Este indicador debería calcularse separadamente para cada población considerada más expuesta en un país determinado: profesionales del sexo, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

El propósito de este indicador es evaluar el progreso realizado en el desarrollo del conocimiento de los hechos fundamentales que atañen a la transmisión del VIH entre las poblaciones más expuestas.

Definición y componentes del indicador

Definición: Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que también rechazan las principales ideas erróneas acerca de la transmisión del VIH.

Numerador: Número de encuestados en la población más expuesta que respondieron correctamente las cinco preguntas siguientes:

1. *¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH teniendo relaciones sexuales con sólo una pareja no infectada que, a su vez, no tenga otras parejas?*
3. *¿Puede una persona reducir el riesgo de contraer el VIH usando preservativo cada vez que tiene relaciones sexuales?*

3. *¿Puede una persona de aspecto saludable tener VIH?*
4. *¿Puede una persona contraer el VIH por una picadura de mosquito?*
5. *¿Puede una persona contraer el VIH por compartir una comida con alguien que está infectado?*

Denominador: Número de encuestados en la población más expuesta que respondieron, incluida la respuesta "no lo sé", a las cinco preguntas.

15. Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad

En muchos países, una de las metas principales es retrasar la edad a la que los jóvenes se inician en el sexo y desalentar la actividad sexual prematrimonial, para reducir la posible exposición al VIH. También se tienen pruebas suficientes para sugerir que la iniciación sexual a una edad más tardía reduce la susceptibilidad a la infección por acto sexual, al menos para las mujeres.

El propósito de este indicador es evaluar el progreso realizado en aumentar la edad a la que las mujeres y los varones jóvenes, entre 15 y 24 años, se inician en el sexo.

Definición y componentes del indicador

Definición: Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años.

Numerador: Número de encuestados (15-24 años) que informan haber tenido relaciones sexuales por primera vez antes de los 15 años de edad.

Denominador: Número de encuestados entre 15 y 24 años de edad.

16. Relaciones sexuales de mayor riesgo

La propagación del VIH depende en gran medida de las relaciones sexuales sin protección entre personas con un número elevado de parejas sexuales. Quienes tienen varias parejas sexuales (en forma concurrente o sucesiva) corren mayor riesgo de transmisión del VIH que quienes no se vinculan con una red sexual más extensa.

El propósito de este indicador es evaluar el progreso realizado en reducir el porcentaje de personas que practican sexo de mayor riesgo.

Definición y componentes del indicador

Definición: Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja.

Numerador: Número de encuestados de 15 a 49 años que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja.

Denominador: Número de encuestados entre 15 y 49 años de edad.

17. Uso de preservativo durante relaciones sexuales de mayor riesgo

El uso de preservativo es una medida importante de protección contra el VIH, en especial entre las personas que tienen múltiples parejas sexuales.

El propósito de este indicador es evaluar el progreso realizado en la prevención de la exposición al VIH a través de relaciones sexuales sin protección con parejas no habituales.

Definición y componentes del indicador

Definición: Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y usaron preservativo en la última relación sexual.

Numerador: Número de encuestados (entre 15 y 49 años de edad) que declararon haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y haber usado preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales.

Denominador: Número de encuestados de 15 a 49 años que declararon haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.

18. Profesionales del sexo: uso de preservativos

Son varios los factores que aumentan el riesgo de exposición al VIH entre los profesionales del sexo, entre ellos, el tener múltiples parejas sexuales no habituales y relaciones sexuales más frecuentes. Sin embargo, los profesionales del sexo pueden reducir marcadamente el riesgo de transmisión del VIH, de y a los clientes, mediante el uso sistemático y correcto de preservativos.

Nota: Los países con epidemias generalizadas también pueden tener subepidemias concentradas entre los profesionales del sexo. Si eso ocurre, sería de gran utilidad que calcularan e informaran este indicador para esta población.

El propósito de este indicador es evaluar el progreso realizado en la prevención de la exposición de los profesionales del sexo al VIH a

través de las relaciones sexuales sin protección con sus clientes.

Definición y componentes del indicador

Definición: Porcentaje de profesionales del sexo de ambos sexos que comunican haber usado preservativo con su cliente más reciente.

Numerador: Número de encuestados que informaron haber usado preservativo con su último cliente en los últimos 12 meses.

Denominador: Número de encuestados que informaron haber tenido relaciones sexuales remuneradas en los últimos 12 meses.

19. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: uso de preservativos

Los preservativos pueden reducir notablemente el riesgo de transmisión sexual del VIH. Por lo tanto, es importante que los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres usen preservativos en forma sistemática y correcta, dado el alto riesgo de transmisión del VIH durante las relaciones sexuales anales sin protección. Además, es posible que los hombres que tienen relaciones sexuales vía anal con otros hombres tengan también parejas femeninas que podrían infectarse. El uso de preservativo con su pareja masculina más reciente se considera un indicador confiable de comportamiento a más largo plazo.

Nota: Los países con epidemias generalizadas también pueden tener subepidemias concentradas entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Si eso ocurre, sería de gran utilidad que calcularan e informaran este indicador para esta población.

El propósito de este indicador es evaluar el progreso realizado en la prevención de la exposición al VIH de los hombres que tienen relaciones sexuales anales sin protección con una pareja masculina.

Definición y componentes del indicador

Definición: Porcentaje de varones que informaron haber usado un preservativo en su última relación sexual anal con una pareja masculina.

Numerador: Número de encuestados que informaron haber usado preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales anales.

Denominador: Número de encuestados que informaron haber tenido relaciones sexuales anales con una pareja varón en los últimos seis meses.

20. Consumidores de drogas inyectables: uso de preservativos

Las prácticas sexuales y de inyección seguras entre los usuarios de drogas inyectables son fundamentales aun en aquellos países en los que predominan otras modalidades de transmisión del VIH porque: (i) el riesgo de transmisión del VIH como consecuencia del uso de equipos de inyección contaminados es extremadamente elevado, y (ii) los usuarios de drogas inyectables pueden propagar el VIH (por ejemplo, mediante la transmisión sexual) a la población en general.

El propósito de este indicador es evaluar el progreso realizado en la prevención de la transmisión sexual del VIH.

Definición y componentes del indicador

Definición: Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que informan haber usado preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales.

Numerador: Número de encuestados que informaron haber usado preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales.

Denominador: Número de encuestados que informaron haber tenido relaciones sexuales en el último mes.

21. Consumidores de drogas inyectables: prácticas seguras de inyección

Las prácticas sexuales y de inyección seguras entre los usuarios de drogas inyectables son fundamentales aun en aquellos países en los que predominan otras modalidades de transmisión del VIH porque: (i) el riesgo de transmisión del VIH como consecuencia del uso de equipos de inyección contaminados es extremadamente elevado, y (ii) los usuarios de drogas inyectables pueden propagar el VIH (por ejemplo, mediante la transmisión sexual) a la población en general.

Nota: Los países con epidemias generalizadas también pueden tener subepidemias concentradas entre los usuarios de drogas inyectables. Si eso ocurre, sería de gran utilidad que calcularan e informaran este indicador para esta población.

El propósito de este indicador es evaluar el progreso realizado en la prevención de la

transmisión del VIH asociada al consumo de drogas inyectables.

Definición y componentes del indicador

Definición: Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que informan haber utilizado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectaron.

Numerador: Número de encuestados que informaron haber utilizado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectaron drogas.

Denominador: Número de encuestados que informaron haberse inyectado drogas en el último mes.

24. Tratamiento del VIH: supervivencia después de 12 meses de iniciada la terapia antirretrovírica

Uno de los objetivos de cualquier programa de tratamiento antirretrovírico es prolongar la supervivencia de las personas infectadas. Habida cuenta de la ampliación del acceso a la terapia antirretrovírica en todo el mundo, también es importante comprender por qué y de qué manera las personas abandonan los programas de tratamiento. Estos datos pueden utilizarse para demostrar la eficacia de dichos programas y para destacar los obstáculos que detienen la expansión y corregirlos.

El propósito de este indicador es evaluar el progreso realizado en aumentar la supervivencia de los adultos y niños infectados haciendo que permanezcan en el tratamiento antirretrovírico.

Definición y componentes del indicador

Definición: Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que siguen con el tratamiento antirretrovírico 12 meses después de haberlo comenzado.

Numerador: Número de adultos y niños que continúan vivos y recibiendo tratamiento antirretrovírico 12 meses después de haberlo comenzado.

Denominador: Número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretrovírico, para quienes se esperaba que alcanzaran los resultados de los 12 meses dentro del período del informe, incluidos aquellos que fallecieron después de iniciar el tratamiento antirretrovírico, los que abandonaron el tratamiento y los registrados como perdidos en el seguimiento al mes 12.

Se hicieron modificaciones en este indicador para que reflejara sólo la supervivencia mínima. Por esta razón, es posible que el indicador refleje una tasa de supervivencia inferior a la definición de supervivencia máxima que excluye a las personas que abandonaron la terapia antirretrovírica, que fallecieron o que se perdieron en el seguimiento. En aquellos casos en que se sabe que el valor informado para un dato no refleja esta definición, la información se incluyó en una nota al pie de las tablas del anexo.

Todos los análisis de este indicador llevados a cabo para el *Informe mundial,* incluidas las cifras citadas por país, reflejan numeradores sometidos a un proceso de conciliación realizado por dos organismos (ONUSIDA y OMS).

El proceso de conciliación aseguró que todos los organismos informaran la misma cifra aprobada por el país, que fuera la más reciente y satisficiera la definición de una supervivencia mínima de 12 meses de una cohorte. En los casos de discrepancia entre los dos organismos, se realizaron todos los esfuerzos posibles para obtener del país en cuestión la aprobación de un valor final para el indicador. En los casos en que esto no fue posible, el valor informado para el país lleva una nota al pie en el Anexo 2.

Países que presentaron informes sobre la aplicación de la Declaración de compromiso (n = 147)

Ingresos altos

Antigua y Barbuda
Barbados
Bahamas
Chipre
Estonia
Israel
Qatar
Eslovenia
Trinidad y Tobago
Australia
Bélgica
Canadá
Suiza
Alemania
España
Finlandia
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
Grecia
Irlanda
Japón
Países Bajos
Nueva Zelandia
Suecia

Caribe

Haití
Cuba
República Dominicana
Jamaica
Dominica
Granada
Saint Kitts y Nevis
Santa Lucía
San Vicente y las Granadinas

Asia oriental

Mongolia
China

Europa oriental y Asia central

Kirguistán
Tayikistán
Uzbekistán
Armenia
Azerbaiyán
Bosnia y Herzegovina
Belarús
Georgia
Moldova
Ucrania
Bulgaria
Croacia
Kazajstán
Lituania
Letonia
Rumania
Federación de Rusia

América Latina

Bolivia
Colombia
Ecuador
Guatemala
Guyana
Honduras
Nicaragua
Perú
Paraguay
Suriname
El Salvador
Argentina
Brasil
Belice
Chile
Costa Rica
México
Panamá
Uruguay

África del Norte y Oriente Medio

Sudán
Argelia
Jordania
Marruecos
Túnez
Líbano
Turquía

Oceanía

Papua Nueva Guinea
Fiji

Micronesia, Estados Federados de
Islas Marshall
Tuvalu
Palau

Asia meridional y sudoriental

Afganistán
Bangladesh
India
Camboya
República Democrática Popular Lao
Nepal
Pakistán
Vietnam
Indonesia
Irán, República Islámica del
Sri Lanka
Filipinas
Tailandia
Malasia

África subsahariana

Burkina Faso
Burundi
Benin
Rep. Democrática del Congo
República Centroafricana
Côte d'Ivoire
Eritrea
Etiopía
Ghana
Gambia
Guinea
Guinea-Bissau
Kenya
Comoras
Madagascar
Malí
Mauritania
Malawi
Mozambique
Níger
Nigeria
Rwanda
Sierra Leona
Senegal
Somalia
Santo Tomé y Príncipe
Chad
Togo
República Unida de Tanzanía
Uganda
Zambia
Zimbabwe
Angola
Congo, República Democrática del
Camerún
Cabo Verde
Lesotho
Namibia
Swazilandia
Botswana
Gabón
Mauricio
Seychelles
Sudáfrica

Europa occidental y central

Albania
Ex República Yugoslava de Macedonia
Hungría
Montenegro
Polonia
Serbia

Indicador 1 del UNGASS. Informes de los países de gastos nacionales e internacionales relacionados con el sida por categorías de servicio y fuentes de financiamiento.

Región/país que presenta el informe	Año del gasto	Total informado de gasto público nacional e internacional en millones de dólares estado-unidenses	Parte por fuente de financiación					Gastos totales relacionados con el VIH en servicios seleccionados (US$ millone)		
								Prevención		
			Pública nacional (%)	Internacional				Total para prevención	Comunicación para cambio social y com-portamental	Asesora-miento y pruebas voluntarias del VIH
				Bilaterales (%)	Multilaterales		Todas las demás fuen-tes interna-cionales o no especificadas (%)			
					Fondo Mundial (%)	ONU y todas las demás multilaterales (%)				
Caribe										
Antigua y Barbuda	2006	$0,157	65,9%	25,4%	8,7%	0,0%	0,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Antigua y Barbuda[1]	2007	$0,160	100,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Aruba[1]	2005	$0,010	100,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Aruba[1]	2006	$0,010	100,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Aruba[1]	2007	$0,010	100,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Bahamas[1]	2006	$2,145	71,6%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	28,4%	$0,005	NC / NI	NC / NI
Barbados[1]	2006	$7,073	98,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	2,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Cuba	2007	$41,927	80,9%	0,0%	19,1%	0,0%	0,0%	$6,385	$5,584	$0,801
República Dominicana[1]	2007	$13,737	44,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	56,0%	$4,121	NC / NI	NC / NI
Granada[1]	2006	$1,050	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Haití	2006	$70,284	0,6%	67,3%	24,0%	6,50%	1,55%	$12,597	$1,882	$3,427
Jamaica	2005	$11,306	54,5%	5,8%	39,7%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Jamaica	2006	$10,362	65,9%	5,2%	28,9%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Jamaica	2007	$14,749	62,5%	2,0%	35,5%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Santa Lucía	2006	$1,000	21,4%	0,0%	7,8%	46,7%	24,10%	$0,604	$0,105	$0,014
Santa Lucía	2007	$0,772	21,6%	0,0%	13,9%	64,6%	0,0%	$0,446	$0,202	$0,042
Trinidad y Tabago	2006	$12,148	95,6%	0,0%	0,0%	4,4%	0,0%	$5,626	$3,218	$0,118
Islas Turcas y Caicos	2006	$0,958	100,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Islas Turcas y Caicos	2007	$1,109	100,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Asia oriental										
China	2006	$138,927	77,1%	4,6%	17,5%	0,8%	0,0%	$0,927	$0,927	NC / NI
China[2]	2007	$124,116	100,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	$48,078	$46,392	$0,897
Japón	2006	$68,135	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	$4,130	NC / NI	NC / NI
Mongolia	2007	$3,377	7,3%	23,6%	36,0%	19,2%	14,0%	$1,946	$0,179	$0,184
Europa oriental y Asia central										
Armenia	2007	$2,476	16,2%	7,3%	55,7%	20,8%	0,0%	$1,296	$0,101	$0,197
Azerbaiyán	2007	$2,220	65,7%	0,0%	34,3%	NC / NI	0,0%	$0,851	NC / NI	$0,851
Belarús	2006	$13,133	68,19%	0,0%	28,53%	2,25%	1,03%	$9,745	$0,491	$0,977
Bulgaria	2005	$7,778	35,40%	0,0%	57,71%	6,89%	0,0%	$3,758	$0,336	$0,627
Bulgaria	2006	$6,604	48,8%	0,0%	43,0%	8,2%	0,0%	$3,114	$0,440	$0,491
Bulgaria	2007	$6,659	50,8%	0,0%	43,4%	5,9%	0,0%	$2,877	$0,418	$0,552
Croacia	2006	$8,424	73,8%	0,0%	23,0%	2,3%	0,9%	$3,743	NC / NI	$0,442
Georgia	2006	$5,263	10,9%	19,3%	56,5%	13,3%	0,0%	$2,563	$0,058	$0,066

Indicador 1 del UNGASS. Informes de los países de gastos nacionales e internacionales relacionados con el sida por categorías de servicio y fuentes de financiamiento.

Gastos totales relacionados con el VIH en servicios seleccionados (US$ millone)									
Prevención			Atención y tratamiento		Niños huérfanos y vulnerables	Apoyo al programa			Otros gastos relacionados con el VIH
Programas para profesionales del sexo y sus clientes, para HSH y programa para reducción del daño para UDI	Marketing social de preservativos, provisión de preservativos en el sector público y comercial, y preservativo femenino	Prevención de la transmisión maternoinfantil	Total para atención y tratamiento	Terapia antirretrovírica		Total para el apoyo y la gestión del programa	Gestión, planificación y coordinación del programa	Vigilancia y evaluación[4]	
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	$0,704	$0,408	NC / NI	$0,145	$0,115	$0,001	$1,290
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	$32,604	$11,314	NC / NI	$0,176	$0,176	NC / NI	$2,762
NC / NI	NC / NI	NC / NI	$3,434	NC / NI	NC / NI	$2,473	NC / NI	NC / NI	$3,709
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
$0,914	$0,818	$3,288	$31,192	$13,910	$2,450	$20,286	$10,159	$4,639	$3,759
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
$0,001	$0,103	$0,010	$0,066	$0,015	$0,052	$0,080	$0,048	$0,025	$0,198
$0,005	$0,050	$0,001	$0,077	$0,029	$0,075	$0,139	$0,051	$0,086	$0,036
$0,651	$0,170	$0,113	$3,989	$1,184	$0,131	$1,778	$1,405	$0,054	$0,624
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	$1,012	NC / NI	$0,505	$7,300	$4,781	$2,329	$129,153
NC / NI	NC / NI	NC / NI	$56,583	$43,669	NC / NI	$17,362	$0,947	$4,502	$2,093
NC / NI	NC / NI	NC / NI	$9,389	NC / NI	NC / NI	$17,398	NC / NI	NC / NI	$37,218
$0,312	$0,291	$0,076	$0,205	$0,010	$0,016	$0,801	$0,453	$0,198	$0,409
$0,154	$0,016	$0,045	$0,392	$0,098	$0,004	$0,287	$0,188	$0,099	$0,498
NC / NI	NC / NI	NC / NI	$0,500	$0,417	NC / NI	$0,411	$0,411	NC / NI	$0,458
NC / NI	$0,233	$0,366	$1,443	$0,823	$0,084	$0,854	$0,233	$0,221	$1,007
$0,842	NC / NI	NC / NI	$2,689	$1,614	NC / NI	$0,561	$0,337	$0,135	$0,770
$0,588	$0,122	NC / NI	$2,585	$1,955	NC / NI	$0,363	$0,218	$0,087	$0,543
$0,597	NC / NI	NC / NI	$2,932	$2,025	NC / NI	$0,348	$0,209	$0,084	$0,501
$0,509	NC / NI	NC / NI	$4,354	NC / NI	NC / NI	$0,328	$0,125	$0,080	NC / NI
$1,025	$0,079	$0,225	$0,839	$0,552	NC / NI	$1,036	$0,206	$0,088	$0,824

Indicador 1 del UNGASS. Informes de los países de gastos nacionales e internacionales relacionados con el sida por categorías de servicio y fuentes de financiamiento.

Región/país que presenta el informe	Año del gasto	Total informado de gasto público nacional e internacional en millones de dólares estado-unidenses	Parte por fuente de financiación					Gastos totales relacionados con el VIH en servicios seleccionados (US$ millone)		
								Prevención		
			Pública nacional (%)	Internacional				Total para prevención	Comunicación para cambio social y com-portamental	Asesora-miento y pruebas voluntarias del VIH
				Bilaterales (%)	Multilaterales		Todas las demás fuen-tes interna-cionales o no especificadas (%)			
					Fondo Mundial (%)	ONU y todas las demás multilaterales (%)				
Kazajstán	2007	$17,959	70,0%	1,3%	27,3%	0,6%	0,7%	$3,392	$0,111	NC / NI
Kirguistán	2006	$7,917	8,8%	8,7%	38,7%	43,8%	0,0%	$6,469	$0,049	$0,088
Letonia[1]	2006	$5,748	98,7%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	1,3%	$0,996	$0,032	$0,186
República de Moldova	2007	$8,186	26,9%	19,0%	17,1%	31,9%	5,1%	$6,292	$0,903	$0,325
Rumania	2006	$76,088	93,1%	0,0%	5,4%	1,4%	0,0%	$5,239	NC / NI	NC / NI
Federación de Rusia[1]	2006	$304,835	83,4%	0,0%	11,6%	0,3%	4,7%	$61,749	NC / NI	NC / NI
Tayikistán	2006	$5,211	5,7%	19,4%	36,6%	19,8%	18,5%	$2,509	$0,173	$0,140
Ucrania	2005	$39,414	42,9%	17,1%	32,9%	5,5%	1,7%	$7,442	$0,025	$0,373
Ucrania	2006	$55,417	50,8%	8,2%	36,3%	3,1%	1,6%	$17,067	$0,197	$0,715
América Latina										
Argentina	2006	$149,527	96,7%	0,1%	2,9%	0,2%	0,2%	$24,855	$2,141	$3,011
Bolivia	2005	$1,833	9,6%	44,7%	21,4%	NC / NI	24,2%	$0,918	$0,182	NC / NI
Bolivia	2006	$4,025	9,1%	16,6%	51,6%	3,0%	19,8%	$1,242	$0,228	NC / NI
Bolivia	2007	$3,183	16,9%	40,7%	16,5%	5,7%	20,1%	$1,252	$0,209	NC / NI
Brasil[1]	2006	$565,186	99,5%	0,1%	0,0%	0,3%	0,0%	$34,159	$9,903	$2,455
Chile	2005	$54,070	83,6%	0,0%	16,4%	0,0%	0,0%	$9,472	$0,555	$0,430
Colombia	2006	$97,645	98,91%	0,0%	0,92%	0,14%	0,0%	$34,662	$2,799	$0,031
Costa Rica	2006	$11,271	89,6%	0,0%	9,1%	0,8%	0,6%	$3,418	$0,707	NC / NI
Ecuador[1]	2005	$2,951	88,9%	0,0%	4,2%	6,8%	0,0%	$0,545	$0,013	$0,250
Ecuador[1]	2006	$10,209	31,9%	0,0%	61,8%	4,6%	1,7%	$2,942	$0,052	$0,489
Ecuador[1]	2007	$7,473	42,8%	0,0%	38,6%	3,7%	14,8%	$2,413	$0,022	$0,435
El Salvador	2006	$33,128	82,0%	1,3%	8,4%	7,7%	0,6%	$9,691	$1,483	$1,135
Guatemala[1]	2005	$19,142	66,4%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	33,6%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Guatemala[1]	2006	$18,957	65,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	35,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Honduras	2006	$14,354	28,9%	23,5%	28,5%	4,4%	14,5%	$6,183	$0,430	$0,943
México[1]	2005	$176,052	99,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,7%	$40,663	$0,291	$2,950
Panamá	2006	$14,164	97,3%	0,0%	0,0%	2,7%	0,0%	$0,438	NC / NI	$0,038
Paraguay	2006	$1,018	75,5%	0,0%	0,0%	17,2%	7,3%	$0,234	NC / NI	$0,111
Paraguay	2007	$2,326	47,8%	0,0%	31,2%	11,2%	9,7%	$0,796	NC / NI	$0,154
Perú	2005	$21,875	41,33%	6,63%	34,06%	2,86%	15,12%	$5,115	$0,063	NC / NI
Perú	2006	$32,387	41,07%	1,72%	32,0%	1,74%	23,47%	$4,769	$0,197	NC / NI
Perú	2007	$28,008	44,5%	3,6%	21,8%	4,4%	25,7%	$9,060	$0,978	NC / NI
Uruguay[1]	2005	$6,245	94,9%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	5,1%	$0,770	$0,030	$0,162
Uruguay[1]	2006	$5,731	93,3%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	6,7%	$0,852	$0,081	$0,168

Indicador 1 del UNGASS. Informes de los países de gastos nacionales e internacionales relacionados con el sida por categorías de servicio y fuentes de financiamiento.

Gastos totales relacionados con el VIH en servicios seleccionados (US$ millone)

Prevención			Atención y tratamiento		Niños huérfanos y vulnerables	Apoyo al programa			Otros gastos relacionados con el VIH
Programas para profesionales del sexo y sus clientes, para HSH y programa para reducción del daño para UDI	Marketing social de preservativos, provisión de preservativos en el sector público y comercial, y preservativo femenino	Prevención de la transmisión maternoinfantil	Total para atención y tratamiento	Terapia antirretrovírica		Total para el apoyo y la gestión del programa	Gestión, planificación y coordinación del programa	Vigilancia y evaluación[4]	
$0,030	$0,899	NC / NI	$2,400	$2,066	NC / NI	$11,850	$0,158	$0,181	$0,317
$0,610	$0,016	NC / NI	$0,847	$0,169	$0,033	$0,470	$0,355	$0,030	$0,098
$0,338	NC / NI	$0,028	$4,400	$4,400	NC / NI	$0,352	$0,352	NC / NI	NC / NI
$0,332	NC / NI	$0,231	$0,680	$0,456	NC / NI	$1,137	$0,185	$0,337	$0,078
NC / NI	NC / NI	NC / NI	$57,796	NC / NI	NC / NI	$0,322	NC / NI	NC / NI	$12,732
NC / NI	NC / NI	NC / NI	$96,798	NC / NI	$32,610	$18,636	NC / NI	NC / NI	$95,041
$0,285	$0,105	$0,030	$0,144	$0,114	$0,020	$0,335	$0,144	$0,095	$2,203
$3,174	NC / NI	$0,837	$15,751	$2,416	$0,952	$7,678	$3,342	$0,991	$7,591
$7,267	NC / NI	$0,529	$23,289	$5,352	$0,901	$10,434	$2,675	$0,356	$3,727
$0,544	$1,034	$4,842	$107,280	$58,897	$1,272	$6,915	$1,682	$0,659	$9,206
$0,006	$0,004	$0,001	$0,483	$0,247	NC / NI	$0,266	$0,102	$0,038	$0,166
$0,002	$0,002	$0,004	$1,881	$1,664	NC / NI	$0,653	$0,239	$0,100	$0,248
$0,028	$0,044	$0,001	$0,766	$0,450	NC / NI	$0,868	$0,526	$0,090	$0,297
$0,405	$7,440	$5,155	$470,055	$438,384	$0,148	$25,403	$19,971	$4,899	$35,420
$0,108	$0,983	$1,919	$40,429	$36,318	NC / NI	$2,204	$1,554	$0,276	$1,966
NC / NI	$6,967	$2,132	$62,074	$36,541	$0,035	$0,774	$0,774	NC / NI	$0,100
NC / NI	$0,080	NC / NI	$7,681	$4,141	$0,057	$0,072	NC / NI	$0,011	$0,042
NC / NI	NC / NI	$0,011	$1,661	$1,468	$0,019	$0,534	$0,033	NC / NI	$0,191
NC / NI	$0,027	$0,534	$3,986	$1,932	$0,003	$1,201	$0,095	$0,102	$2,078
$0,013	$0,283	$0,188	$3,125	$2,358	NC / NI	$0,376	$0,118	$0,146	$1,559
$0,055	$1,450	$1,019	$20,867	$7,551	$0,399	$1,024	$0,510	$0,335	$1,147
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
$0,499	$0,305	$0,420	$4,204	$2,420	$0,030	$3,687	$1,659	$1,145	$0,250
$5,227	$3,369	$4,472	$122,333	$103,396	$0,036	$12,404	$3,737	$1,149	$0,615
$0,073	NC / NI	$0,011	$13,425	$13,422	$0,012	$0,206	$0,071	NC / NI	$0,083
NC / NI	$0,020	$0,059	$0,481	$0,163	NC / NI	$0,009	$0,005	$0,004	$0,294
$0,088	$0,036	$0,091	$0,683	$0,374	NC / NI	$0,168	$0,045	$0,063	$0,679
$1,128	$0,808	$0,555	$13,168	$7,806	NC / NI	$0,543	$0,311	$0,225	$3,049
$0,798	$0,763	$0,970	$20,738	$13,858	NC / NI	$0,688	$0,286	$0,378	$6,192
$1,935	$1,781	$1,428	$12,448	$3,163	$0,090	$0,948	$0,491	$0,436	$5,461
$0,042	$0,079	$0,073	$4,237	$3,816	NC / NI	$0,135	NC / NI	$0,014	$1,103
$0,037	$0,069	$0,052	$3,549	$3,074	NC / NI	$0,196	NC / NI	$0,015	$1,135

Indicador 1 del UNGASS. Informes de los países de gastos nacionales e internacionales relacionados con el sida por categorías de servicio y fuentes de financiamiento.

Región/país que presenta el informe	Año del gasto	Total informado de gasto público nacional e internacional en millones de dólares estado-unidenses	Parte por fuente de financiación					Gastos totales relacionados con el VIH en servicios seleccionados (US$ millone)		
								Prevención		
			Pública nacional (%)	Internacional				Total para prevención	Comunicación para cambio social y com-portamental	Asesora-miento y pruebas voluntarias del VIH
				Bilaterales (%)	Multilaterales		Todas las demás fuen-tes interna-cionales o no especificadas (%)			
					Fondo Mundial (%)	ONU y todas las demás multilaterales (%)				
Oriente Medio y África del Norte										
Argelia	2006	$3,674	30,9%	0,0%	65,2%	3,9%	0,0%	$1,561	$0,038	$0,046
Jordania	2007	$2,697	5,1%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	94,9%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Líbano	2007	$2,735	30,5%	36,2%	0,0%	17,1%	16,2%	$1,445	$0,050	$0,055
Marruecos	2006	$6,900	33,0%	9,8%	32,5%	11,9%	12,8%	$2,996	NC / NI	NC / NI
Marruecos	2007	$8,833	30,5%	3,4%	54,5%	8,4%	3,2%	$4,147	NC / NI	NC / NI
Sudán, Norte[1]	2007	$15,985	8,8%	0,0%	57,9%	33,4%	0,0%	$8,923	$1,024	$0,731
Sudán, Sur[1]	2006	$0,260	NC / NI	NC / NI	NC / NI	100,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Sudán, Sur[1]	2007	$1,313	NC / NI	NC / NI	NC / NI	100,0%	NC / NI	$0,518	$0,259	$0,152
Turquía[1]	2006	$54,175	92,3%	0,0%	3,2%	4,6%	0,0%	$27,657	$0,145	$0,055
Turquía[1]	2007	$56,472	89,3%	0,0%	3,5%	7,2%	0,0%	$25,265	$0,087	$0,089
Oceanía										
Australia	2006	$101,415	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	$1,898	$0,079	NC / NI
Islas Marshall	2007	$0,123	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Palau	2007	$0,333	16,4%	0,0%	10,7%	0,0%	72,9%	$0,148	$0,005	$0,026
Asia meridional y sudoriental										
Camboya	2006	$44,179	13,7%	42,5%	21,5%	19,2%	3,2%	$19,948	$0,685	$2,587
Indonesia	2006	$56,577	26,6%	47,7%	18,5%	7,2%	0,0%	$23,180	$3,765	$0,128
Irán (República Islámica del)	2006	$32,778	90,8%	0,0%	5,9%	3,3%	0,0%	$20,483	NC / NI	NC / NI
República Democrática Popular Lao[1]	2006	$4,676	0,5%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	99,5%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
República Democrática Popular Lao[1]	2007	$5,824	0,4%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	99,6%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Nepal[1]	2006	$8,897	2,4%	46,5%	12,7%	14,4%	24,0%	$6,120	$0,289	$0,281
Pakistán	2007	$5,077	36,1%	0,0%	0,0%	59,8%	4,1%	$3,597	NC / NI	NC / NI
Filipinas	2005	$6,842	18,9%	35,6%	28,7%	15,2%	1,7%	$3,187	$0,566	$0,064
Filipinas	2006	$7,686	34,6%	40,8%	8,0%	15,5%	1,0%	$4,936	$2,362	$0,085
Sri Lanka	2007	$1,706	99,4%	0,0%	NC / NI	0,6%	0,0%	$0,011	NC / NI	NC / NI
Tailandia	2007	$199,645	82,7%	0,5%	16,0%	0,8%	0,0%	$28,186	$0,188	$5,497
Viet Nam[1]	2006	$47,156	10,5%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	89,5%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
África subsahariana										
Angola[1]	2006	$27,724	100,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Angola[1]	2007	$47,494	82,14%	0,0%	5,87%	8,21%	3,78%	$23,687	$5,270	NC / NI
Benin[1]	2006	$25,931	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Benin[1]	2007	$25,992	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI

Indicador 1 del UNGASS. Informes de los países de gastos nacionales e internacionales relacionados con el sida por categorías de servicio y fuentes de financiamiento.

Gastos totales relacionados con el VIH en servicios seleccionados (US$ millone)

Prevención			Atención y tratamiento		Niños huérfanos y vulnerables	Apoyo al programa			Otros gastos relacionados con el VIH
Programas para profesionales del sexo y sus clientes, para HSH y programa para reducción del daño para UDI	Marketing social de preservativos, provisión de preservativos en el sector público y comercial, y preservativo femenino	Prevención de la transmisión maternoinfantil	Total para atención y tratamiento	Terapia antirretrovírica		Total para el apoyo y la gestión del programa	Gestión, planificación y coordinación del programa	Vigilancia y evaluación[4]	
$0,088	$0,407	$0,027	$1,578	$1,044	NC / NI	$0,206	NC / NI	$0,172	$0,329
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
$0,298	$0,029	NC / NI	$0,850	$0,820	NC / NI	$0,243	$0,163	$0,080	$0,197
NC / NI	NC / NI	NC / NI	$2,673	NC / NI	NC / NI	$0,518	NC / NI	NC / NI	$0,713
NC / NI	NC / NI	NC / NI	$3,644	NC / NI	NC / NI	$0,708	NC / NI	NC / NI	$0,334
NC / NI	$0,792	$0,243	$1,479	$1,351	$0,095	$4,306	$3,469	$0,508	$1,182
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	$0,060	$0,100	$0,100	NC / NI	$0,100
NC / NI	NC / NI	$0,051	$0,234	$0,200	$0,100	$0,220	$0,150	$0,070	$0,240
$0,816	$0,085	$0,015	$25,085	$6,500	$0,070	$1,102	$0,332	$0,770	$0,261
$0,878	NC / NI	$0,040	$27,429	$8,012	$0,200	$1,175	$0,356	$0,750	$2,003
$1,345	NC / NI	NC / NI	$93,003	$93,003	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	$6,514
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	$0,015	$0,021	$0,016	$0,009	NC / NI	$0,117	$0,074	$0,032	$0,053
$0,626	$4,381	NC / NI	$9,603	$2,708	$2,019	$8,826	$4,494	$4,230	$3,784
$0,143	$0,260	$0,022	$14,074	$0,092	$0,046	$12,161	$0,941	$0,361	$7,116
NC / NI	NC / NI	NC / NI	$2,944	NC / NI	NC / NI	$4,509	NC / NI	NC / NI	$4,843
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
$2,227	$1,326	NC / NI	$1,122	$0,013	$0,022	$0,962	$0,460	$0,336	$0,671
NC / NI	NC / NI	NC / NI	$0,046	NC / NI	$0,149	$0,412	NC / NI	NC / NI	$0,873
$1,331	$0,360	NC / NI	$0,550	$0,394	$0,011	$2,109	$0,782	$1,135	$0,985
$1,531	$0,003	$0,062	$0,123	$0,008	$0,023	$1,814	$0,832	$0,883	$0,791
$0,001	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	$1,695
$1,029	$2,529	$3,542	$143,334	$93,625	$3,006	$19,449	$10,991	$5,896	$5,669
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	$1,700	$17,095	$6,225	NC / NI	$1,529	$1,529	NC / NI	$5,183
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI

Indicador 1 del UNGASS. Informes de los países de gastos nacionales e internacionales relacionados con el sida por categorías de servicio y fuentes de financiamiento.

Región/país que presenta el informe	Año del gasto	Total informado de gasto público nacional e internacional en millones de dólares estado-unidenses	Parte por fuente de financiación					Gastos totales relacionados con el VIH en servicios seleccionados (US$ millone)		
								Prevención		
			Pública nacional (%)	Internacional				Total para prevención	Comunicación para cambio social y com-portamental	Asesora-miento y pruebas voluntarias del VIH
				Bilaterales (%)	Multilaterales		Todas las demás fuen-tes interna-cionales o no especificadas (%)			
					Fondo Mundial (%)	ONU y todas las demás multilaterales (%)				
Botswana[1]	2005	$206,939	79,8%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	20,2%	$28,346	$5,576	$8,062
Botswana	2006	$143,406	91,3%	8,1%	0,3%	NC / NI	0,4%	$9,853	$0,208	$0,324
Botswana	2007	$229,458	88,8%	10,5%	0,2%	NC / NI	0,4%	$15,995	$0,404	$0,162
Burkina Faso	2006	$43,275	22,3%	32,3%	6,7%	29,3%	9,4%	$12,251	$0,125	$1,196
Camerún[1]	2005	$43,174	10,2%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	89,8%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Camerún[1]	2006	$33,938	17,7%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	82,3%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Camerún[1]	2007	$37,826	25,4%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	74,6%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Cabo Verde[1]	2006	$0,800	100,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	$0,209	NC / NI	NC / NI
Cabo Verde[1]	2007	$1,791	100,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	$0,856	$0,242	NC / NI
República Centroafricana	2006	$14,694	4,3%	0,0%	13,4%	69,2%	13,1%	$2,032	NC / NI	NC / NI
Chad[1]	2006	$1,733	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Chad[1]	2007	$5,108	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Comoras[1]	2007	$0,150	100,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Congo	2007	$16,151	31,1%	7,6%	29,1%	32,2%	0,0%	$5,329	NC / NI	$0,563
Cote d'Ivoire	2005	$15,723	26,5%	37,6%	2,4%	26,8%	6,6%	$3,998	$0,037	$0,354
Cote d'Ivoire	2006	$39,130	12,0%	26,9%	0,8%	55,1%	5,2%	$9,174	$0,169	$0,907
República Democrática del Congo[1]	2006	$41,033	NC / NI	29,7%	25,0%	39,0%	6,3%	$11,896	$1,110	$1,483
Eritrea	2005	$15,412	4,1%	4,3%	23,4%	68,2%	0,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Eritrea	2006	$7,183	9,7%	0,0%	66,4%	23,9%	0,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Eritrea	2007	$7,793	9,7%	0,0%	50,6%	39,7%	0,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Gabón	2007	$9,691	58,9%	0,3%	25,4%	11,5%	3,9%	$3,489	NC / NI	NC / NI
Gambia	2007	$16,931	92,7%	0,0%	7,3%	NC / NI	0,0%	$16,023	$0,007	$0,200
Ghana	2006	$22,982	21,4%	7,9%	39,6%	2,3%	28,8%	$7,198	$3,659	$0,454
Guinea-Bissau	2006	$2,859	0,0%	2,9%	24,2%	69,8%	3,1%	$0,183	NC / NI	NC / NI
Guinea-Bissau	2007	$2,800	0,0%	7,3%	25,6%	63,7%	3,4%	$0,490	NC / NI	NC / NI
Lesotho	2006	$24,436	18,7%	28,5%	14,5%	30,3%	7,9%	$3,170	$0,224	$1,962
Madagascar	2007	$16,823	18,2%	14,0%	32,9%	34,9%	0,0%	$10,407	NC / NI	NC / NI
Malawi[1]	2005	$56,491	32,3%	0,0%	8,1%	NC / NI	59,5%	$5,758	$0,675	$0,618
Malí	2006	$26,773	32,3%	28,7%	22,2%	3,8%	13,0%	$11,740	$1,156	$0,069
Mauricio	2006	$1,501	70,7%	0,0%	0,0%	29,3%	0,0%	$0,506	$0,008	$0,045
Mozambique	2005	$58,246	19,8%	41,5%	0,0%	30,9%	7,7%	$26,236	$3,594	$2,177
Mozambique	2006	$95,505	15,0%	46,8%	0,7%	31,4%	6,2%	$31,555	$4,811	$2,413
Namibia[1]	2005	$79,122	48,73%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	51,27%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Namibia[1]	2007	$130,500	50,80%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	49,20%	$18,639	NC / NI	NC / NI

Indicador 1 del UNGASS. Informes de los países de gastos nacionales e internacionales relacionados con el sida por categorías de servicio y fuentes de financiamiento.

Gastos totales relacionados con el VIH en servicios seleccionados (US$ millone)									
Prevención			Atención y tratamiento		Niños huérfanos y vulnerables	Apoyo al programa			Otros gastos relacionados con el VIH
Programas para profesionales del sexo y sus clientes, para HSH y programa para reducción del daño para UDI	Marketing social de preservativos, provisión de preservativos en el sector público y comercial, y preservativo femenino	Prevención de la transmisión maternoinfantil	Total para atención y tratamiento	Terapia antirretrovírica		Total para el apoyo y la gestión del programa	Gestión, planificación y coordinación del programa	Vigilancia y evaluación[4]	
NC / NI	$4,538	$6,745	$102,796	$38,741	$39,698	$27,991	$24,542	$2,237	$8,108
NC / NI	$0,052	$4,305	$90,978	$33,150	$29,367	$13,007	$1,695	$0,457	$0,202
NC / NI	$0,017	$8,704	$140,364	$44,482	$51,442	$20,762	$2,498	$1,321	$0,895
$0,207	$2,692	$2,058	$14,323	$7,916	$1,931	$9,345	$4,726	$4,619	$5,425
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	$0,590	$0,465	$0,125	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	$0,254	NC / NI	$0,016	$0,665	$0,588	$0,077	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	$5,596	NC / NI	$4,858	$1,217	NC / NI	NC / NI	$0,990
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
$0,009	$1,456	$0,326	$5,607	$4,967	$0,626	$4,524	$3,733	$0,187	$0,066
$0,005	$2,623	$0,591	$5,968	NC / NI	$2,141	$2,323	$1,895	$0,428	$1,291
$0,004	$3,462	$2,191	$22,502	$1,873	$2,815	$3,027	$2,026	$0,715	$1,611
$0,018	$1,619	$0,805	$9,026	$4,018	$4,271	$13,065	$9,142	$2,019	$2,775
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
$0,004	$0,195	NC / NI	$2,544	$1,828	$0,708	$2,468	$0,423	$0,523	$0,481
NC / NI	$0,116	$0,191	$0,062	NC / NI	$0,077	$0,145	$0,006	$0,116	$0,625
$0,017	$0,768	NC / NI	$15,784	$4,297	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	$0,246	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	$2,430
NC / NI	NC / NI	NC / NI	$1,160	NC / NI	$0,006	NC / NI	NC / NI	NC / NI	$1,144
NC / NI	$0,225	$0,291	$4,834	$1,192	$3,967	$5,180	$3,143	$0,443	$7,286
NC / NI	NC / NI	NC / NI	$0,323	NC / NI	$0,199	$4,023	NC / NI	NC / NI	$1,872
NC / NI	$0,125	$0,021	$27,490	NC / NI	$1,009	$5,523	$2,614	$0,821	$16,712
$0,340	$0,170	$0,222	$3,022	$1,331	$0,820	$6,327	$2,627	$0,515	$4,864
$0,166	NC / NI	$0,023	$0,304	$0,304	$0,456	$0,198	$0,184	$0,014	$0,037
$0,305	$2,488	$2,558	$12,939	$6,718	$4,101	$10,509	$8,799	$1,491	$4,460
$0,140	$2,627	$4,935	$35,489	$19,422	$7,273	$14,573	$10,561	$2,145	$6,616
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	$74,574	NC / NI	NC / NI	$14,871	NC / NI	NC / NI	$22,416

Indicador 1 del UNGASS. Informes de los países de gastos nacionales e internacionales relacionados con el sida por categorías de servicio y fuentes de financiamiento.

Región/país que presenta el informe	Año del gasto	Total informado de gasto público nacional e internacional en millones de dólares estado-unidenses	Parte por fuente de financiación					Gastos totales relacionados con el VIH en servicios seleccionados (US$ millone)		
								Prevención		
			Pública nacional (%)	Internacional				Total para prevención	Comunicación para cambio social y com-portamental	Asesora-miento y pruebas voluntarias del VIH
				Bilaterales (%)	Multilaterales		Todas las demás fuen-tes interna-cionales o no especificadas (%)			
					Fondo Mundial (%)	ONU y todas las demás multilaterales (%)				
Níger	2006	$21,632	52,4%	6,6%	14,9%	26,0%	0,0%	$21,632	$19,982	$0,002
Nigeria[3]	2006	$19,141	56,2%	0,3%	28,9%	14,6%	0,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Nigeria[3]	2007	$19,141	56,2%	0,3%	28,9%	14,6%	0,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Rwanda	2006	$84,742	5,1%	0,0%	15,3%	17,3%	62,3%	$20,651	$4,002	$4,656
Senegal[1]	2006	$11,935	48,5%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	51,5%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Senegal[1]	2007	$17,815	47,8%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	52,2%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Seychelles	2007	$0,146	87,1%	0,0%	0,0%	12,9%	0,0%	$0,146	NC / NI	NC / NI
Sierra Leona[1]	2006	$7,760	4,2%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	95,8%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Sierra Leona[1]	2007	$5,619	4,2%	NC / NI	NC / NI	NC / NI	95,8%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Somalia[1]	2006	$12,203	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Somalia[1]	2007	$9,812	NC / NI	0,0%	59,9%	36,2%	3,9%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Sudáfrica	2006	$575,680	74,0%	7,1%	14,0%	3,4%	1,5%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Sudáfrica	2007	$621,623	77,3%	4,0%	13,0%	3,2%	2,6%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Swazilandia	2006	$49,113	39,8%	5,8%	31,0%	9,7%	13,6%	$8,301	$2,900	$2,243
Tanzanía	2005	$266,371	40,6%	7,1%	14,2%	3,1%	35,0%	$82,399	$1,295	$4,961
Tanzanía[1]	2006	$323,501	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Togo	2006	$8,435	11,9%	3,9%	65,2%	10,5%	8,5%	$6,320	$1,245	$1,584
Togo	2007	$11,793	13,3%	4,4%	53,2%	11,8%	17,4%	$8,632	$1,790	$1,688
Uganda	2005	$202,419	6,1%	77,3%	4,4%	4,8%	7,4%	$37,841	$12,707	$12,006
Zambia	2006	$189,930	15,3%	60,9%	12,9%	7,0%	3,9%	$47,062	$5,118	$8,254
Zimbabwe[1]	2005	$89,432	16,4%	71,9%	0,0%	11,7%	0,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Zimbabwe[1]	2006	$129,517	49,0%	32,4%	0,0%	18,6%	0,0%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Europa occidental y central										
Albania	2005	$2,377	46,7%	0,0%	0,0%	0,0%	53,3%	NC / NI	NC / NI	NC / NI
Polonia	2007	$42,786	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	$4,400	$0,271	$0,154
Suiza	2006	$18,506	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	$5,747	$3,448	NC / NI
Ex República Yugoslava de Macedonia	2005	$3,627	46,4%	0,0%	37,1%	13,24%	3,30%	$2,939	$0,173	$0,281

Indicador 1 del UNGASS. Informes de los países de gastos nacionales e internacionales relacionados con el sida por categorías de servicio y fuentes de financiamiento.

Gastos totales relacionados con el VIH en servicios seleccionados (US$ millone)									
Prevención			Atención y tratamiento		Niños huérfanos y vulnerables	Apoyo al programa			Otros gastos relacionados con el VIH
Programas para profesionales del sexo y sus clientes, para HSH y programa para reducción del daño para UDI	Marketing social de preservativos, provisión de preservativos en el sector público y comercial, y preservativo femenino	Prevención de la transmisión maternoinfantil	Total para atención y tratamiento	Terapia antirretrovírica		Total para el apoyo y la gestión del programa	Gestión, planificación y coordinación del programa	Vigilancia y evaluación[4]	
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	$0,657	$2,089	$25,500	$6,337	$7,034	$25,311	$18,412	$0,358	$6,247
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	$0,713	$0,344	$9,384	$6,244	$15,027	$6,866	$3,136	$0,963	$9,535
$0,044	$1,735	$3,499	$63,340	$8,031	NC / NI	$48,277	$24,976	$0,108	$72,355
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
$0,083	$0,093	$0,153	$0,552	$0,247	$0,164	$1,033	$0,622	$0,144	$0,365
$0,113	$0,681	$0,239	$0,862	$0,386	$0,257	$1,471	$0,936	$0,225	$0,571
$0,079	$0,154	$5,705	$85,149	$59,231	$13,716	$44,878	$12,906	$10,855	$20,835
$0,117	$1,385	$17,864	$89,306	$38,992	$8,300	$27,052	$5,441	$5,898	$18,211
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI
$2,881	NC / NI	$0,709	$38,022	$36,650	$0,013	$0,019	NC / NI	$0,017	$0,332
NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	NC / NI	$1,264	$0,805	$0,460	$11,494
$2,071	$0,016	NC / NI	$0,107	$0,039	NC / NI	$0,395	$0,256	$0,082	$0,186

Notas:

"NC / NI" significa que los datos "No corresponden" o "No se informaron"; en algunos casos significa que el gasto fue de $0 pero no está lo suficientemente claro en el informe del país.

Este anexo refleja los informes nacionales y las aclaraciones recibidas hasta el 27 de mayo de 2008

1 Estas cifras son preliminares y se están revisando, dada la necesidad de garantizar que sean globales, o dado que no hubo el tiempo adecuado para aclaraciones, diferencias en el período de referencia, o que los países manifestaron que eran estimaciones parciales.

2 Para 2007, el monto del gasto internacional aún no estaba disponible para China; por lo tanto, sólo se muestra aquí el financiamiento del gasto público nacional.

3 Nigeria incluyó dos años en su informe (2006 y 2007). Por lo tanto, el gasto se dividió por dos y se distribuyó en partes iguales en los dos años.

4 Esta categoría denominada "Vigilancia y evaluación" incluye investigaciones operativas, serovigilancia, vigilancia de la resistencia a los medicamentos para el VIH y tecnología de la información

Indicador 3 del UNGASS. Porcentaje de unidades de donación de sangre analizadas sistemáticamente para la detección del VIH de una manera con garantía de la calidad

País (o territorio)	Valor indicador[1]
Afganistán	39
Argelia	100
Antigua y Barbuda	33
Argentina	100
Armenia	100
Australia	100
Austria	100[2]
Bahamas	100
Bahrein	100[2]
Barbados	100
Belarús	100
Bélgica	100
Belice	100
Benin	99
Bhután	50[2]
Bolivia	88
Bosnia y Herzegovina	0
Botswana	100
Bulgaria	100
Burkina Faso	66
Burundi	100
Camboya	97
Canadá	100
Cabo Verde	61
República Centroafricana	76
Chad	100
China	100
Colombia	100
Comoras	100
Congo, República del	100
Costa Rica	100
Côte d'Ivoire	100
Croacia	86
Cuba	100
Chipre	100
República Checa	100[2]
Rep. Democrática del Congo	47
Dominica	100

Indicador 3 del UNGASS. Porcentaje de unidades de donación de sangre analizadas sistemáticamente para la detección del VIH de una manera con garantía de la calidad

País (o territorio)	Valor indicador[1]
República Dominicana	100
Ecuador	100
El Salvador	100
Eritrea	100
Estonia	100
Etiopía	100
Fiji	100
Finlandia	100
Gabón	100
Georgia	0
Alemania	100
Ghana	100
Grenada	91
Guatemala	100
Guinea	53
Guinea-Bissau	100
Guyana	100
Haití	100
Honduras	46
Hungría	100
India	100
Irán, República Islámica del	100
Irlanda	100
Israel	100
Jamaica	100
Japón	100
Jordania	100
Kazajstán	95
Kenya	100
Kuwait	100[2]
Kirguistán	88
República Democrática Popular Lao	100
Letonia	100
Líbano	100
Lesotho	100
Lituania	100
Luxemburgo	100[2]
Madagascar	99

Indicador 3 del UNGASS. Porcentaje de unidades de donación de sangre analizadas sistemáticamente para la detección del VIH de una manera con garantía de la calidad

País (o territorio)	Valor indicador[1]
Malawi	99
Malasia	100
Maldivas	0[2]
Malí	94
Malta	100[2]
Islas Marshall	100
Mauritania	100
Mauricio	100
México	100
Moldova	74
Mongolia	72
Montenegro	100
Marruecos	100
Mozambique	36
Namibia	100[2]
Nepal	100
Países Bajos	100[2]
Nueva Zelandia	100
Nicaragua	90
Níger	100
Nigeria	100
Noruega	100[2]
Pakistán	87
Palau	100
Panamá	100
Papua Nueva Guinea	100
Paraguay	95
Perú	99
Polonia	100[2]
República de Corea	100[2]
Rumania	100
Rwanda	100
Saint Kitts y Nevis	100
Santa Lucía	100
San Vicente y las Granadinas	100
Samoa	100[2]
Santo Tomé y Príncipe	0
Senegal	78

Indicador 3 del UNGASS. Porcentaje de unidades de donación de sangre analizadas sistemáticamente para la detección del VIH de una manera con garantía de la calidad

País (o territorio)	Valor indicador[1]
Serbia	100
Seychelles	100
Sierra Leona	100
Singapur	100
Eslovenia	100
Sudáfrica	100
España	100
Sri Lanka	42
Suriname	100
Swazilandia	100
Suecia	100
Suiza	100
Tayikistán	97
Tailandia	99
Timor-Leste	58[2]
Togo	85
Trinidad y Tabago	100
Túnez	100
Turquía	100
Uganda	100
Ucrania	0
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	100
República Unida de Tanzanía	100
Uruguay	100
Zambia	100
Zimbabwe	100

1 Fecha de informe 2007, pero la recopilación de datos puede variar de 2005 a 2007

2 Datos provistos por el Departamento de Seguridad Transfusional de la OMS

Indicador 4 del UNGASS. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH en etapa avanzada que reciben terapia antirretrovírica (ART)

País (o territorio)	2004		2005		2006	
	Todas las personas que reciben terapia ART[1]	Porcentaje de personas con VIH avanzado que reciben terapia antirretrovírica, con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)	Todas las personas que reciben terapia ART[1]	Porcentaje de personas con VIH avanzado que reciben terapia antirretrovírica, con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)	Todas las personas que reciben terapia ART[4]	Porcentaje de personas con VIH avanzado que reciben terapia antirretrovírica, con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)
Albania	50	...	...	...	45[6]	...
Argelia	...	...	424	13 [6-24]	588[6]	14 [7-26]
Andorra	...	...	...		24[6]	...
Angola	3000	9 [2–16]	3000	8 [3-13]	6514[5]	16 [6-23]
Antigua y Barbuda	0	...	40	60[13]	114	...
Argentina	29500	70 [52->95]	30127	65 [49-90]	35211	71 [55->95]
Armenia	...	0[12]	29	6 [4-8]	47	8 [5-12]
Azerbaiyán	...	0[12]	...	...	7	1[13]
Bahamas	...	...	...	...	1252	48 [34-67]
Bangladesh	5	<1 [<1–1]	5	<1 [<1-<1]	59[3]	3 [2-5]
Barbados	333	39 [29–52]	582	65 [48-86]	623	67 [50-90]
Belarús	33	<1 [<1–1]	120	3 [2-4]	638	15 [11-22]
Bélgica	...	94[12]	...	...	6450[6]	67 [39->95]
Belice	178	20 [12–35]	180	19 [12-33]	435[3]	42 [27-68]
Benin	2000	13 [11–17]	4673	28 [23-36]	7634[3]	42 [35-53]
Bhután	5	...[2]	5	...[2]	19[6]	...[2]
Bolivia	130	7 [5–10]	300	16 [11-22]	382	18 [13-25]
Bosnia y Herzegovina	13	10[12]	29	...	19[5]	...
Botswana	37000	44 [37–54]	59946	64 [55-76]	79490	76 [66-88]
Brasil	154000	74 [64–88]	174000	80 [69-95]	174270[5]	78 [68-94]
Bulgaria	90	45	187	...	196	...
Burkina Faso	3000	7 [6–10]	8214	19 [15-25]	14079	31 [25-39]
Burundi	3000	6 [5–8]	6416	13 [10-18]	8048	17 [13-23]
Camboya	5000	14 [11–18]	12396	34 [28-44]	20131	54 [45-66]
Camerún	14000	9 [7–11]	23820	14 [11-18]	28403	16 [13-21]
Canadá	...	...	...	...	21000[6]	...
Cabo Verde	...	...	215	...	223	...
República Centroafricana	1000	3 [2–3]	1647	4 [3-5]	2782	6 [5-8]
Chad	300	1 [<1-1]	5275	11 [6-18]	5500	11 [7-16]
Chile	9000	>95 [74–>95]	6964	67 [51-89]	7782	68 [52-90]
China	9000	7 [5–11]	19282	13 [9-20]	31140[6]	19 [12-29]
Colombia	12000	28 [19–40]	13000	27 [19-39]	17540	34 [24-48]
Comoras	200	...[2]	...	...	5	>95[13]
Congo, República del	464	2 [1–2]	2967	11 [9-14]	3186	12 [10-15]
Costa Rica	2000	>95 [83–>95]	2717	>95 [88->95]	2866	>95 [75->95]
Côte d'Ivoire	5000	3 [2–4]	18533	10 [8-13]	36348	19 [16-25]
Croacia	204	>95[12]	247	...	291[5]	...
Cuba	2000	>95 [>95–>95]	2079	>95 [>95->95]	1711	>95 [76->95]

Indicador 4 del UNGASS. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH en etapa avanzada que reciben terapia antirretrovírica (ART)

2007									
Personas que reciben tratamiento				Cantidad de personas que reciben tratamiento ART informada por el país	Mes y año del valor informado por el país	Cantidad de personas que reciben tratamiento ART al final de 2007[4]	Porcentaje de personas con VIH avanzado que reciben terapia antirretrovírica, con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)	Necesidad total estimada con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)[18]	Total de necesidad informada por el país
Varón	Mujer	Ambos sexos <15 años	Ambos sexos >15 años						
...	...	12	62	74	Dic 07	74	...	...	...
...	...	45	884	929	Oct 07	993[3]	20 [10-36]	4900 [2700-10000]	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	363[8]	10877[8]	11540	Dic 07	11540	25 [11-35]	47000 [33000-110000]	45287
14	16	...	...	30	Sep 07	30	...	...	161
22557	15685	3654	34588	38242	Dic 07	38242	73 [57->95]	53000 [38000-67000]	38242
52	26	4	74	78	Dic 07	78	12 [8-17]	660 [<500-1000]	860
...	...	0	81	81	Dic 07	81	14 [6-24]	580 [<500-1300]	...
577	667	98	1146	1244	Sep 07	1244	43 [31-64]	2900 [1900-4100]	2083
...	...	...	...	178	Dic 07	178	7 [4-12]	2400 [1500-4000]	1125
358[7]	302[7]	17[15]		660	Jun 07	660[7]	73 [56->95]	980 [730-1300]	772
655	229	69	815	884	Dic 07	884	20 [14-29]	4300 [3000-6200]	1210
...	...	...	...	...	...	...	...	10000 [6100-18000]	...
263	295	65	493	558	Dic 07	558	49 [32-76]	1100 [740-1700]	4131
...	...	542	9223	9765	39417	9765	49 [41-60]	20000 [16000-24000]	21706
10	8	0	18	18	Dic 07	18	... [2]	<100 [<100-<100]	...
345	151	22	474	496	Dic 07	496	22 [16-30]	2300 [1700-3100]	1055
22	8	1	29	30	Dic 07	30	...	...	30
32623[8]	50795[8]	9496[8]	73922[8]	92932	Dic 07	92932	79 [69->95]	120000 [100000-130000]	110000
109057	71943	6815	174185	181000	Dic 07	181000	80 [69->95]	230000 [190000-260000]	...
150	71	3	218	221	Dic 07	221	...	...	...
5084	10804	629[14]	15259	15888	Sep 07	16938[3]	35 [29-43]	48000 [39000-58000]	47942
3486	7408	1198	9696	10894	Dic 07	10894	23 [18-31]	47000 [35000-59000]	23532
13118	13546	2541	24123	26664	Dic 07	26664	67 [57-80]	40000 [34000-47000]	29200
16035.95	29781	1694	44123	45817	Dic 07	45817	25 [21-32]	180000 [140000-220000]	86453
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
125	166	23	268	291	Dic 07	291	...	...	1028
3215	4822	380[14]	5876[10]	8037	Sep 07	9591[3]	21 [18-27]	45000 [36000-54000]	36920
2738	4662	148	7252	7400	Dic 07	7400	13 [9-18]	55000 [41000-79000]	21000
8495	1728	...	...	10223	Dic 07	10223	82 [64->95]	12000 [9100-16000]	9023
19245[8,10]	15148[8,10]	766[8]	33846[8]	35112	Dic 07	35112	19 [12-29]	190000 [120000-290000]	85000
...	...	3[15]	...	...	...	...	...	54000 [39000-78000]	...
4	3	1	6	7	Dic 07	7	... [2]	<100 [<100-<100]	8
1886	2830	462	4254	4716	Sep 07	4956[3]	17 [14-21]	29000 [23000-35000]	11895
...	...	...	...	2952	Dic 07	2952[6]	>95 [64->95]	2800 [1600-4600]	3060
12349[8]	22525[8]	1785[8]	33089[8]	46007	Sep 07	51812[3]	28 [23-35]	190000 [150000-230000]	165448
...	...	...	...	310	Jun 07	322[3]	...	...	...
...	...	17	3089	3106	Dic 07	3106	>95 [>95->95]	1400 [760-2500]	1887

Indicador 4 del UNGASS. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH en etapa avanzada que reciben terapia antirretrovírica (ART)

País (o territorio)	2004		2005		2006	
	Todas las personas que reciben terapia ART[1]	Porcentaje de personas con VIH avanzado que reciben terapia antirretrovírica, con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)	Todas las personas que reciben terapia ART[1]	Porcentaje de personas con VIH avanzado que reciben terapia antirretrovírica, con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)	Todas las personas que reciben terapia ART[4]	Porcentaje de personas con VIH avanzado que reciben terapia antirretrovírica, con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)
Chipre	...	...	...	...	...	...
República Checa	270	34 [18–57]	322	37 [19-62]	570[6]	60 [32->95]
Rep. Democrática del Congo	4000	4 [3–5]	7721	7 [6-9]	17561	15 [13-19]
Djibouti	200	6 [4–9]	350	9 [6-13]	598[3]	14 [11-20]
Dominica	5	...	21	37[13]	37	...
República Dominicana	1000	5 [4–7]	2582	12 [10-17]	5001	24 [19-31]
Ecuador	1000	16 [9–28]	1567	23 [14-41]	1745[3]	24 [14-43]
Egipto	58	4 [3–5]	200	11 [8-16]	205[6]	10 [7-14]
El Salvador	2000	23 [2–76]	2873	31 [3-65]	4712	46 [6-75]
Guinea Ecuatorial	5	<1 [<1–<1]	5	<1 [<1-<1]	414[3]	14 [10-19]
Eritrea	50	<1 [<1–<1]	563	6 [4-10]	1175	12 [8-19]
Estonia	76	12 [4–33]	201	19 [7-48]	495	33 [15-76]
Etiopía	11000	4 [3–5]	20477	7 [6-9]	53720	18 [15-23]
Fiji	...	...	...	...	...	...
Finlandia	...	95[12]	...	...	450[6]	54[13]
Francia	...	...	...	...	...	64[13]
Gabón	2000	20 [13–31]	2000	17 [12-26]	5278	39 [28-56]
Gambia	150	9 [5–19]	150	8 [5-16]	400[3]	19 [11-38]
Georgia	83	8[12]	140	>95[13]	267	69[13]
Alemania	...	95[12]	...	...	27000[6]	...
Ghana	2000	3 [2–3]	4328	5 [4-7]	9882[3]	12 [9-15]
Grecia	...	...	...	...	3426	...
Granada	...	...	...	...	33	...
Guatemala	4000	24 [17–37]	5632	32 [22-46]	6030	31 [22-44]
Guinea	1000	7 [5–11]	2101	13 [9-19]	4699	26 [19-36]
Guinea-Bissau	...	...	62	2 [1-2]	349	9 [6-13]
Guyana	500	12 [8–17]	1200	29 [19-41]	1569	37 [26-51]
Haití	3000	10 [8–13]	6896	22 [17-28]	8796	26 [21-33]
Honduras	3000	27 [11–53]	4305	39 [19-70]	4674	41 [22-66]
Hungría	300	20 [11–33]	402	24 [14-39]	412	22 [13-37]
India	28000	3 [2–7]	51888	6 [4-11]	90597	10 [7-16]
Indonesia	3000	19 [8–>95]	3520	14 [7-69]	5100	15 [7-41]
Irán, República Islámica del	...	...	420	3 [2-4]	525[3]	3 [2-5]
Iraq	...	...	75	...	0[6]	...
Israel	...	...	...	...	2431	61[13]
Jamaica	500	7 [5–11]	1456	20 [14-29]	2633	33 [25-48]
Japón	...	...	...	...	48	...
Jordania	40	21[12]	45	...	45[6]	...

Indicador 4 del UNGASS. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH en etapa avanzada que reciben terapia antirretrovírica (ART)

2007									
Personas que reciben tratamiento				Cantidad de personas que reciben tratamiento ART informada por el país	Mes y año del valor informado por el país	Cantidad de personas que reciben tratamiento ART al final de 2007[4]	Porcentaje de personas con VIH avanzado que reciben terapia antirretrovírica, con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)	Necesidad total estimada con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)[18]	Total de necesidad informada por el país
Varón	Mujer	Ambos sexos <15 años	Ambos sexos >15 años						
117	34	1	150	151	Dic 07	151	…	…	154
…	…	…	…	570	Jun 07	570[6]	56 [30->95]	1000 [590-1900]	…
…	…	1632[15]	…	14678	Jun 07	28925[3]	24 [20-29]	120000 [99000-150000]	347490
343	362	25	680	705	Dic 07	705[6]	16 [12-21]	4500 [3300-5900]	…
9[7]	28[7]	2	37	39	Dic 07	39	…	…	53
3661	3803	589	7610	8199	Dic 07	8199	38 [31-48]	22000 [17000-27000]	21780
…	…	252	2962	3214	Dic 07	3214	42 [25-71]	7600 [4500-13000]	7632
…	…	18[15]	…	209	Dic 07	209[6]	9 [7-13]	2200 [1600-3100]	…
2136[10]	2315[10]	693[10]	3758[10]	5773	Dic 07	5773	51 [9-74]	11000 [7800-63000]	4840
…	…	…	…	859	Sep 07	985[3,6]	31 [23-43]	3100 [2300-4300]	…
…	…	65	1236	1301	Dic 07	1301	13 [9-20]	10000 [6700-15000]	12940
…	…	…	…	772	Dic 07	772	38 [19-81]	2000 [960-4100]	…
40138	50074	4534	85678	90212	Dic 07	90212	29 [25-36]	310000 [250000-370000]	258284
…	…	1	27	28	Dic 07	28[6]	… [2]	<200 [<100-<200]	…
…	…	…	…	…	…	…	…	1000 [600-1800]	…
…	…	…	…	…	…	…	…	88000 [51000-140000]	…
2886	3487	73	6300	6373	Dic 07	6373	42 [30-60]	15000 [11000-21000]	14598
…	…	…	…	423	Sep 07	431[3]	18 [12-37]	2300 [1200-3700]	4787
239	95	15	319	334	Nov 07	343[3]	… [2]	<500 [<200-<500]	476
…	…	…	…	…	…	…	…	35000 [20000-64000]	…
…	…	576	12781	13357	Dic 07	13357	…	…	74060
…	…	…	…	…	…	…	…	6400 [3500-11000]	…
24[7]	21[7]	2	45	47	Dic 07	47	…	…	129
…	…	597	7215	7812	Dic 07	7812	37 [28-51]	21000 [15000-28000]	11113
2296	2932	307	4921	5228	Sep 07	5660[5]	27 [21-37]	21000 [15000-27000]	23250
321	569	41	849	890	Dic 07	890	20 [13-30]	4400 [2900-6600]	3171
894	1071	162	1803	1965	Dic 07	1965	45 [33-61]	4300 [3200-6000]	3240
6240	8274	439	…	14514	Dic 07	14514	41 [33-51]	36000 [29000-43000]	27738
…	…	751	4829	5580	Dic 07	5580	47 [29-71]	12000 [7900-19000]	9916
381	71	7	445	452	Dic 07	452	22 [13-38]	2000 [1200-3600]	…
73061[8]	40888[8]	8887[8]	114133[8]	158020	Dic 07	158020	…[9]	…	…
…	…	19[15]	…	…	…	6600[6]	15 [8-28]	43000 [23000-84000]	0
697	132	21	808	829	Sep 07	945[3]	5 [4-7]	19000 [13000-26000]	8730
0	0	0	0	0	Dic 07	0	…	…	…
…	…	…	…	…	…	…	…	2400 [1200-6100]	…
…	…	336[15]	…	3637	Dic 07	3637	43 [32-60]	8500 [6000-11000]	6000
…	…	…	…	…	…	…	…	6300 [4600-7200]	…
42	11	4	49	53	Dic 07	53	…	…	0

Indicador 4 del UNGASS. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH en etapa avanzada que reciben terapia antirretrovírica (ART)

País (o territorio)	2004		2005		2006	
	Todas las personas que reciben terapia ART[1]	Porcentaje de personas con VIH avanzado que reciben terapia antirretrovírica, con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)	Todas las personas que reciben terapia ART[1]	Porcentaje de personas con VIH avanzado que reciben terapia antirretrovírica, con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)	Todas las personas que reciben terapia ART[4]	Porcentaje de personas con VIH avanzado que reciben terapia antirretrovírica, con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)
Kazajstán	7	<1 [<1–5]	240	23 [12-62]	326	23 [13-39]
Kenya	29000	6 [5–8]	65773	14 [12-19]	125026	27 [22-36]
Kiribati	…	…	…	…	…	…
Kirguistán	…	…	46	… [2]	47	23[13]
República Democrática Popular Lao	104	… [2]	104	… [2]	479	94 [48->95]
Letonia	202	25 [9–38]	235	19 [9-29]	301[6]	18 [10-27]
Líbano	…	…	200	28 [11-54]	213	25 [10-46]
Lesotho	3000	4 [3–5]	8400	11 [9-14]	17667[3]	22 [18-29]
Liberia	…	…	397	5 [2-8]	796[3]	10 [4-14]
Jamahiriya Árabe Libia	100	…	450	…	…	…
Lituania	37	55[12]	55	… [2]	75[5]	79[13]
Luxemburgo	…	…	…	… [2]	312[6]	… [2]
Madagascar	6	<1 [<1–<1]	6	<1 [<1-<1]	92[3]	3 [2-5]
Malawi	13183	5 [4–7]	29087	11 [9-14]	59980	21 [18-27]
Malasia	2700	23 [16–33]	2700	19 [13-26]	…	…
Maldivas	…	…	…	… [2]	1[6]	… [2]
Malí	808	4 [3–5]	7038	28 [22-38]	11508	42 [33-54]
Malta	…	…	…	…	…	…
Islas Marshall	…	…	…	…	…	…
Mauritania	39	2 [1–4]	…	…	256	8 [5-15]
Mauricio	120	…	120	18 [8-40]	243	24 [13-42]
México	29000	45 [31–67]	30624	45 [31-64]	39295	54 [38-77]
Micronesia, Estados Federados de	…	…	…	0[13]	…	…
Moldova	120	8[12]	222	… [2]	262	48[13]
Mongolia	…	…	…	…	2	13[13]
Montenegro	…	…	…	…	26	…
Marruecos	465	13 [9–19]	880	22 [14-31]	1370	29 [20-42]
Mozambique	7000	3 [2–3]	19854	7 [5-9]	40891[3]	12 [10-16]
Myanmar	2000	3 [2–4]	3500	5 [3-7]	5295[3]	7 [5-10]
Namibia	9000	22 [17–28]	29200	62 [50-80]	33593	64 [52-81]
Nauru	…	…	…	… [2]	…	…
Nepal	75	<1 [<1–<1]	75	<1 [<1-<1]	541[3]	3 [2-4]
Países Bajos	…	>95[12]	…	…	…	…
Nicaragua	33	3 [1–4]	163	13 [4-19]	387	26 [9-38]
Níger	…	…	609	5 [3-6]	1168	8 [6-11]
Nigeria	13000	2 [<1–3]	41224	6 [3-9]	95008	13 [8-19]
Omán	100	…	225	…		…
Pakistán	100	<1 [<1–1]	132	<1 [<1-1]	167[3]	<1 [<1-1]

Indicador 4 del UNGASS. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH en etapa avanzada que reciben terapia antirretrovírica (ART)

2007									
Personas que reciben tratamiento				Cantidad de personas que reciben tratamiento ART informada por el país	Mes y año del valor informado por el país	Cantidad de personas que reciben tratamiento ART al final de 2007[4]	Porcentaje de personas con VIH avanzado que reciben terapia antirretrovírica, con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)	Necesidad total estimada con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)[18]	Total de necesidad informada por el país
Varón	Mujer	Ambos sexos <15 años	Ambos sexos >15 años						
283	159	71	371	442	Dic 07	442	23 [14-36]	1900 [1200-3200]	1078
60200[8]	111800[8]	15090[8]	156910[8]	177000	Dic 07	177000	38 [31-48]	470000 [370000-570000]	407000
...	...	...	...	5	Dic 07	5	...	...	...
67	20	26	61	87	Dic 07	87	14 [8-26]	610 [<500-1100]	345
427	273	36	664	700	Dic 07	700	>95 [59->95]	690 [<200-1200]	1182
...	...	...	...	323	May 07	323	...	2200 [1500-3400]	...
192	54	9	237	246	Dic 07	246	26 [11-45]	940 [550-2300]	432
7582	14128	1553	20157	21710	Dic 07	21710[6]	26 [21-33]	85000 [66000-100000]	84791
...	...	92[15]	...	1414	Dic 07	1414[6]	17 [9-23]	8500 [6100-17000]	...
...	...	...	...	1000	Dic 07	1000[6]	...	...	...
81	17	1	97	98	Dic 07	98	18 [8-31]	550 [<500-1200]	131
...	...	...	...	...	...	...	...[2]	<500 [<500-770]	...
...	...	...	...	138	Dic 07	138	4 [3-7]	3200 [2000-5400]	1206
51204[8,11]	79284[8,11]	10238[8,11,14]	120250[8,11]	100649	Dic 07	100649	35 [29-42]	290000 [240000-340000]	252720
...	...	500[15]	...	6590	Oct 07	6762[3]	35 [24-49]	20000 [14000-28000]	13080
...	...	...	...	...	...	1[6]	...[2]	<100 [<100-<100]	...
4369	7803	579	11593	12172	Nov 07	12398[3]	41 [32-51]	30000 [24000-38000]	31198
...	...	...	...	65	Jun 07	65[6]	...[2]	<500 [<500-640]	...
...	...	...	...	1	Dic 07	1	...	...	...
469	370	23	816	839	Dic 07	839	23 [13-40]	3600 [2100-6300]	1627
...	...	...	...	321	Dic 07	321	22 [14-32]	1500 [1000-2400]	1200
...	...	...	...	...	...	...	...	76000 [54000-110000]	...
...	...	...	...	1	Dic 07	1	...	...	...
261	203	19	445	464	Dic 07	464	58 [43-86]	800 [540-1100]	856
3	0	0	3	3	Dic 07	3	...[2]	<100 [<100-<100]	26
...	...	1[15]	...	...	...	...	...	...	...
867	781	58	1590	1648	Dic 07	1648	31 [21-44]	5300 [3700-7900]	2230
32990	52832	6320	79502	85822	Nov 07	89592[3]	24 [20-31]	370000 [290000-460000]	294986
6634	4466	...	...	11100	Dic 07	11100	15 [11-20]	76000 [55000-100000]	...
13783	25939	5283	34439	52316	Dic 07	52316	88 [73->95]	59000 [48000-72000]	56239
...	...	...	...	...	...	0[6]	...	...	...
762	478	51	1189	1240	Sep 07	1432[3]	7 [5-11]	20000 [13000-30000]	19200
...	...	...	...	7919	Abr 07	7919[6]	61 [36->95]	13000 [7100-22000]	...
336	186	45	477	522	Dic 07	522	30 [11-43]	1700 [1200-4700]	1233
723	751	62[14]	1412	1474	Oct 07	1536[3]	10 [7-13]	16000 [12000-22000]	8929
40643[8,10]	65429[8,10]	15345[8,10]	61381[8,10]	145392	Sep 07	197000[3]	26 [17-36]	750000 [550000-1100000]	...
200	60	...	...	260	Dic 07	260[6]	...	...	...
415	135	21	529	550	Dic 07	550	3 [2-4]	20000 [13000-34000]	7400

Indicador 4 del UNGASS. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH en etapa avanzada que reciben terapia antirretrovírica (ART)

País (o territorio)	2004		2005		2006	
	Todas las personas que reciben terapia ART[1]	Porcentaje de personas con VIH avanzado que reciben terapia antirretrovírica, con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)	Todas las personas que reciben terapia ART[1]	Porcentaje de personas con VIH avanzado que reciben terapia antirretrovírica, con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)	Todas las personas que reciben terapia ART[4]	Porcentaje de personas con VIH avanzado que reciben terapia antirretrovírica, con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)
Palau	…	…	…	33[13]	2	…
Panamá	2000	33 [25–44]	2765	43 [33-57]	2835	42 [32-54]
Papua Nueva Guinea	171	7 [6–9]	320	10 [9-12]	1098	26 [22-31]
Paraguay	300	10 [5–18]	640	18 [10-32]	1026[3]	25 [13-43]
Perú	2000	12 [9–16]	6410	35 [26-47]	8424	42 [31-54]
Filipinas	71	4[12]	…	…	170	24 [17-35]
Polonia	2000	35 [20–59]	2707	39 [22-66]	3072	38 [21-64]
Rumania	6000	82 [70–>95]	6116	77 [66->95]	6790	81 [69->95]
Federación de Rusia	3000	4 [2–7]	5000	5 [2-7]	14681	10 [6-15]
Rwanda	7000	10 [9–13]	19289	29 [24-36]	34636	52 [45-63]
Saint Kitts y Nevis	24	…	32	…	39	…
Santa Lucía	20	…	50	81[13]	50	…
San Vicente y las Granadinas	32	…	64	>95[13]	80[3]	…
Samoa	…	…	…	…	…	…
Santo Tomé y Príncipe	…	…	17	…	51	…
Senegal	1600	26 [18–38]	4200	54 [40-75]	5500	57 [44-75]
Serbia	317	11 [6–19]	580	19 [9-32]	608	18 [9-31]
Seychelles	43	…	43	…	82	…
Sierra Leona	…	…	210	2 [1-4]	1416	12 [7-19]
Eslovaquia	65	95[12]	65	…	96[6]	…
Eslovenia	…	…	…	…	147	…
Islas Salomón	…	…	…	…	…	…
Somalia	…	…	35	<1 [<1-1]	111	2 [1-4]
Sudáfrica	55000	4 [3–6]	206718	15 [12-20]	324754[3]	21 [17-28]
España	…	92[12]	…	…	77500[6]	…
Sri Lanka	25	4 [3–6]	25	4 [3-5]	69	10 [7-14]
Sudán	400	<1 [<1–<1]	400	<1 [<1-<1]	…[17]	…
Suriname	220	25 [12–63]	391	36 [20-70]	460	35 [22-60]
Swazilandia	6000	14 [12–17]	13006	27 [23-34]	18493[3]	35 [30-42]
Suecia	…	95[12]	…	…	2800	74[13]
República Árabe Siria	468	…	60	…		…
Tayikistán	…	0[12]	5	<1 [<1-7]	37	4 [2-10]
Tailandia	50000	21 [15–30]	81158	34 [26-47]	112196[3]	46 [35-62]
Ex República Yugoslava de Macedonia	2	20[12]	7	…	11	…
Togo	2000	6 [4–8]	6545	18 [14-23]	6993	18 [14-23]
Trinidad y Tabago	1000	28 [19–43]	1700	46 [30-70]	2113	53 [36-78]
Túnez	…	…	229	31 [21-45]	298	33 [23-46]
Turquía	250	…	344	…	685	…

Indicador 4 del UNGASS. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH en etapa avanzada que reciben terapia antirretrovírica (ART)

2007									
Personas que reciben tratamiento				Cantidad de personas que reciben tratamiento ART informada por el país	Mes y año del valor informado por el país	Cantidad de personas que reciben tratamiento ART al final de 2007[4]	Porcentaje de personas con VIH avanzado que reciben terapia antirretrovírica, con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)	Necesidad total estimada con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)[18]	Total de necesidad informada por el país
Varón	Mujer	Ambos sexos <15 años	Ambos sexos >15 años						
1	2	0	3	3	Dic 07	3	...	...	3
...	...	167	...	3994	Dic 07	3994	56 [43-71]	7200 [5600-9300]	6500
1037	1213	185	2065	2250	Dic 07	2250	38 [33-45]	5900 [5000-6800]	6348
678[7]	271[7]	104	949	1053	Nov 07	1056[3]	22 [12-37]	4800 [2900-8800]	3066
...	...	322[10]	7721[10]	10860	Dic 07	10860[6]	48 [36-62]	23000 [17000-30000]	...
134	202	4	332	336	Dic 07	336	31 [22-45]	1100 [740-1500]	600
2 392	990	118	3264	3382	Dic 07	3382[6]	36 [20-62]	9300 [5500-17000]	4390
3231[10]	3187[10]	196	6304	6500	Dic 07	6500	73 [62->95]	8900 [5400-10000]	6418
...	...	...	...	31094	Dic 07	31094	16 [10-25]	190000 [120000-300000]	33365
17980[8]	30089[8]	4350[8]	43719[8]	48069	Dic 07	48569	71 [62-84]	68000 [58000-78000]	0
...	...	...	...	...	...	53[6]	...	...	...
40	32	2	70	72	Sep 07	78[3]	...	...	384
...	...	...	...	...	...	104[6]	...	...	...
...	...	...	...	6	Dic 07	6[6]	...	...	...
27	47	2	72	74	Dic 07	74	...	...	300
2220	4479	384	6315	6699	Dic 07	6699	56 [44-70]	12000 [9600-15000]	10465
...	...	...	...	628	May 07	628	...	3700 [2100-7700]	...
...	...	...	...	...	...	94	...	...	...
...	...	...	...	2649	Dic 07	2649	...	13000 [9000-20000]	596
79[10]	17[10]	0	98	98	Jun 07	98	...	...	...
...	...	...	...	157	Jul 07	157	...	...	...
...	...	...	...	3	Dic 07	3[6]	...	...	...
86	125	5	206	211	Dic 07	211	3 [2-6]	6300 [3500-11000]	5284
73882[8,16]	130401[8,16]	32060[8,10]	339671[8,10]	428951	Sep 07	45895[3]	28 [22-36]	1700000 [1300000-2100000]	889000
...	...	...	...	...	...	...	...	100000 [54000-170000]	...
...	...	...	...	107	Dic 07	107	14 [10-20]	780 [540-1100]	776
...	...	...	...	...	Dic 07	...[17]	1 [1-2]	87000 [58000-120000]	...
...	...	58[10]	650[10]	729	Dic 07	729	46 [30-74]	1600 [980-2400]	0
7702	12908	2123	22412	24535	Dic 07	24535	42 [36-50]	59000 [49000-68000]	58249
...	...	...	...	...	...	...	...	4500 [2500-8100]	784
57	18	4	71	75	Dic 07	75[6]	...	...	...
57	29	4	82	86	Dic 07	86	6 [4-11]	1300 [750-2400]	79
...	...	6687[8]	126852[8]	143539	Sep 07	152974[3]	61 [47-81]	250000 [190000-320000]	252387
4	11	1	14	15	Dic 07	15	...	...	...
2793	5187	559	7421	7980	Dic 07	7980	19 [15-24]	41000 [33000-52000]	26232
...	...	...	...	2592	Dic 07	2592	58 [41-82]	4500 [3100-6300]	0
...	...	...	...	...	...	...	...	1000 [760-1500]	...
...	...	9[15]	...	...	...	...	...	...	...

Indicador 4 del UNGASS. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH en etapa avanzada que reciben terapia antirretrovírica (ART)

País (o territorio)	2004		2005		2006	
	Todas las personas que reciben terapia ART[1]	Porcentaje de personas con VIH avanzado que reciben terapia antirretrovírica, con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)	Todas las personas que reciben terapia ART[1]	Porcentaje de personas con VIH avanzado que reciben terapia antirretrovírica, con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)	Todas las personas que reciben terapia ART[4]	Porcentaje de personas con VIH avanzado que reciben terapia antirretrovírica, con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)
Uganda	44000	12 [9–15]	74869	21 [16-26]	96294[3]	27 [22-33]
Ucrania	1000	2 [2–3]	3450	5 [4-7]	4777	6 [5-8]
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	…	92[12]	…	…	36000[5]	>95[13]
República Unida de Tanzanía	3000	<1 [<1–<1]	21543	5 [4-6]	60342	14 [12-18]
Estados Unidos de América	…	…	…	70[13]	…	…
Uruguay	900	48 [8->95]	1427	64 [14->95]	1495[6]	55 [17->95]
Uzbekistán	…	…	…	…	259[6]	30 [12-66]
Vanuatu	…	…	…	…	2[6]	…
Venezuela	9000	45 [8–79]	15417	64 [14->95]	…	53 [16-88]
Viet Nam	300	<1 [<1–1]	3000	6 [4-10]	8310	14 [9-23]
Yemen	…	…	…	…	0[6]	…
Zambia	20000	7 [6–9]	48585	16 [13-20]	82030	26 [22-32]
Zimbabwe	8000	1 [1–2]	24500	4 [3-5]	66920	11 [9-15]

1 Los valores de 2004 y 2005 son los informados a la OMS, a menos que se indique lo contrario. En algunos casos, cuando los datos de 2005 no estaban disponibles, se utilizaron los valores de 2004
2 Las cifras de cobertura no se calculan para países con una necesidad estimada menor que 500
3 Los valores informados por los países están proyectados a diciembre (ver métodos en notas del anexo)
4 Valores conciliados entre ONUSIDA, OMS y UNICEF en consultas con los países, a menos que se indique los contrario
5 El país informó al ONUSIDA un valor diferente: Angola = 7491; Bosnia y Herzegovina = 33; Brasil = 184252; Croacia = 73; Lituania = 84; Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte = 324000
6 El ONUSIDA no recibió datos, los valores fueron proporcionados por la OMS. Los valores son hasta fines de diciembre, excepto los siguientes, que corresponden a 2006: Albania = oct; Argelia = nov; Bélgica = abril; Canadá = sep; Finlandia = ago; Iraq = jun; Jordania = sep; Uruguay = sep; Vanuatu = oct; Yemen = sep
7 Los datos incluyen adultos únicamente
8 Los valores 2007 separados por edad y/o sexo no incluyen datos del sector privado y, por tanto, no dan como resultado el total que sí incluye datos del sector privado
9 Las estimaciones epidemiológicas se encontraban en revisión al momento de la publicación
10 Los datos separados pueden no dar como resultado el total informado, dado que puede faltar información sobre la edad y el sexo para algunos pacientes. Debe tenerse en cuenta que estos datos pueden no representar exactamente la distribución nacional de sexo y edades para el tratamiento ART ya que los datos faltantes pueden no estar distribuidos en forma pareja entre sexo y edad.
11 Las cifras acumulativas informadas por el país no dan cuenta del desgaste, las personas perdidas en el seguimiento o las que fallecieron
12 Fuente diferente: valor 2003 informado por el país al ONUSIDA para el informe UNGASS 2004
13 Fuente diferente: valor informado al ONUSIDA solamente
14 El valor de datos informado por el país difiere del informado al UNICEF
15 Valor informado al UNICEF para dic, a excepción de Jamaica y Liberia, cuyos valores corresponden a septiembre
16 Para Sudáfrica, el valor informado por el país para varones es 167278 y para mujeres es 204452
17 Los valores de datos se informaron por separado para Sudán del norte y Sudán del sur: Sudán del norte dic 2006 = 807, dic 2007 = 775; Sudán del sur dic 2006 = 161, sep 2007 = 303
18 Las estimaciones se dan en números redondos. Sin embargo, se utilizaron números sin redondear en el cálculo de las tasas de cobertura, totales mundiales y regionales, de modo que pueden encontrarse discrepancias menores entre los totales presentados y los calculados usando las estimaciones sin redondear

Indicador 4 del UNGASS. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH en etapa avanzada que reciben terapia antirretrovírica (ART)

2007									
Personas que reciben tratamiento				Cantidad de personas que reciben tratamiento ART informada por el país	Mes y año del valor informado por el país	Cantidad de personas que reciben tratamiento ART al final de 2007[4]	Porcentaje de personas con VIH avanzado que reciben terapia antirretrovírica, con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)	Necesidad total estimada con la metodología de OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)[18]	Total de necesidad informada por el país
Varón	Mujer	Ambos sexos <15 años	Ambos sexos >15 años						
30 943[10]	52606[10]	8532	102700	111232	Sep 07	115348[3]	33 [27-40]	350000 [290000-430000]	312000
4111	3546	908	6749	7657	Dic 07	7657	8 [7-11]	91000 [69000-120000]	21770
…	…	…	…	…	…	…	…	35000 [20000-58000]	…
30100[10]	53346[10]	11176	124520	135696	Dic 07	135696	31 [26-38]	440000 [360000-530000]	1867918
…	…	…	…	…	…	…	…	780000 [440000-1300000]	…
…	…	…	…	1776	Dic 07	1776	56 [23->95]	3100 [1700-7800]	1970
…	…	225[15]	…	…	…	319[6]	24 [9-51]	1400 [630-3500]	…
…	…	…	…	2	Dic 07	2[6]	…	…	…
…	…	…	…	…	…	15417[6]	44 [17-75]	35000 [21000-89000]	…
6872[10]	2118[10]	789	14180	14969	Sep 07	17354[3]	26 [17-42]	67000 [41000-110000]	49960
69	38	1	106	107	Dic 07	107[6]	…	…	…
65648[8]	83551[8]	11602[8]	137597[8]	149199	Dic 07	151199	46 [40-56]	330000 [270000-380000]	370000
32377[8,10]	52837[8,10]	8237[8,10]	77479[8,10]	97692	Dic 07	97692	18 [15-23]	570000 [440000-690000]	260000

Indicador 5 del UNGASS. Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil

País (o territorio)	2004		2005		2006
	Cantidad de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos[1]	Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos, con la metodología OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)[2]	Cantidad de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos[1]	Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos, con la metodología OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)[2]	Cantidad de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos[1]
Afganistán	...	...	...	...	0
Argelia	...	...	...	...	18[5]
Angola	...	...	...	2 [2-3]	1923
Antigua y Barbuda	...	...	...	50[5]	4[3,5]
Argentina	...	55[4]	...	[94->95]	2120
Armenia	...	3[4]	...	...	5
Australia	...	...	...	...	...
Azerbaiyán	...	...	...	...	1
Bahamas	...	...	...	...	95[5]
Bangladesh	...	...	...	...	5
Barbados	...	...	...	90[5]	37
Belarús	119	[83->95]	...	...	158
Belice	...	70[4]	38	[18-47]	57
Benin	...	...	1214	27 [23-31]	2378
Bhután	...	...	...	...	3
Bolivia	...	...	...	...	27[5]
Bosnia y Herzegovina	...	...	...	...	0[5]
Botswana	10508	89 [82->95]	7543	64 [59-70]	12994
Brasil	7233	[60->95]	6771	[56->95]	6510
Bulgaria	...	...	...	...	1[5]
Burkina Faso	398	5 [4-6]	937	11 [9-13]	1615
Burundi	374	4 [3-6]	524	6 [5-9]	1112[3]
Camboya	159	[6-9]	228	[10-15]	312
Camerún	4200	11 [10-13]	3592	10 [9-12]	7588[3]
Cabo Verde	...	...	12	...	43[3]
República Centroafricana	243	2 [2-3]	803	7 [7-8]	1943
Chad	...	...	193	1 [<1-2]	254[3]
Chile	...	...	...	...	139[5]
China	118	[1-3]	135	[1-3]	650
Colombia	...	...	...	...	112[3]
Comoras	...	...	...	...	0
Congo, República del	312	7 [6-8]	1093	23 [20-28]	325
Costa Rica	...	...	...	...	21[3]
Côte d'Ivoire	...	...	2543	8 [7-9]	2773
Croacia	...	...	...	...	3[5]
Cuba	...	...	...	...	34[5]
República Checa	...	...	...	...	15
Rep. Democrática del Congo	846	2 [2-3]	1725	5 [4-6]	3422[3]
Djibouti	49	6 [5-8]	16	2 [2-3]	52[5]
Dominica	...	...	...	>95[5]	1[5]

Indicador 5 del UNGASS. Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil

2006	2007					
Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos, con la metodología OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)[2]	Cantidad de mujeres embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos[6]	Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos, con la metodología OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)[2]	Bajo	Alto	Total de embarazadas VIH-positivas, según estimación con metodología OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)[13]	Total de embarazadas VIH-positivas según lo informado a ONUSIDA[12]
…	0	…				…
[3-12]	19	[3-12]	<200	660	… [<200-660]	0
11 [9-14]	1645	9 [7-13]	13000	22000	18000 [13000-22000]	22332
83[5]	4[7]	…		…	…	5
[94->95]	2193	[93->95]	1200	2400	… [1200-2400]	2530
[16-38]	6	[19-45]	<100	<100	… [<100-<100]	6
…	28	…	<100	<100	… [<100-<100]	33
[<1-4]	6	[4-17]	<100	<200	… [<100-<200]	…
>95 [86->95]	77[7]	>95 [68->95]	<100	<200	<100 [<100-<200]	76
[1-5]	…	…	<200	<500	… [<200-<500]	…
[>95->95]	20	[73->95]	<100	<100	… [<100-<100]	21
[>95->95]	127	[90->95]	<100	<200	… [<100-<200]	144
[26-69]	55	[24-64]	<100	<500	… [<100-<500]	57
53 [45-61]	1830	40 [35-47]	3900	5300	4500 [3900-5300]	1158
[44->95]	…	–	<100	<100	… [<100-<100]	…
[11-20]	34[5]	[13-12]	<200	<500	… [<200-<500]	763
0[5]	0[5]	…	…	…	…	1
>95 [>95->95]	12419	>95 [>95->95]	10000	12000	11000 [10000-12000]	…
[55->95]	6188	[49->95]	5600	13000	… [5600-13000]	12535
…	1[5]	…	…	…	…	…
19 [16-23]	1480	18 [15-22]	6800	10000	8300 [6800-10000]	18495
14 [10-20]	1102	14 [11-22]	5100	10000	7800 [5100-10000]	18010
[14-22]	505	[25-41]	1200	2000	… [1200-2000]	4509
22 [18-30]	7516[7]	22 [18-34]	22000	42000	34000 [22000-42000]	67875
31[5]	51	…	…	…	…	99
18 [16-20]	3714[7]	34 [30-38]	9800	12000	11000 [9800-12000]	36093
1 [1-2]	…	1 [1-2]	10000	22000	18000 [10000-22000]	…
[28-57]	117	[23-12]	<500	500	… [<500-500]	117
[6-15]	593	[6-14]	4300	11000	… [4300-11000]	787
[3-7]	144	[4-9]	1600	3700	… [1600-3700]	184
0	0	0	<100	<100	… [<100-<100]	4
7 [6-9]	240[8]	5 [4-7]	3400	5400	4400 [3400-5400]	1617
[9-27]	…	[9-25]	<100	<500	… [<100-<500]	37
9 [8-11]	3240[7]	12 [9-16]	21000	34000	28000 [21000-34000]	21977
>95[5]	2	…	…	…	…	3
[33->95]	41	[37->95]	<100	<200	… [<100-<200]	35
[84->95]	…	…	<100	<100	… [<100-<100]	…
9 [8-11]	3435	9 [8-10]	33000	46000	38000 [33000-46000]	68865
…	…	…	610	1000	820 [610-1000]	…
>95	1	…	…	…	…	1

Indicador 5 del UNGASS. Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil

País (o territorio)	2004		2005		2006
	Cantidad de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos[1]	Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos, con la metodología OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)[2]	Cantidad de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos[1]	Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos, con la metodología OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)[2]	Cantidad de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos[1]
República Dominicana	968	[38-61]	676	[27-43]	738
Ecuador	...	...	223	[30-94]	213[3]
Egipto	...	...	...	...	...
El Salvador	...	...	144	[11-36]	193[3]
Guinea Ecuatorial	...	...	...	...	103[5]
Eritrea	61	3 [2-4]	88	4 [3-5]	75
Estonia	...	...	...	...	...
Etiopía	1390	2 [2-2]	2341	4 [3-4]	2330
Fiji	...	...	...	25[5]	5
Gabón	...	...	90	4 [3-5]	89
Gambia	...	...	87	[11-37]	103
Georgia	7	[47->95]	15	[7-21]	15[3]
Alemania	...	...	...	80[5]	225[5]
Ghana	196	1 [1-1]	1078	7 [7-8]	1239
Grecia	...	...	...	...	18[5]
Granada	...	...	...	...	5[5]
Guatemala	11	[<1-<1]	111	[1-3]	167[3]
Guinea	146	3 [2-3]	77	1 [1-2]	486
Guinea-Bissau	...	...	...	20[5]	195[3]
Guyana	73	[14-42]	112	[22-74]	144
Haití	620	13 [11-16]	800	17 [14-20]	991
Honduras	...	...	198	[18-54]	200
Hungría	...	...	...	...	0[5]
India	4289	[4-7]	2279	[2-4]	7007[3]
Indonesia	15	[<1-2]	4	[<1-<1]	40[5]
Irán, República Islámica del	...	...	...	...	19[5]
Jamaica	323	[52->95]	300	[48->95]	371[3]
Japón	...	...	...	...	29[5]
Jordania	...	...	...	...	0
Kazajstán	37	[19-66]	47	[16-69]	80[3]
Kenya	21069	25 [22-29]	19403	24 [21-28]	37130
Kirguistán	...	...	...	...	9
República Democrática Popular Lao	2	[2-17]	11	[9-30]	24[5]
Letonia	...	...	...	...	37[5]
Lesotho	821	6 [6-7]	1811	14 [13-16]	2005[3]
Liberia	3	<1 [<1-<1]	130	5 [4-6]	76
Lituania	1	[3-13]	...	...	2[5]
Madagascar	...	...	8	[1-3]	7[3]
Malawi	2719	4 [3-4]	5076	7 [6-8]	9231
Malasia	141	[9-21]	...	...	170

Indicador 5 del UNGASS. Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil

2006	2007					
Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos, con la metodología OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)[2]	Cantidad de mujeres embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos[6]	Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos, con la metodología OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)[2]	Bajo	Alto	Total de embarazadas VIH-positivas, según estimación con metodología OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)[13]	Total de embarazadas VIH-positivas según lo informado a ONUSIDA[12]
[32-54]	795	[36-65]	1200	2200	... [1200-2200]	1649
[28-87]	268	[34->95]	<500	800	... [<500-800]	347
...	5	[2-2]	<200	<500	... [<200-<500]	...
[17-48]	130	[12-32]	<500	1100	... [<500-1100]	130
14 [11-20]	–	...	530	940	710 [530-940]	...
3 [2-5]	168[7]	7 [4-11]	1600	4000	2500 [1600-4000]	3578
...	...	...	<100	<200	<100 [<100-<200]	...
4 [3-4]	4888	7 [7-8]	58000	74000	66000 [58000-74000]	75420
[60-76]	7	[82->95]	<100	<100	... [<100-<100]	7
4 [3-5]	494	21 [14-32]	1600	3500	2300 [1600-3500]	2570
[13-44]	133[7]	[17-58]	<500	800	... [<500-800]	709
[40->95]	22	[41->95]	<100	<100	... [<100-<100]	25
[40->95]	...	...	<200	590	... [<200-590]	...
9 [8-10]	2896	21 [18-24]	12000	16000	14000 [12000-16000]	19918
[14-45]	21	[16-69]	<100	<200	... [<100-<200]	21
50[5]	7	...	...	...	...	10
[2-5]	373	[5-12]	3200	8100	... [3200-8100]	2270
8 [6-10]	679[7]	11 [8-14]	5000	8600	6200 [5000-8600]	1722
13 [9-19]	349	24 [17-34]	1000	2100	1500 [1000-2100]	3716
[29->95]	...	...	<200	<500	... [<200-<500]	...
20 [17-24]	1107[9]	22 [18-26]	4200	6100	5100 [4200-6100]	5224
[18-64]	220	[19-79]	<500	1200	... [<500-1200]	...
0[5]	1	[2-8]	<100	<100	... [<100-<100]	1
[8-16]	8816	[10-24]	37000	92000	... [37000-92000]	86121
[<1-2]	89	[2-4]	2100	5300	... [2100-5300]	...
[1-2]	22	[1-2]	940	1800	... [940-1800]	220
[58->95]	292[7]	[45->95]	<500	640	... [<500-640]	171
[49-62]	...	...	<100	<100	... [<100-<100]	...
...	2[10]	...	...	...	...	0
[23->95]	126	[30->95]	<100	<500	... [<100-<500]	210
48 [42-56]	52858[7]	69 [61-80]	66000	86000	76000 [66000-86000]	105000
[8-27]	3	[2-8]	<100	<200	... [<100-<200]	197
[14-42]	24	[9-36]	<100	<500	... [<100-<500]	235
[34-78]	37	[33-75]	<100	<200	... [<100-<200]	38
16 [15-18]	3966	32 [29-36]	11000	14000	12000 [11000-14000]	12750
3 [2-3]	224	7 [6-9]	2400	3900	3100 [2400-3900]	...
[6-25]	9	[27->95]	<100	<100	... [<100-<100]	10
[1-3]	25	[3-9]	<500	760	... [<500-760]	1521
13 [11-15]	23158	32 [28-36]	64000	82000	73000 [64000-82000]	71847
[9-23]	183	[9-24]	770	2000	... [770-2000]	158

Indicador 5 del UNGASS. Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil

País (o territorio)	2004		2005		2006
	Cantidad de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos[1]	Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos, con la metodología OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)[2]	Cantidad de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos[1]	Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos, con la metodología OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)[2]	Cantidad de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos[1]
Malí	87	[1-1]	415	[4-6]	656
Mauritania	...	...	10	[1-4]	12[3]
Mauricio	...	>95[4]	...	...	23[5]
México	...	...	...	...	146[3]
Moldova	31	[56->95]	32	...	62
Mongolia	...	...	...	...	1
Montenegro	...	...	...	...	0
Marruecos	...	...	...	...	...
Mozambique	3117	3 [3-4]	8490	9 [8-11]	12150
Myanmar	274	[4-8]	629	[9-18]	993
Namibia	1126	12 [10-14]	4055	43 [36-52]	6022[3]
Nepal	...	...	...	...	35
Nueva Zelandia	...	...	...	...	8[5]
Nicaragua	...	...	29	[11-31]	26
Níger	0	0	57	[1-3]	214[3]
Nigeria	1050	<1 [<1-<1]	532	<1 [<1-<1]	6168[3]
Pakistán	...	...	...	...	8
Panamá	...	...	...	...	153[5]
Papua Nueva Guinea	46	5 [5-6]	46	4 [4-4]	31
Paraguay	...	...	47	[6-20]	73[3]
Perú	161	[10-20]	188	[11-22]	560[3]
Filipinas	...	...	...	...	2[3]
Polonia	...	...	...	...	62[3]
Rumania	21	[6-11]	...	<1[5]	75
Federación de Rusia	5601	[55->95]	5709	[54->95]	6224[3]
Rwanda	4141	35 [31-40]	5782	51 [45-58]	7768
Saint Kitts y Nevis	...	...	...	...	...
Santa Lucía	...	...	...	20[5]	3[5]
San Vicente y las Granadinas	...	...	...	62[5]	17[5]
Santo Tomé y Príncipe	2	...	8	...	11[5]
Senegal	...	...	57	[1-2]	212[5]
Serbia	5	[4-15]	6	[5-17]	2
Seychelles	...		...	>95[5]	5[5]
Sierra Leona	17	<1 [<1-<1]	57	1 [1-2]	354
Singapur	...	...	...	...	...
Somalia	...	...	...	3[5]	5
Sudáfrica	32541	15 [13-17]	75077	34 [29-40]	111357[3]
Sri Lanka	...	...	...	...	1[3]
Suriname	33	[22-67]	...	...	35
Swazilandia	592	5 [4-5]	4780	36 [33-40]	8221

Indicador 5 del UNGASS. Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil

2006	2007					
Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos, con la metodología OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)[2]	Cantidad de mujeres embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos[6]	Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos, con la metodología OMS/ ONUSIDA (Bajo-Alto)[2]	Bajo	Alto	Total de embarazadas VIH-positivas, según estimación con metodología OMS/ ONUSIDA (Bajo-Alto)[13]	Total de embarazadas VIH-positivas según lo informado a ONUSIDA[12]
[6-10]	1018	[10-15]	6800	11000	... [6800-11000]	8570
[2-5]	45	[6-20]	<500	770	... [<500-770]	800
[8-28]	19	[6-23]	<100	<500	... [<100-<500]	60
[3-7]	...	...	2000	4900	... [2000-4900]	...
[50->95]	73	[51->95]	<100	<200	... [<100-<200]	86
[10-56]	0	0	<100	<100	... [<100-<100]	13
...	1	...	...	...	...	...
...	42	[8-18]	<500	550	... [<500-550]	544
13 [11-15]	44975	46 [39-56]	81000	120000	97000 [81000-120000]	150995
[14-31]	1280	[18-43]	2900	7100	... [2900-7100]	...
65 [54-79]	...	64 [53-80]	7600	11000	9400 [7600-11000]	...
[2-4]	36	[2-4]	990	2300	... [990-2300]	1800
[57->95]	9[5]	[61->95]	<100	<100	... [<100-<100]	...
[9-27]	43	[15-44]	<100	<500	... [<100-<500]	174
[5-10]	1006[7]	[20-47]	2100	5000	... [2100-5000]	6710
3 [3-5]	12278	7 [5-10]	130000	240000	190000 [130000-240000]	...
[<1-<1]	5	[<1-<1]	1500	3700	... [1500-3700]	...
[32-65]	71[7]	[14-29]	<500	510	... [<500-510]	377
2 [2-2]	84	4 [4-5]	1800	2100	1900 [1800-2100]	3621
[9-30]	141[7]	[17-57]	<500	830	... [<500-830]	374
[33-64]	502	[28-56]	890	1800	... [890-1800]	...
[1-2]	1	[<1-<1]	<200	<500	... [<200-<500]	2
[26-87]	63	[26-85]	<100	<500	... [<100-<500]	63
[23-45]	68	[22-42]	<200	<500	... [<200-<500]	70
[57->95]	6419	[59->95]	4500	11000	... [4500-11000]	...
71 [62-81]	6485[7]	60 [51-71]	9100	13000	11000 [9100-13000]	...
>95[5]	...	...	...	...	...	...
64[5]	11	...	...	...	...	14
85[5]	...	...	...	...	...	...
9[5]	22	...	...	...	...	90
[4-8][5]	264	[4-9]	3000	6300	... [3000-6300]	385
[2-6]	...	[2-5]	<100	<200	... [<100-<200]	...
>95[5]	...	...	...	...	...	...
8 [6-11]	919	21 [15-29]	3100	6200	4400 [3100-6200]	520
...	12[7]	[24-72]	<100	<100	... [<100-<100]	...
[0-1]	11	[1-2]	510	1700	... [510-1700]	2865
50 [43-60]	127164[7]	57 [49-69]	180000	260000	220000 [180000-260000]	290000
[1-3]	1	[1-3]	<100	<100	... [<100-<100]	55
[20-61]	...	[18-57]	<100	<200	... [<100-<200]	...
62 [57-69]	8772	67 [60-74]	12000	15000	13000 [12000-15000]	13178

Indicador 5 del UNGASS. Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil

País (o territorio)	2004		2005		2006
	Cantidad de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos[1]	Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos, con la metodología OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)[2]	Cantidad de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos[1]	Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos, con la metodología OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)[2]	Cantidad de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos[1]
Suecia	...	...	...	...	31[5]
Tayikistán	...	...	4	[1-7]	4
Tailandia	5020	[34-68]	5081	[34-71]	4305[3]
Timor-Leste	...	...	...	...	...
Togo	180	2 [2-3]	720	9 [7-11]	910
Trinidad y Tabago	...	...	...	71[5]	173[5]
Túnez	...	...	...	...	0
Turquía	...	...	...	...	4
Uganda	7907	9 [8-10]	12073	15 [13-17]	19991
Ucrania	2817	[53-91]	2168	[36-63]	2517
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	...	...	...	...	1065[5]
República Unida de Tanzanía	1800	2 [2-2]	6202	6 [6-7]	14758
Uruguay	...	>95[4]	...	19[5]	53
Uzbekistán	...	...	...	...	...
Venezuela	...	...	...	...	310
Viet Nam	...	...	368	[6-16]	1385
Yemen	...	...	...	...	...
Zambia	12983	18 [16-20]	14071	19 [17-22]	25578
Zimbabwe	5534	8 [7-8]	8461	13 [12-14]	10127

1 Valores notificados por UNICEF, a menos que se indique lo contrario. Los datos abarcan un periodo de 12 meses, a menos que se indique lo contrario
2 Todos los valores están redondeados al entero más próximo. Se incluyen intervalos para los países con epidemia baja y concentrada
3 El valor difiere del informado a ONUSIDA en 2008
4 El valor de 2003 se utilizó para representar el año 2004, según informó el país a ONUSIDA para el UNGASS 2004
5 Valor informado a ONUSIDA
6 Todos los datos indican valores que representan un periodo de 12 meses que finalizó en diciembre de 2007. Estos valores se unificaron entre los informes de cada país y de ONUSIDA/OMS/UNICEF, a menos que se indique lo contrario
7 Los datos que no representaban un período de 12 meses se proyectaron para crear un valor correspondiente a 12 meses (véanse los métodos en las notas). Los valores informados se muestran en la tabla a continuación:

Países para los que se proyectó la cantidad de embarazadas infectadas con el VIH que recibieron antirretrovíricos para la PTMI

País	Fecha y mes del valor informado	Valor informado
Camerún	ene 07 a oct 07	6 263
República Centroafricana	ene 07 a jun 07	1 857
Côte d'Ivoire	ene 07 a jul 07	1 890
Eritrea	ene 07 a oct 07	140
Gambia	ene 07 a sep 07	100
Guinea	ene 07 a sep 07	509
Jamaica	ene 07 a jun 07	146
Kenya	ene 07 a jun 07	26 429
Myanmar	ene 07 a oct 07	1 067
Níger	ene 07 a jun 07	503
Panamá	ene 07 a sep 07	53
Paraguay	ene 07 a nov 07	129
Rwanda	ene 07 a nov 07	5 945
Sudáfrica	ene 07 a sep 07	95 373
Suecia	ene 07 a sep 07	23

Indicador 5 del UNGASS. Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil

2006	2007					
Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos, con la metodología OMS/ONUSIDA (Bajo-Alto)[2]	Cantidad de mujeres embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos[6]	Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron antirretrovíricos, con la metodología OMS/ ONUSIDA (Bajo-Alto)[2]	Bajo	Alto	Total de embarazadas VIH-positivas, según estimación con metodología OMS/ ONUSIDA (Bajo-Alto)[13]	Total de embarazadas VIH-positivas según lo informado a ONUSIDA[12]
[21-66]	31[7,11]	[21-63]	<100	<200	... [<100-<200]	31
[1-6]	9	[2-11]	<100	<500	... [<100-<500]	438
[29-63]	9352	[62->95]	6400	15000	... [6400-15000]	6196
…	2	…	...	...	…	…
11 [9-14]	705	9 [7-11]	6300	10000	8000 [6300-10000]	10329
[47->95]	137	[37-78]	<200	<500	... [<200-<500]	…
0	1	[1-3]	<100	<100	... [<100-<100]	…
>95	…	…	...	...	…	…
25 [22-28]	26484	34 [29-39]	68000	92000	78000 [68000-92000]	91000
[40-69]	3046	[45-79]	3800	6700	... [3800-6700]	3293
[76->95]	48[5,9]	[3-14]	<500	1600	... [<500-1600]	487
15 [14-16]	31863	32 [29-35]	91000	110000	100000 [91000-110000]	114800
[22-79]	…	[20-76]	<100	<500	... [<100-<500]	…
[3-19]	95	[11-68]	<200	830	... [<200-830]	…
[8-25]	…	[7-24]	1300	4600	... [1300-4600]	…
[22-60]	744	[12-31]	2400	6400	... [2400-6400]	5352
…	2	…	...	...	…	…
35 [31-39]	35314	47 [41-52]	68000	86000	76000 [68000-86000]	90252
17 [16-19]	15381	29 [27-32]	48000	57000	52000 [48000-57000]	16769

8 El país informó 274 para ene a dic 2007
9 El país informó 1066 para ene a dic 2007
10 El país informó 0 para ene a dic 2007
11 Representa Estocolmo únicamente
12 La necesidad que informó el país no siempre representa la cantidad estimada de mujeres embarazadas VIH-positivas. En algunos casos puede referirse a la cantidad de mujeres embarazadas VIH-positivas identificadas u otra definición no necesariamente representativa del número con necesidad a escala nacional. Para obtener más información, consulte el informe de progreso específico del país: http://data.unaids.org/pub/Report/2008
13 Las estimaciones se dan en números redondos. Sin embargo, se utilizaron números sin redondear en el cálculo de las tasas y los totales mundiales y regionales, de modo que pueden encontrarse discrepancias menores entre los totales presentados y los calculados usando las estimaciones redondeadas.

Indicador 6 del UNGASS. Porcentaje de casos nuevos estimados de tuberculosis en VIH-positivos que recibieron tratamiento para la TB y el VIH

País (o territorio)	2007	
	Adultos tratados	Porcentaje de pacientes tratados
Afganistán	2	<1
Argelia[1]	82	87
Argentina	415	55
Armenia[1]	15	59
Azerbaiyán	3	4
Bahamas	26	81
Barbados	2	100
Belarús	136	72
Belice	9	69
Benin	157	31
Bolivia	60	41
Bulgaria[2]	32	
Burkina Faso	199	1
Cabo Verde	3	3
República Centroafricana	3671	15
China	901	13
Costa Rica	13	100
Côte d'Ivoire	994	10
Croacia	3	100
Cuba	46	90
Dominica	1	100
República Dominicana[1]	322	115
Rep. Dem. del Congo	162	<1
Ecuador	150	40
El Salvador	63	100
Etiopía	2658	13
Fiji	2	40
Finlandia	0	
Gabón	521	13
Georgia	34	71
Grenada[2]	0	
Guatemala	109	33
Guinea	245	61
Haití	61	5
Honduras	383	71
Hungría[3]	7	<1
India	19400	23
Irán, República Islámica del	52	20
Jamaica	18	72
Japón	10	83
Jordania	0	
Kazajstán	76	33

Indicador 6 del UNGASS. Porcentaje de casos nuevos estimados de tuberculosis en VIH-positivos que recibieron tratamiento para la TB y el VIH

País (o territorio)	2007	
	Adultos tratados	Porcentaje de pacientes tratados
Letonia	27	57
Líbano[1]	3	148
Lituania	5	38
Malawi	18910	70
Malasia	72	33
Mauritania[1,4]	95	86
Mauricio	3	16
México	806	78
Marruecos	88	73
Mozambique[1]	1008	4
Nepal[1]	321	46
Nicaragua	13	14
Níger	197	1
Nigeria	28625	56
Panamá	270	5
Papua Nueva Guinea	320	35
Paraguay	20	14
Perú	93	11
Filipinas	99	49
Polonia[1]	70	176
República de Moldavia	23	10
Federación de Rusia[1,4]	463	39
Saint Kitts y Nevis	2	100
Santa Lucía	2	50
Santo Tomé y Príncipe[2]	0	
Senegal	319	15
Seychelles	11	100
Eslovenia[2]	0	
Somalia	14	2
Sudáfrica[3]	159382	50
San Vicente y las Granadinas	4	100
Tayikistán	6	8
Ex Rep. Yug. de Macedonia[2]	2	
Tailandia[1]	2260	23
Togo[1]	44	2
Turquía[2]	47	
Ucrania	411	15
Rep. U. de Tanzanía	188	12
Uruguay	20	25
Viet Nam	390	15
Zambia	21103	35

1 Estimación del denominador provisto por la OMS (Informe sobre el Control Mundial de la Tuberculosis, 2008)
2 No se dispone de denominador
3 El denominador es el número total de casos de TB informados en 2007
4 Para Mauritania, se dispone de datos para un periodo de 2 años únicamente; por lo tanto, el indicador para 2007 asume casos con distribución uniforme en cada año. Para la Federación de Rusia, se informan datos de 3 regiones geográficas únicamente: el Óblast de Ulyanovskaya, el Óblast de Saratovskaya, el Óblast de Tverskaya y Altayskiy Kray

Indicador 7 del UNGASS. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que recibieron una prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen sus resultados

País (o territorio)	Valor informado por el país							Últimas encuestas DHS		
	Año de encuesta	Varón	Mujer	Ambos sexos				Año de encuesta	Varón	Mujer
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49	15-49		15-49	15-49
Afganistán	2007						27			
Argelia	2006	0	1	0	1[1]	1	1			
Angola	2006	7	4				5			
Antigua y Barbuda	2006						25			
Argentina	2005		8	4	12					
Barbados	2006	97[1]	99[1]				99[1]			
Belarús	2007	26	33	26	35	31	31			
Bélgica		8	9		5	10	9			
Belice	2006	10	20				15			
Benin	2006	12	15	7	17	15	14	2006	5	7
Bolivia	2007	87[1]	87[1]	86[1]	88[1]	87[1]	87[1]			
Bosnia y Herzegovina	2006		0	0	0	0				
Burkina Faso	2007	18	23	15	28	27	21			
Burundi	2007	91[1]	93[1]	91[1]	92[1]	93[1]	92[1]			
Camboya	2006	5	3	2	6	4	4	2005	5	3
Camerún	2004	7	5	3	6	6	5	2004	7	5
Canadá	2006						32			
Cabo Verde	2005	10	10	3	13	13	10	2005	10	10
República Centroafricana	2006	15	17	10	19	17	16			
Chad	2004	2	1	0	1	1	1	2004	2	1
Chile	2007	22	35	8	33	48	28			
China	2006	2	2				2			
Colombia	2007	11[2]	27[2]				19[2]			
Congo, República del	2005	3	3	1	4	4	3	2005	3	3
Costa Rica	2007	8[1]	7[1]			80[1]	12[1]			
Côte d'Ivoire	2005	3	4	2	3	4	3	2005	3	4
Cuba	2006	28	32	17	32	32	30			
Rep. Democrática del Congo	2007	4	4	2	5	5	4	2007	4	4
República Dominicana	2007	19	21	8	22	23	20	2007	19	21
Ecuador	2007		11	7	13	12				
Eritrea	2007						6			
Etiopía	2005	2	2				2	2005	2	2
Gabón	2007	50[1]	64[1]	33[1]	54[1]	62[1]	59[1]			
Gambia	2005	8	12				10			
Alemania	2007	14	11				13			
Ghana	2006							2006	3	4
Grecia	2007	13	11	5	9	16	12			
Granada	2006	6	13	3	19	10	10			
Guinea	2005	3	1	1	2	2	2	2005	3	1
Guinea-Bissau	2006		5							
Guyana	2005	10	11	7	17	11	11	2005	10	11
Haití	2006	5	8	3	8	8	7	2005	5	8

Indicador 7 del UNGASS. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que recibieron una prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen sus resultados

País (o territorio)	Valor informado por el país							Últimas encuestas DHS		
	Año de encuesta	Varón	Mujer	Ambos sexos				Año de encuesta	Varón	Mujer
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49	15-49		15-49	15-49
Honduras	2006	21[1]	23[1]				23[1]			
Hungría	2007	0	0				0			
India	2006	1	1	0	2	2	1	2006	1	1
Israel				16	14	14	15			
Jamaica	2004	12	19			17	16			
Japón	2006						98[1]			
Kazajstán	2007	4	5	2	4	5	7			
Kenya	2003	8	7	4	9	7	14	2003	8	7
Lesotho	2005	5	6	2	7	8	6	2004	5	6
Lituania	2007	24[1]	20[1]			24[1]	24[1]			
Madagascar	2004	1[3]	0[3]					2004	1	<1
Malawi	2007						11[1]	2004	8	7
Malasia	2007						75[1]			
Malí	2006	3	7	2	4	3	5	2006	10	7
Islas Marshall	2006	56[1]	67[1]	67[1]	50[1]		60[1]			
Mauritania	2007	10	3				5			
Mauricio	2004				3[1]	2[1]	2[1]			
México	2006						1[1]			
Moldova	2007	6	11	3	10	10	8			
Montenegro	2006		3	1	4	3				
Marruecos	2007	6[1]	4[1]	3[1]	6[1]		5[1]			
Mozambique	2004	2	2	3	3	2	2	2003	3	2
Namibia	2007	18	29	9	26	27	23	2006	18	29
Nicaragua	2007		5	2	4	7	5			
Níger	2006	4	2	2	2	3	2			
Nigeria	2005	9	8	3	8	11	9			
Palau	2006		16[1]	27[1]	20[1]	14[1]				
Filipinas	2003	2						2003		1
Polonia	2007						1[1]			
Federación de Rusia	2007	30[1]	38[1]	20[1]	35[1]	37[1]	34[1]			
Rwanda	2005	11	12	4	16	13	11	2005	11	12
Saint Kitts y Nevis	2006					10[1]	10[1]			
Santa Lucía	2007	34[1]	39[1]				36[1]			
San Vicente y las Granadinas	2006	8	12	6	12	12	10			
Senegal	2005	2	1	1	1	1	1	2005	1	2
Seychelles	2006	100[1]	100[1]	100[1]	100[1]	100[1]	100[1]			
Sierra Leona	2007	8[1]	9				9[1]			
Singapur	2007	9	7	0	13	8	8			
Somalia	2004	5[1]	3[1]				4[1]			
Sudáfrica	2006	90[1]	90[1]	90[1]	90[1]	90[1]	90[1]			
España	2003						25			
Sri Lanka	2007	0[1]	0[1]	0[1]	0[1]	0[1]	0[1]			

Indicador 7 del UNGASS. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que recibieron una prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen sus resultados

País (o territorio)	Valor informado por el país							Últimas encuestas DHS		
	Año de encuesta	Varón	Mujer	Ambos sexos				Año de encuesta	Varón	Mujer
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49	15-49		15-49	15-49
Suriname	2006		30							
Swazilandia	2007	9	22	6	18	21	16	2007	9	22
Suiza	2007	7	7	5	7	7	7			
Tayikistán	2007	4[1]	2[1]	2[1]	5[1]		3[1]			
Tailandia	2006	16	22	16	22	19	19			
Ex República Yugoslava de Macedonia	2006		3	2	3	3				
Togo	2007	16	15	10	17	17	16			
Trinidad y Tabago	2006						8[1]			
Turquía	2006	100[1]	100[1]	100[1]	100[1]	100[1]	100[1]			
Uganda	2006	12	10				12	2006	10	12
Ucrania	2007	11[1]	20[1]	12[1]	19[1]	16[1]	16[1]			
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	2006	1[1]	3[1]				2[1]			
República Unida de Tanzanía	2007						36	2004	7	6
Uruguay	2007	20	19	15	20	20	20			
Viet Nam	2005	3	2	1	3	3	2	2005	3	2
Zambia	2007	12	19	10	19	17	15	2007	12	19
Zimbabwe	2006	7	7	4	9	7	7	2006	7	7

[1] Metodología no armonizada con las directrices del UNGASS 2008
[2] 14 a 26 años
[3] 15 a 24 años

Indicador 8 del UNGASS. Porcentaje de las poblaciones más expuestas que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados [1]

	Profesionales del sexo				Usuarios de drogas inyectables				Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	
UNGASS	2005	2007			2005	2007			2005	2007
País (o territorio)	Todos	Todos	Varón	Mujer	Todos	Todos	Varón	Mujer	Todos	Todos
Afganistán		11[5]		11		6				
Argelia					15					
Angola		42[5]		42						
Argentina	36		38	65		47	43	62	96	98
Armenia	33	18[5]		18	21	23	23	13	42	5
Australia		63[5]		63		57[4]				50
Bahamas										61
Bangladesh	2[5]	6	8	5	3	3[6]	3			6
Barbados		73[4,5]		73[4]						
Belarús	49	63[5]		63	39	49	49	49	55	53
Bélgica										62[3]
Benin		30[5]		30						
Bolivia		78[4]	85[4]	78[4]						100[4]
Bosnia y Herzegovina		96[2,4]				53[6]	53			10[2,4]
Bulgaria		53[5]		53		38	36	52		29
Burkina Faso		94[4,5]		94[4]						
Burundi	38	38[2,5]		38[2]						
Camboya		68[5]		68						58
Camerún		32[2,5]		32[2]						
Canadá						59				43[4]
Chile										37
China		29[5]		29		41	40	45		33
Colombia		82	71	85						61
Congo, República del	3								8	
Costa Rica										43
Cuba		36	38	32						33
Côte d'Ivoire		51[5]		51						57[4]
Rep. Democrática del Congo		37[2,5]		37[2]						
República Dominicana		64[2,5]		64[2]						
Ecuador				87[4]						50[4]
El Salvador		96[5]		96						55
Eritrea		78								
Estonia		52[5]		56		62	63	60		27[4]
Etiopía		97[5]		97						
Gabón		54	33	55						
Georgia	24	33[5]		33	6	9[6]	9		27	30[2]
Alemania										18
Ghana		39								25
Grecia										39
Guatemala		93[5]		93						64

ANEXO 2

Indicador 8 del UNGASS. Porcentaje de las poblaciones más expuestas que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados [1]

	Profesionales del sexo				Usuarios de drogas inyectables				Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	
UNGASS	2005	2007			2005	2007			2005	2007
País (o territorio)	Todos	Todos	Varón	Mujer	Todos	Todos	Varón	Mujer	Todos	Todos
Guinea		58[5]		58						
Guyana		64		64						44
Haití		71								48
Honduras		71[5]		71						40
Hungría						8				
India				34						
Indonesia	15	31	52	25	18	36	36	42	15	32
Irán, República Islámica del		20[5]		20	9	23	23	16		
Jamaica	43	43[5]		43						
Japón										38
Kazajstán		70[5]		70		42	41	49		38
Kenya		12[2]								40
Kirguistán		53[5]		53		34	32	43		70
República Democrática Popular Lao	9									5
Letonia						61	62	60		
Líbano		24[4]	11[4]	25[4]		4[4]	2[4]	50[4]		14[4]
Lituania		50[5]		50		64	60	81		28
Madagascar		49[5]		49						
Malawi		69[5]		69						
Malasia		100[3,4]				100[4]				100
Malí		7								
Mauritania		100[4,5]		100[4]						15[4]
Mauricio		30[2]				20[2]	24[2]	0[2]		16[2]
México		72	63	76		31[2]	28[2]	48[2]		54
Moldova		31[5]	.	31		34	33	38		38
Mongolia	67	53[5]		53					23	60
Montenegro		73[4,5]		73[4]						81[4]
Marruecos		51[5]		51	13	13	13	11		
Nepal		40	52	37		21[6]	21			30
Níger		38[5]		38						
Nigeria		38[5]		38		23	23	33		30
Pakistán		4	4	5			4[4]			
Panamá	77	55	59	52					45	76
Papua Nueva Guinea		47[5]		47						42
Paraguay		100[5]	100	100		100	100	100		100
Perú				54[4]						21
Filipinas		12[5]		12		4	4	15		16
Polonia						<1				<1
Rumania	36	35[5]		35	36	16[4]	17[4]	10[4]		47
Federación de Rusia		61[5]		61		46	44	50		32

Indicador 8 del UNGASS. Porcentaje de las poblaciones más expuestas que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados [1]

	Profesionales del sexo				Usuarios de drogas inyectables				Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	
UNGASS	2005	2007			2005	2007			2005	2007
País (o territorio)	Todos	Todos	Varón	Mujer	Todos	Todos	Varón	Mujer	Todos	Todos
Rwanda		65[5]		65						
Santa Lucía						100[4]	100[4]	100[4]		
Santo Tomé y Príncipe		72[4,5]		72[4]						
Senegal		70[5]		70					11	
Serbia									53	
Sierra Leona		79	75							
Singapur				100						47
España		67[2,4,5]				68[2,4]	67[2,4]	72[2,4]		49[3]
Sri Lanka		43[5]		43						14
Suriname		62	75	59						
Swazilandia		94[4,5]		94[4]						
Suecia		34[4]	100[4]	33[4]		84[4]	83[4]	86[4]		41
Suiza			38			60	59	61		31
Tayikistán		29[5]		29		24	23	30		
Tailandia		53	54	52						35
Ex República Yugoslava de Macedonia	67	47	87	39	32	44	42	53	7	56
Togo		40	22	89						
Túnez				100[4]						35[3]
Turquía	26	97	100	97		8	11	0		31
Ucrania	32	46[5]		46	27	29	29	30	25	27
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte										17[2]
Uzbekistán		19[5]		19		18	18	18		25
Viet Nam		15[5]		15		11[6]	11			16
Zambia		17	14	23						

1 Fecha de informe 2007, pero la recopilación de datos puede variar de 2005 a 2007
2 La recopilación de datos comenzó antes de 2005
3 No se definió el periodo de recopilación de datos
4 Metodología no armonizada con las directrices del UNGASS 2008
5 Mujeres únicamente
6 Varones únicamente

Indicador 9 del UNGASS. Porcentaje de las poblaciones más expuestas que logran atender los programas de prevención del VIH[1]

UNGASS	2007						
País (o territorio)	Profesionales del sexo			Usuarios de drogas inyectables			Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
	Todos	Varón	Mujer	Todos	Varón	Mujer	
Afganistán	11[3]	9[3]	11[3]				
Angola	17						
Argentina			82				98
Armenia	41[4]		41	54	55	44	10
Bahamas							48
Bangladesh	54	47	57	82	82	90	13
Belarús	86[4]		86	56	54	61	90
Benin	60[4]		60				
Bulgaria	77[4]		77	47	45	60	30
Burkina Faso	37	15	59				
Burundi	72[2,4]		72[2]				
Camerún	70[2,4]		70[2]				
China	46[4]		46	25	25	25	38
Comoras	59[4]		59				
Costa Rica							26
Cuba	60	59	65				56
Côte d'Ivoire							100[3]
Ecuador			76				49
El Salvador	73						62
Eritrea	88[3,4]		88[3]				
Estonia							56
Gabón	29	27	29				
Georgia				17[5]	17		
Grecia							19
Guatemala	93[4]		93				75
Guinea	92[4]		92				
Guyana	28[4]		28				17
Honduras	23[4]		23				24
Indonesia	40	60	34	45	44	55	40
Jamaica	60						
Kazajstán	71[3]			44[3]			48[3]
Kirguistán	89[3,4]		89[3]	78[3]	78[3]	78[3]	77[3]
Letonia				47	45	53	
Líbano	<1[3]	11[3]	22[3]				15[3]
Lituania	43[4]		43				40
Malawi	69		69				
Malasia	86[4]						100[3]
México	36	55	28	5	5	4	18
Moldova	96		96	89	89	89	86
Mongolia	64						67
Marruecos	49[4]		49				
Nepal	42	56	39	78[5]	78		47

Indicador 9 del UNGASS. Porcentaje de las poblaciones más expuestas que logran atender los programas de prevención del VIH[1]

UNGASS	2007						
País (o territorio)	Profesionales del sexo			Usuarios de drogas inyectables			Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
	Todos	Varón	Mujer	Todos	Varón	Mujer	
Pakistán	3[3]	3[3]	2[3]		16[3]		
Panamá	76	73	78				89
Papua Nueva Guinea	31[4]		31				10
Paraguay	18						
Perú			80				44
Filipinas	14[4]		14	14	13	28	19
Rumania							59
Federación de Rusia	39			24	33	21	17
Santo Tomé y Príncipe	80[3,4]		80[3]				
Sierra Leona	73[4]		73				
Singapur			100[3]				
Swazilandia	77[3,4]		77[3]				
Suecia	50[3]	100[3]	55[3]	27	26	30	
Tayikistán	60[4]		60	25	21	41	
Togo	76	75	81				
Turquía	42[4]		42		22	30	19
Ucrania	69[4]		69	46	45	50	50
Viet Nam	65[3,4]		65[3]	43[3]	43[3]		26
Zambia	63[2,4]		63[2]				

1 Fecha de informe 2007, pero la recopilación de datos puede variar de 2005 a 2007
2 La recopilación de datos comenzó antes de 2005
3 Metodología no armonizada con las directrices del UNGASS 2008
4 Mujeres únicamente
5 Varones únicamente

Indicador 10 del UNGASS. Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años cuyas familias recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil

País (o territorio)	2005		Valor informado por el país para 2007		Últimas encuestas DHS (o MICS)	
	Año de encuesta	Cobertura	Año de encuesta	Cobertura	Año de encuesta	Cobertura
Benin			2006	69[1]		
Botswana	2004	34				
Burkina Faso			2007	5[1]		
Burundi			2006	50[1]		
Camerún			2006	9	2006[3]	9
República Centroafricana			2006	20[2]	2007	8
Costa Rica			2006	100[1]		
Côte d'Ivoire			2006	9[1]	2005	9
Croacia			2007	100[1]		
República Democrática del Congo					2007	9
República Dominicana			2007	4[1]		
Etiopía	2004	4	2004	4		
Finlandia				99		
Gabón			2007	10		
Ghana			2006	2[1]		
Guinea			2007	17[1]		
Guinea-Bissau			2006	8	2006[3]	8
Haití			2006	5	2005	5
Kenya		10				
Lesotho	2004	25				
Madagascar	2003	7				
Malawi			2006	53[2]	2006[3]	19
Malí	2005	39	2007	45[1]		
Namibia			2007	17	2006	17
Nigeria			2007	10[1]		
Rwanda			2005	13	2005	13
Santa Lucía			2007	69[1]		
Senegal			2007	44[1]		
Seychelles			2006	100[1]		
Sierra Leona			2005	1	2005	1
Sudáfrica			2007	67[1]		
Swazilandia			2007	41	2007	41
Togo		10	2006	60[2]	2006[3]	6
Turquía			2006	100[1]		
Uganda			2006	11	2006	11
República Unida de Tanzanía			2006	51[1]		
Zambia	2005	13	2007	16	2007	16
Zimbabwe			2006	31	2006	31

[1] Metodología no armonizada con las directrices del UNGASS 2008
[2] Diferente del valor provisto por UNICEF
[3] La fuente es la encuesta basada en indicadores múltiples (MICS de UNICEF)

Indicador 11 del UNGASS. Porcentaje de escuelas que impartieron enseñanza sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último año académico	
País (o territorio)	2007
Angola	1
Antigua y Barbuda	13
Azerbaiyán	19
Bahamas	72
Barbados	41
Belarús	79
Bosnia y Herzegovina	24
Botswana	100
Bulgaria	6
Burkina Faso	1
Burundi	64
Camboya	26
Cabo Verde	100
República Centroafricana	15
Chad	4
Comoras	15
Congo, República del	82
Costa Rica	100
Croacia	5
Cuba	71
Côte d'Ivoire	1
Rep. Democrática del Congo	0
Dominica	100
República Dominicana	1
El Salvador	4
Eritrea	26
Etiopía	70
Finlandia	95
Gabón	35
Gambia	33
Alemania	50
Ghana	58
Grenada	0
Honduras	39
Indonesia	10
Irán, República Islámica del	0
Jamaica	24
Kazajstán	72
República Democrática Popular Lao	32
México	27
Moldova	93
Namibia	79

Indicador 11 del UNGASS. Porcentaje de escuelas que impartieron enseñanza sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último año académico	
País (o territorio)	2007
Nepal	6
Nicaragua	8
Níger	8
Nigeria	34
Pakistán	6
Papua Nueva Guinea	25
Rumania	64
Federación de Rusia	82
Santa Lucía	91
San Vicente y las Granadinas	87
Santo Tomé y Príncipe	100
Serbia	1
Seychelles	100
Sudáfrica	96
Swazilandia	51
Togo	0
Turquía	100
Ucrania	57
Zambia	60
Zimbabwe	100

Indicador 12 del UNGASS. Asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad (proporción de huérfanos y no huérfanos)

País (o territorio)	2003	2005		2007	
	Proporción	Año de encuesta	Proporción	Año de encuesta	Proporción
Angola	0,90			2001	0,90
Argentina				2005	1,03
Benin				2006	0,85
Bolivia				2003	0,74[1]
Botswana	0,99				
Burkina Faso				2007	0,87
Burundi	0,70			2005	0,85
Camboya				2006	0,83
Camerún	0,94			2006	0,89
República Centroafricana	0,91			2006	0,96
Chad	0,96			2004	1,03
Colombia				2005	0,85[1]
Comoras	0,59				
Congo, República del				2005	1,12
Croacia				2007	1,00[2]
Cuba				2005	1,00[2]
Côte d'Ivoire	0,83			2005	1,21[3]
Rep. Democrática del Congo	0,72			2007	0,77[1]
Guinea Ecuatorial	0,95				
Eritrea				2002	0,83[1]
Etiopía	0,60			2004	
Finlandia					>0,99
Gabón	0,98			2007	1,14
Gambia	0,85			2006	0,87
Ghana	0,93			2006	1,04[4]
Guinea	1,13			2005	0,73[1]
Guinea-Bissau	1,03			2006	0,97
Guyana				2005	0,95[1]
Haití				2000	0,87[1]
India				2006	0,72[1]
Indonesia				2002	0,84[1]
Jamaica				2005	
Kenya	0,74	2005	0,97	2003	0,95[1]
Lesotho	0,87			2007	0,95
Madagascar	0,65	2003	0,80	2004	0,83
Malawi	0,93	2004	0,97		
Malí	0,72				
Mozambique	0,47			2004	0,80
Namibia	0,92	2005	0,97	2007	1,00
Nicaragua				2007	0,88
Níger	1,07			2006	0,67
Nigeria	0,87			2007	0,86[2]

Indicador 12 del UNGASS. Asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad (proporción de huérfanos y no huérfanos)

País (o territorio)	2003	2005		2007	
	Proporción	Año de encuesta	Proporción	Año de encuesta	Proporción
Papua Nueva Guinea				2007	0,86
Perú				2006	
Rwanda	0,80			2005	0,82
Santa Lucía				2007	1,76[2]
Senegal	0,74			2007	1,25[2]
Sierra Leona	0,71			2005	0,83
Somalia	0,65			2006	0,78
Sudáfrica	0,95			2007	0,81[2]
Sudan	0,96				
Swazilandia	0,91			2007	0,97
Tailandia				2006	0,93
Togo	0,96			2007	0,94
Turquía				2007	0,70[2]
Uganda	0,95			2000	0,95
República Unida de Tanzanía	0,74			2007	0,64
Zambia	0,87	2005	0,17	2005	1,02[2]
Zimbabwe	0,85			2006	0,95

[1] Valor de la Encuesta Demográfica y de Salud proporcionado por MEASURE DHS (www.measuredhs.com).
[2] El método de recopilación de datos difiere de la metodología que recomienda el UNGASS
[3] Diferente del valor provisto por UNICEF
[4] Encuesta basada en indicadores múltiples (MICS) con pequeños denominadores, por lo general casos no ponderados de 25 a 49

Indicador 13 del UNGASS. Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes entre 15 y 24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que también rechazan las principales ideas erróneas acerca de la transmisión del VIH**

País (o territorio)	2003	2005			Valor informado por el país para 2007				Últimas encuestas DHS (o MICS)		
	Mujeres 15-24	Año de encuesta	Varones 15-24	Mujeres 15-24	Año de encuesta	Varones 15-24	Mujeres 15-24	Ambos sexos 15-24	Año de encuesta	Varones	Mujeres
Albania	<1								2005[1]		6
Argelia					2006		16	16	2006[1]		13
Angola			43	35	2006	25	21	23			
Antigua y Barbuda					2005			48			
Argentina					2005	83	89	86			
Armenia					2007	42	34	36	2005	15	23
Azerbaiyán	2								2006[1]	5	6
Bangladesh					2005	24	21	22	2006[1]		16
Belarús					2007	70	65	68	2005[1]		34
Belice					2006	26	26	26			
Benin			11	8	2006	35	16	20	2006	35	16
Bolivia	22								2003	18	15
Bosnia y Herzegovina					2006		44		2005[1]		48
Botswana	28										
Bulgaria					2006	18	21	19			
Burkina Faso					2007	45	46	45	2003	23	15
Burundi	24	2004	4	4	2005		31		2005[1]		30
Camboya	37				2006	45	49	47	2005	45	50
Camerún	16	2004	34	27	2006		32	32	2004	34	27
Cabo Verde					2005	37	38	38	2005	36	36
República Centroafricana	5				2006	31	22	24	2006[1]	27	17
Chad	5				2004	20	8	11	2004	19	7
Chile					2007						
China					2007	50	55	42			
Comoras	10								2000[1]		18
Congo, República del					2005	22	10	13	2005	35	26
Costa Rica					2006	43	42	42			
Côte d'Ivoire	16				2005	28	18	22	2005	28	18
Croacia					2006	16	25	20			
Cuba	52				2006	55	61	58	2000[1]		30
Chipre					2007	10	11	10			
Rep. Democrática del Congo					2006	29	22	26	2007	21	15
Djibouti									2006[1]		18
República Dominicana	33				2007	34	41	37	2007[1]	34	41
Ecuador					2006	31	27	29			
Guinea Ecuatorial	4								2000[1]		4
Eritrea					2002		37**		2002		37
Estonia					2007	28	37	32			
Etiopía					2005	33	21	24	2005	33	20
Finlandia								85			
Gabón					2007	58	60	59			
Gambia	15				2005	34	25	29	2006[1]		39

Indicador 13 del UNGASS. Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes entre 15 y 24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que también rechazan las principales ideas erróneas acerca de la transmisión del VIH**

País (o territorio)	2003	2005			Valor informado por el país para 2007				Últimas encuestas DHS (o MICS)		
	Mujeres 15-24	Año de encuesta	Varones 15-24	Mujeres 15-24	Año de encuesta	Varones 15-24	Mujeres 15-24	Ambos sexos 15-24	Año de encuesta	Varones	Mujeres
Georgia					2005		4				
Alemania					2007						
Ghana		2003	40	36					2006	33	25
Grecia					2007	27	23	25			
Granada					2006	43	40	41			
Guatemala					2002	10	9	9			
Guinea					2007	20	12	16	2005	23	17
Guinea-Bissau	8				2006		18		2006		18
Guyana	36				2005	34	44	39	2005	47	53
Haití	14				2006	40	32	35	2005	40	34
Honduras					2005	39	89	77	2006		30
India					2006	33	24	28	2006	36	20
Indonesia	7										
Irán, República Islámica del									2006[1]		3
Jamaica					2004	23	47	35	2005[1]		60
Japón					2004						
Kazajstán					2007	18	20	19	2006[1]		22
Kenya	26	2005	80	58					2003	47	34
Kirguistán					2006	30	33	32	2006[1]		20
Letonia					2007	3	3	3			
Lesotho	18								2004	19	27
Madagascar		2003	16	19	2006	46	45	45	2004	16	19
Malawi	34	2005	36	24					2004	36	24
Malí					2006	22	18	20	2006	22	18
Islas Marshall					2006	8	4	6	2007	39	27
Mauricio					2004			22			
México					2002	18	18				
Moldova	19				2006	26	27	26	2005	na	na
Mongolia	32	2005	3	5	2005	17	15	16	2005[1]		35
Montenegro					2006				2006[1]		30
Marruecos					2007				2003		12
Mozambique					2004	39	25	28	2003	33	20
Namibia					2007	62	65	63	2006	62	65
Nepal					2006	44	28	32	2006	44	28
Nicaragua					2007		81	81	2001		22
Níger	5				2006	16	13	14	2006	16	13
Nigeria					2005	25	20	23	2003	21	18
Palau					2006		27				
Perú					2006			55	2007		19
Filipinas									2003	18	12
Federación de Rusia					2007	33	35	34			
Rwanda	23				2005	54	51	52	2005	54	51

Indicador 13 del UNGASS. Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes entre 15 y 24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que también rechazan las principales ideas erróneas acerca de la transmisión del VIH**

País (o territorio)	2003	2005			Valor informado por el país para 2007				Últimas encuestas DHS (o MICS)		
	Mujeres 15-24	Año de encuesta	Varones 15-24	Mujeres 15-24	Año de encuesta	Varones 15-24	Mujeres 15-24	Ambos sexos 15-24	Año de encuesta	Varones	Mujeres
Saint Kitts y Nevis					2006			52			
Santa Lucía					2006	61	57	59			
San Vicente y las Granadinas					2006	59	40	49			
Santo Tomé y Príncipe	11				2006				2006[1]		44
Senegal					2005	24	19	22	2005	26	21
Serbia					2006	20	21	20	2006[1]		42
Seychelles					2003	59	67	63			
Sierra Leona	16				2005	25		25	2005[1]		17
Singapur					2007	15	20	17			
Somalia		2004	13	8	2006		4	4	2006[1]		4
Sudáfrica	20										
Sri Lanka					2007	10	7	8			
Suriname	27				2006		41	41	2006[1]		41
Swazilandia	27				2007	52	52	52	2007	52	52
República Árabe Siria									2006[1]		7
Tayikistán					2007	11	11	11	2005[1]		3
Tailandia					2006	47	33	40	2005[1]		46
Ex República Yugoslava de Macedonia					2007	19	26	22	2005[1]		27
Togo	20				2007	59	44	51	2006[1]		28
Trinidad y Tabago	33				2007			56	2006[1]		28
Túnez						26	29	27			
Turquía					2007	35	39	37			
Tuvalu					2005						
Uganda	28				2006	38	32	33	2006	38	32
Ucrania					2007	39	42	40	2007	43	42
República Unida de Tanzanía	26								2004	40	45
Uruguay					2007	52	48	50			
Uzbekistán	3								2006[1]		31
Viet Nam	25				2005	50	42	46	2005	50	42
Zambia	26	2005	46	41	2007	37	34	35	2007	37	34
Zimbabwe		2003	56	54	2006	46	44	45	2006	46	44

[1] La fuente es la encuesta basada en indicadores múltiples (MICS de UNICEF)

Indicador 14 del UNGASS. Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que también rechazan las principales ideas erróneas acerca de la transmisión del VIH[1]

	Profesionales del sexo				Usuarios de drogas inyectables				Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	
UNGASS	2005	2007			2005	2007			2005	2007
País (o territorio)	Todos	Todos	Varón	Mujer	Todos	Todos	Varón	Mujer	Todos	Todos
Argentina	69		67[6]						56	
Armenia	49	54[4]		54	60	68	69	56	54	74
Bahamas										45
Bangladesh	23	31	30	31	14	20[5]	20		14	27
Barbados		37[3,4]		37[3]						
Belarús	24	50[4]		50	61	58	51	68	63	56
Benin									42	
Bosnia y Herzegovina						22[5]	22			
Bulgaria		35[4]		35		29	28	34		32
Burundi	4	44[2,4]		44[2]						
Camerún		40[2,4]		40[2]						
China	24[4]	41			36	49	48	52	37	55
Congo, República del	67								3	
Costa Rica									49	85
Côte d'Ivoire		32[4]		32						
Cuba		52	49	61						54
Rep. Democrática del Congo		30[2,4]		30[2]						
Ecuador				47[3]						59[3]
El Salvador		6								25
Estonia		83[3,4]		83[3]		75[3]	75[3]	74[3]		60[3]
Etiopía		36[4]		36						
Gabón		24	13	25						
Georgia	1	4[4]		4	36	41[5]	41			0[2]
Grecia										74
Guatemala		3[4]		3						33
Guinea		4[4]		4						
Guyana		63								67
Haití		6[4]		6						36
Honduras		21[4]		21						21
India				38						
Indonesia	24	28	37	26	7	58	58	68	43	42
Irán, República Islámica del		8[4]		8		24	24	15		
Jamaica	26	26[4]		26						
Kazajstán		63[4]		63		63	63	63		66
Kirguistán	1	36[4]		36		64	62	69	7	89
República Democrática Popular Lao	21									31[3]
Letonia						45	44	50		
Lituania		24[4]		24						39
Madagascar		30								
Malasia		78[2]				98[2]				

ANEXO 2

Indicador 14 del UNGASS. Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que también rechazan las principales ideas erróneas acerca de la transmisión del VIH[1]

	Profesionales del sexo				Usuarios de drogas inyectables				Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	
UNGASS	2005	2007			2005	2007			2005	2007
País (o territorio)	Todos	Todos	Varón	Mujer	Todos	Todos	Varón	Mujer	Todos	Todos
Malí	90									
Mauricio		2[2,4]				62[2]				48[2]
México		49	54	47						66
Moldova	35	58[4]		58	37	64	64	66	38	47
Mongolia		29[4]		29						23
Marruecos	72				7					
Nepal	17	32	41	30	50	66[5]	66		27	45
Nigeria		33[4]		33		34	34	36		44
Pakistán		10[3]	21[3]	<1[3]			20			
Panamá		91	91	92						78
Papua Nueva Guinea		35[4]		35						71
Perú									73	40
Filipinas		2		2		26	27	23		10
Rumania	14	14[4]		14	18	30	24	63		45
Federación de Rusia		36[4]		36		46	47	43		26
Rwanda		36[4]		36						
Santa Lucía						13[3]	10[3]	33[3]		
Santo Tomé y Príncipe				72						
Senegal		41[4]		41						
Sri Lanka		10[4]		10						20
Suriname		78	75	79						
Swazilandia		46[4]		46[4]						
Suecia		46	100	45						
Tayikistán		41[4]		41		46	45	51		
Tailandia		28	23	29		49				25
Ex República Yugoslava de Macedonia	10	47	67	43	27	34	32	47	34	41
Togo		45	46	42						
Turquía	22									
Ucrania	8	48[4]		48	21	47	47	45	49	47
Viet Nam	24	35[4]		35	34	38[3,5]	38[3]			55[3]
Zambia		41	41	42						

1 Fecha de informe 2007, pero la recopilación de datos puede variar de 2005 a 2007
2 La recopilación de datos comenzó antes de 2005
3 Metodología no armonizada con las directrices del UNGASS 2008
4 Mujeres únicamente
5 Varones únicamente
6 Transexual

Indicador 15 del UNGASS. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años

País (o territorio)	2005			Valor informado por el país para 2007				Últimas encuestas DHS (o MICS)		
	Año de encuesta	Varones	Mujeres	Año de encuesta	Varones	Mujeres	Ambos sexos 15-24	Año de encuesta	Varones	Mujeres
Angola		47	24	2006	36	28	32			
Antigua y Barbuda				2006			25			
Argentina				2005	27	19	23			
Armenia				2007	11	<1	3	2005	3	<1
Azerbaiyán								2006	1	1
Bangladesh				2005	4	1	2			
Barbados		36	26							
Belarús				2007	8	4	5			
Belice				2006	11	6	9			
Benin		16	9	2006	13	12	12	2006	13	12
Bosnia y Herzegovina				2006		1		2006[1]		<1
Bulgaria				2006	13	7	10			
Burkina Faso				2007	3	7	6	2003	4	7
Burundi		14	6	2005		3		2005[1]		3
Camboya		<1	<1	2006	<1	1	1	2005	<1	1
Camerún	2004	23	35	2006		14		2006[1]		14
Cabo Verde				2005	41	24	30	2005	41	24
República Centroafricana	2004	10	10	2006	20	33	30	2006	13	25
Chad				2004	19	39	35	2004	10	26
Chile				2006	12	6	9			
Colombia				2007			37	2005		13
Congo, República del	2003	10	10	2005	27	24	24	2005	27	24
Costa Rica				2006	15	7	11			
Cuba				2006	33	15	24			
Chipre				2007	15	1	8			
Côte d'Ivoire	2004	13	15	2005	15	19	18	2005	15	19
Rep. Democrática del Congo				2006	31	23	28	2007	18	18
República Dominicana				2007	24	33	29	2007	24	15
Ecuador				2004		10				
El Salvador				2003	54	21	27			
Eritrea								2002		13
Estonia				2007	10	11	10			
Etiopía		40	42	2005	2	16	12	2005	2	16
Fiji				2007			50			
Gabón				2007	38	14	25	2000	42	24
Gambia				2006		5		2006[1]		5
Georgia				2005		2	2			
Alemania				2006	10	12	11			
Ghana								2006	4	6
Grecia				2007	35	7	24			
Granada				2006	32	20	25			
Guatemala				2002	20	9	11	1999		10

Indicador 15 del UNGASS. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años

País (o territorio)	2005			Valor informado por el país para 2007				Últimas encuestas DHS (o MICS)		
	Año de encuesta	Varones	Mujeres	Año de encuesta	Varones	Mujeres	Ambos sexos 15-24	Año de encuesta	Varones	Mujeres
Guinea	2005	16	18	2007	20	31	25	2005	17	22
Guinea-Bissau				2006		22				
Guyana				2005	30	12	21	2005	13	9
Haití				2006	43	15	23	2005	43	15
Honduras				2005	19	11	13	2006		11
India				2006	2	4	3	2006	2	10
Irán, República Islámica del				2005						
Jamaica				2004						
Japón				2004	8	9	9			
Kazajstán				2007	20	3	9			
Kenya	2005	20	17	2003	29	14	21	2003	29	14
Kirguistán				2007	9	<1	5	2006[1]		0
Letonia				2007	16	9	12			
Líbano				2004			4			
Lesotho	2004	27	14	2005	12	6	8	2004	13	6
Lituania				2006	22	10	16			
Madagascar	2003	22	31	2006	33	39	36	2004	9	15
Malawi				2006				2004	14	15
Malí				2006	5	25	6	2006	5	25
Islas Marshall				2006	17	10	14	2007	27	14
Mauritania				2007		14	14			
Mauricio				2004	3	1	2			
México				2005	4	4	4			
Moldova	2005	34	24	2006	8	1	4	2005	9	1
Mongolia	2005	3	<1	2005	3	<1	1			
Montenegro				2007	4	2	3	2006[1]		<1
Marruecos				2007	8	1	5			
Mozambique				2004	26	28	28	2003	26	28
Namibia				2007	18	7	12	2006	18	7
Nepal								2006	4	7
Nicaragua				2007		14	14	2001		12
Níger				2006	8	39	25	2006	5	30
Nigeria	2005	5	15	2005	5	15	10	2003	7	21
Pakistán				2006	1	<1				
Palau				2006		5				
Papua Nueva Guinea				2007	4	4	4			
Perú				2007			6	2007		6
Filipinas								2003	2	1
Rumania				2006	17	3	10			
Federación de Rusia	2004	17	8	2007	12	3	7			
Rwanda				2005	13	4	7	2005	13	4
Saint Kitts y Nevis				2006	36	10	22			

Indicador 15 del UNGASS. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años

País (o territorio)	2005			Valor informado por el país para 2007				Últimas encuestas DHS (o MICS)		
	Año de encuesta	Varones	Mujeres	Año de encuesta	Varones	Mujeres	Ambos sexos 15-24	Año de encuesta	Varones	Mujeres
Santa Lucía				2006	32	20	26			
San Vicente y las Granadinas	2005	63	37	2006	31	14	22			
Santo Tomé y Príncipe				2006						
Senegal				2005	12	9	10	2005	12	9
Sierra Leona				2005	25		25			
Singapur				2007	3	2	2			
Sudáfrica				2005	5	12	8			
España				2003	18	11	15			
Sri Lanka				2007			3			
Suriname				2006			8			
Swazilandia				2007	5	7	6	2007	5	7
Suecia				2007	15	21	19			
Suiza				2007	10	7	8			
Tayikistán				2006	1	<1	1			
Tailandia		11	7	2006	21	5	13			
Ex República Yugoslava de Macedonia				2007	8	1	5	2006[1]		<1
Togo				2007	13	10	11	1998	<1	19
Trinidad y Tabago				2007			12			
Túnez					7	<1	4			
Turquía				2007						
Turkmenistán								2000		<1
Uganda				2006	12	16	15	2006	12	16
Ucrania				2007	7	3	5	2007	2	1
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte				2001	14	12	13			
República Unida de Tanzanía				2005	10	13	11	2004	9	12
Uruguay				2007	25	10	18			
Uzbekistán								1996		1
Viet Nam				2005	1	<1	<1	2005	<1	1
Zambia				2007	16	14	15	2007	16	14
Zimbabwe		9	8	2006	5	5	5	2006	4	5

[1] La fuente es la encuesta basada en indicadores múltiples (MICS de UNICEF)

ANEXO 2

Indicador 16 del UNGASS. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja

País (o territorio)	2003[1]					2005[1]				
	Año de encuesta	Varones	Mujeres	Ambos sexos		Año de encuesta	Varones	Mujeres	Ambos sexos	
		15-49	15-49	15-24	25-49		15-49	15-49	15-24	25-49
Angola										
Antigua y Barbuda										
Armenia	2000	9	<1	4	4	2005	9	<1	6	3
Azerbaiyán										
Bangladesh										
Belarús										
Belice										
Benin	1996		2			2001	22	1	7	8
Bolivia						2003	15	1	10	7
Bosnia y Herzegovina										
Burkina Faso	1999	13	1	9	6	2003	15	1	5	9
Burundi										
Camboya	2000		<1			2005	6	<1	2	4
Camerún	1998	41	10	25	25	2004	31	6	15	22
Cabo Verde						2005	36	3	19	19
República Centroafricana										
Chad	1997	19	1	11	8	2004	17	1	6	10
Chile										
Colombia	2000		3			2005		3		
Comoras										
Congo, República del						2005	24	7	15	16
Costa Rica										
Cuba										
Chipre										
Côte d'Ivoire	1998	33	5	19	19	2005	24	4	12	15
Rep. Democrática del Congo										
República Dominicana	1996	16	2	4	6	2002	23	2	13	13
Estonia										
Etiopía	2000	7	1	3	5	2005	2	<1	1	2
Gabón	2000	24	14	20	18					
Gambia										
Alemania										
Ghana						2003	10	1	4	7
Grecia										
Granada										
Guatemala										
Guinea	1999	26	4	15	15	2005	25	2	11	14
Guinea-Bissau										
Guyana						2005	7	1	6	3
Haití	2000	24	1	11	13	2005	23	1	11	13

Indicador 16 del UNGASS. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja

Valor informado por el país para 2007							Últimas encuestas DHS (o MICS)		
Año de encuesta	Varones	Mujeres	Ambos sexos				Año de encuesta	Varones	Mujeres
	15-49	15-49	15-49	15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
2006	51	25	38	54	46	26			
2006			55						
							2005	9	<1
							2006	6	<1
2005	18		18	25	25	14			
2007	33	14	21	27	32	15			
2006	13[2]	4[2]	8[2]						
2006	12	35	17	62	30	8	2006	28	
							2003	15	1
2006		8		4	11				
2007	14	1	7	2	6	9	2006[4]		1[2]
							2005[4]		1[2]
2006	6	<1	3	1	4	3	2005	6	<1
2004	40	8	18	17	20	17	2006[4]		5[2]
2005	69	43	52	86	71	36	2005	36	3
2006	24[2]	6[2]	11[2]	6	14				
2004	17	1	8	4	9	10	2004	17	1
2006	12	2	7	6	14	6			
2007		4[3]			35[3]		2005	<1	3
2003	24	4	11			9			
2005	28	8	14	19	16	13	2005	24	7
2006	37	35	39						
2006	35	10	23	22	29	22			
2007	25	6	15						
2005	31	4	16	15	18	16	2005	24	4
2007	22	4	9	10	11	9	2007	17	3
2007	30	4	17	22	25	16	2007	24	3
2007	23	19	21	17	26				
2005	3	<1	2	1	2	2	2005	2	<1
2007	51	38	43	53	36	43			
2006		1[2]					2006[4]		1[2]
2007	35	22	29						
2006	22[2]	40[2]	26[2]				2006	8	1
2007	33	8	20	22	48	18			
2006	30	13	21	19	30	16			
2002	13		13	34	19	8			
2005	25	2	8	6	10	8	2005	25	2
2006				5	7		2006[4]		6[2]
2005	9	1	5				2005	7	1
2006	23	1	12	7	16	13	2005	23	1

Indicador 16 del UNGASS. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja

País (o territorio)	2003[1]					2005[1]				
	Año de encuesta	Varones	Mujeres	Ambos sexos		Año de encuesta	Varones	Mujeres	Ambos sexos	
		15-49	15-49	15-24	25-49		15-49	15-49	15-24	25-49
Honduras						2006		1		
India						2006	1	<1	1	1
Jamaica										
Kazajstán										
Kenya	1998	24	3	16	11	2003	12	2	7	7
Kirguistán										
Líbano										
Lesotho						2004	21	8	11	16
Lituania										
Madagascar						2004	17	3	11	9
Malawi	2000	15	1	6	9	2004	9	1	4	6
Malí	1996	13				2001	17	1	5	11
Islas Marshall										
Mauricio										
México										
Moldova						2005	11	1	9	4
Mongolia										
Montenegro										
Marruecos										
Mozambique						2003	30	5	18	17
Namibia	2000	16	2	9	10					
Nepal	2001	3								
Nicaragua	2001		1							
Níger	1998	10	1	7	5					
Nigeria						2003	15	2	5	10
Palau										
Papua Nueva Guinea										
Perú	1996	23	<1	4	9	2000		<1		
Filipinas						2003	6			
Polonia										
Federación de Rusia										
Rwanda	2000	2	<1	1	2	2005	3	<1	1	2
Saint Kitts y Nevis										
Santa Lucía										
San Vicente y las Granadinas										
Senegal						2005	13	1	4	10
Serbia										
Seychelles										
Sierra Leona										
Singapur										

Indicador 16 del UNGASS. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja

Valor informado por el país para 2007							Últimas encuestas DHS (o MICS)		
Año de encuesta	Varones	Mujeres	Ambos sexos				Año de encuesta	Varones	Mujeres
	15-49	15-49	15-49	15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
2005	16	1	4				2006	<1	1
2006	8	2	5	6	9	4	2006	1	<1
2004	48	11	29						
2007	25	5	15	9	23	15			
2003	12	2	5	3	6	5	2003	12	2
2007	28	2	15	10	21		2006[4]		<1[2]
2004	24	4	17						
2005	30	11	16				2004	21	8
2007	43	26	41	<1	<1	41			
2004	20	3	7				2004	17	3
2005	1	1	1	2	1	1	2004	9	1
2006	23	2	5	5	4	1	2006	15	1
2006	23	18	21	19	30		2007	7	3
2004	9	1	5	4	5	6			
2003	8				6	9			
2007	16	2	8	11	19	5	2005	11	1
2005	54		54						
							2005[4]		<1[2]
2007	37	2	19	14	27				
2004	52	24	29	60	34	19	2003	30	5
2007	16	3	9	10	15	7	2006	11	2
							2006	2	<1
2007		2	2	1	2	2			
2006	9	1	2	5	4	2	2006	12	1
2005	19	2	10	3	10	14	2003	15	2
2006		9		36	13	5			
2007	13	2	8	6	11	7			
2006	33	12					2007		1
							2003	6	
2005	8	5	7						
2006	20	9	15	16	26	13			
2005	3	<1	2	<1	1	2	2005	3	<1
2006	53	19	36						
2007	42	25	35						
2006	25	10	17	13	32	9			
2005	25	4	8	7	11	7	2005	13	1
2006	42	11	26	32	24	<1	2005[4]		3[2]
2003	23	11	17						
2005	9	36	21						
2007	7	2	4	2	10	4			

Indicador 16 del UNGASS. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja

País (o territorio)	2003[1]					2005[1]				
	Año de encuesta	Varones	Mujeres	Ambos sexos		Año de encuesta	Varones	Mujeres	Ambos sexos	
		15-49	15-49	15-24	25-49		15-49	15-49	15-24	25-49
Sudáfrica										
España										
Sri Lanka										
Suriname										
Swazilandia										
Suecia										
Suiza										
Tayikistán										
Tailandia										
Togo	1998	21	3	13	13					
Trinidad y Tabago										
Turquía										
Turkmenistán	2000		<1							
Uganda	1995	8	1	5	4	2001	18	2	6	12
Ucrania										
Uzbekistán										
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte										
República Unida de Tanzanía	1999	29	9	17	20	2004	23	3	10	15
Uruguay										
Viet Nam						2005	14	2	6	9
Zambia	1996	27	4	18	12	2002	21	2	10	13
Zimbabwe	1999	13	2	6	8	2006	9	1	4	6

[1] Datos proporcionados por MEASURE DHS
[2] 15 a 24 años
[3] 25 a 64 años únicamente
[4] La fuente es la encuesta basada en indicadores múltiples

Indicador 16 del UNGASS. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja

Valor informado por el país para 2007							Últimas encuestas DHS (o MICS)		
Año de encuesta	Varones	Mujeres	Ambos sexos				Año de encuesta	Varones	Mujeres
	15-49	15-49	15-49	15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
2005	3	18	10	18	15	8			
2003	27	13	20						
2007	3	<1	2	1	1	3			
2006			3						
2007	23	2	13	15	17	15	2007	14	2
2007	23	23	23	33	34	11			
2007	18	10	14	25	26	10			
2006			6	3	9				
2006	18	1	9	24	18	7			
2007	26	6	16	10	22	17	2006[4]		3[2]
2007	94	79	85						
2007		15	15	19	20	11			
							2000		<1
2006	21	2	12	3	9	16	2006	21	2
2007	21	7	14	18	23	11	2007	13	2
							2006[4]		<1[2]
2001	25	15	20	30	35	16			
2006	20	5	13	46			2004	23	3
2007	23	11	17	28	35	11			
2005	1	<1	<1	<1	1	<1	2005	14	2
2007	14	1	7	3	7	9	2007	14	1
2006	14	1	7	7	9	6	2006	9	1

Indicador 17 del UNGASS. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declaran haber utilizado un preservativo en la última relación sexual

País (o territorio)	2003[1]					2005[1]				
	Año de encuesta	Varón 15-49	Mujeres 15-49	Ambos sexos		Año de encuesta	Varón 15-49	Mujeres 15-49	Ambos sexos	
				15-24	25-49				15-24	25-49
Albania										
Angola										
Antigua y Barbuda										
Argentina										
Armenia	2000	32				2005	58			
Azerbaiyán										
Bangladesh										
Belarús										
Benin	1996		13			2001	23	18	33	17
Bosnia y Herzegovina										
Burkina Faso	1999	55	36	56		2003	43	44	68	33
Burundi										
Camboya						2005	41			
Camerún	1998	23	13	27	17	2004	38	35	53	28
Canadá										
Cabo Verde						2005	69	57	78	59
República Centroafricana										
Chad	1997	20	10	22	17	2004	20	7		
Chile										
Colombia	2000		22			2005		31		
Congo, República del						2005	30	23		
Costa Rica										
Cuba										
Chipre										
Côte d'Ivoire	1998	45	23	53	34	2005	38	41	59	26
Rep. Democrática del Congo										
República Dominicana	1996	9	19	7	10	2002	35	33	45	27
Estonia										
Etiopía	2000	20	11	43	10	2005	9			
Gabón	2000	40	26	41	29					
Gambia										
Alemania										
Ghana						2003	22	33	39	
Grecia										
Granada										
Guatemala										
Guinea	1999	24	9	31	17	2005	24	20	38	17
Guinea-Bissau										
Guyana						2005	53	56		
Haití	2000	21	30	30	16	2005	34	21	49	23

Indicador 17 del UNGASS. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declaran haber utilizado un preservativo en la última relación sexual

Valor informado por el país para 2007							Últimas encuestas DHS (o MICS)		
Año de encuesta	Varón 15-49	Mujeres 15-49	Ambos sexos				Año de encuesta	Varón 15-49	Mujeres 15-49
			15-49	15-19	20-24	25-49			
2005									
2006	46	18	32	26	40	31			
2006			87						
2005	48	44	46	48	44				
							2005	58	
2006							2006	26	<1
2005	35		35	42	31	36			
2007	62	60	61	76	68	49			
2006	25	42	32	31	36	29	2006	17	
2006		72		73	71				
2007	36	51	38	69	61	30	1999	55	36
2004	55	45	49						
2006	40	12	39	83	73	23	2005	41	
2006	55	41	48	61	62	43	2006[4]		68[5]
	23	16	19						
2005	72	46	58	70	61	47	2005	69	57
2006									
2004	20	7					2004	20	7
2006	30	18	28	32	34	25			
							2005		31
2005	43	21	30	24	29	35	2005	30	23
2006	15	11	13			12			
2006	41	33	39	72	53	30			
2007	63	53	61						
2005	52	34	44	47	45	42	2005	38	41
2007	26	16	21	16	26	21	2007	16	8
2007	42	33	37	54	44	34	2007	45	35
2007	64	55	61	61	64				
2005	52	24	43	38	47	34	2005	9	
2007	72[2]	70[2]	71[2]	65[2]	73[2]	71[2]			
							2006[4]		64[5]
2007			58						
2006	33	54					2006	38	35
2007	71	55	67	61	58	75			
2006	68	52		61	63				
2002				47	58	50			
2005	32	26	31	35	43	27	2005	24	20
							2006[4]		58[5]
2005	53	56	53				2005	53	56
2006	34	21	33	41	53	23	2005	34	21

ANEXO 2

Indicador 17 del UNGASS. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declaran haber utilizado un preservativo en la última relación sexual

País (o territorio)	2003[1]					2005[1]				
	Año de encuesta	Varón 15-49	Mujeres 15-49	Ambos sexos		Año de encuesta	Varón 15-49	Mujeres 15-49	Ambos sexos	
				15-24	25-49				15-24	25-49
Honduras						2006		27		
India						2006	23	12		
Jamaica										
Kazajstán										
Kenya	1998	36	18	38	30	2003	33	12	47	17
Kirguistán										
Líbano										
Lesotho						2004	41	19	47	26
Lituania										
Madagascar						2004	9	2	12	6
Malawi	2000	14	15	26	7	2004	20	16	32	13
Malí	1996	34				2001	16	14	27	13
Islas Marshall										
Mauritania										
Mauricio										
México										
Moldova						2005	45	22	56	28
Mongolia										
Marruecos										
Mozambique						2003	19	14	38	10
Namibia	2000	65	45	72	56					
Nepal										
Nicaragua	2001		19							
Níger	1998	26	28							
Nigeria						2003	22	13	34	17
Palau										
Papua Nueva Guinea										
Perú	2000		15							
Filipinas						2003		22		
Rwanda	2000	28	30			2005	8	14		
Saint Kitts y Nevis										
Santa Lucía										
San Vicente y las Granadinas										
Santo Tomé y Príncipe										
Senegal						2005	31	21	61	22
Serbia										
Sierra Leona										
Singapur										
Sudáfrica										
España										

Indicador 17 del UNGASS. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declaran haber utilizado un preservativo en la última relación sexual

Valor informado por el país para 2007							Últimas encuestas DHS (o MICS)		
Año de encuesta	Varón 15-49	Mujeres 15-49	Ambos sexos				Año de encuesta	Varón 15-49	Mujeres 15-49
			15-49	15-19	20-24	25-49			
2006	38	32	37				2006		27
2006	67	62	66	61	68	66	2006	23	12
2004	67	53	64						
2007	82	82	82	88	93	77			
2003	33	12	30	48	47	17	2003	33	12
2007	81	75	80	85	78				
2004	72	67	72						
2004	41	19	34	49	40	26	2004	41	19
2007	46	20	44			44			
2004	13	5	8	8	8	8	2004	9	2
2004	47	30	38	35	47	33	2006[4]		45[5]
2006	38	17	20	19	29	34	2006	12	8
2006	19	15	18	17	19		2007	20	11
2007	10		10						
2004	44	46	44	50	43	43			
2003	20				78	14			
2007	48	60	49	45	50	52	2005	45	22
2005	34		34						
2007	61	75	62	63	61				
2003	19	14	18	28	28	10	2003	19	14
2007	74	66	68	79	76	60	2006	74	66
2006	54						2006	30	
2001		19					2001		19
2006	7	8					2006	7	8
2005	62	44	56	44	56	62			
2006		23				60			
2007	45	26	43	50	49	38			
2006			48	59	43		2007		31
2003	22						2003		22
2005	8	14	8				2005	8	14
2006			67						
2007	48	39	45						
2006	62	52	59	59	59				
2006		57[3]		60	59				
2005	62	37	52	39	51	59	2005	31	21
2006				73	78				
2007	11	26	37						
2007	51	0	42	50	14	51			
2005	67	47	64	80	72	56			
2003	50	42	46						

ANEXO 2

Indicador 17 del UNGASS. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declaran haber utilizado un preservativo en la última relación sexual

País (o territorio)	2003[1]					2005[1]				
	Año de encuesta	Varón 15-49	Mujeres 15-49	Ambos sexos		Año de encuesta	Varón 15-49	Mujeres 15-49	Ambos sexos	
				15-24	25-49				15-24	25-49
Suriname										
Swazilandia										
Suiza										
Tayikistán										
Tailandia										
Togo	1998	33	21	42	25					
Turquía										
Uganda	1995	18	8	24	9	2001	24	25		
Ucrania										
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte										
República Unida de Tanzanía	1999	22	16	25	17	2004	29	21	37	23
Uruguay										
Viet Nam						2005	58			
Zambia	1996	31	18	36	23	2001	27	21	40	20
Zimbabwe	1999	40	46	56	30	2006	36	41	57	24

1 Datos proporcionados por MEASURE DHS
2 Datos de dos ciudades únicamente
3 La mujer tiene de 15 a 24 años únicamente
4 La fuente es la encuesta basada en indicadores múltiples (MICS de UNICEF)
5 15 a 24 años

Indicador 17 del UNGASS. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declaran haber utilizado un preservativo en la última relación sexual

Valor informado por el país para 2007							Últimas encuestas DHS (o MICS)		
Año de encuesta	Varón 15-49	Mujeres 15-49	Ambos sexos				Año de encuesta	Varón 15-49	Mujeres 15-49
			15-49	15-19	20-24	25-49			
2006			49						
2007	56	57	56		62	51	2007	56	57
2007	62	52	58	83	61	48			
2006			65	53	69				
2006	53	14	51	63	49	50			
2007	73	69	73	72	76	71	1998	33	21
2007		58	53	52	71	45			
2006	42	41	42		30	41	2006	42	41
2007	75	61	72	77	64	72	2007	46	48
2001	10	5	7	15	15	5			
2005	50	38	44	38	41		2004	29	21
2007	69	65	68	76	81	56			
	1	0	0	0	1	0	2005	58	
2007	50	37	46	39	49	48	2007	28	33
2006	71	47	64	50	67	68	2006	36	41

Indicador 18 del UNGASS. Porcentaje de profesionales del sexo (ambos sexos) que comunican haber usado preservativo con su cliente más reciente[1]

UNGASS	2005			2007		
País (o territorio)	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres
Afganistán				50[3,5]		50[3]
Angola				78[5]		78
Armenia	89	100	89	91[5]		91
Bangladesh	40	44	32	63	44	67
Barbados				80[5]		80
Belarús	77	100	77	76[5]		76
Benin				83[5]		83
Bolivia				88[4]	57[4]	88[4]
Bulgaria				95[5]		95
Burkina Faso	96			99	98	99
Burundi	74		74	74[2,5]		74[2]
Camboya	96		96	99[5]		99
Camerún				74[2,4,5]		74[2,4]
Canadá					61[4]	80[4]
Cabo Verde				74[5]		74
China			69	82[5]		82
Colombia				89	82	97
Comoras				59[5]		59
Costa Rica				92[5]		92
Côte d'Ivoire				96[5]		96
Croacia				86[2]		
Cuba				61	63	56
Rep. Democrática del Congo				61[2,5]		61[2]
República Dominicana				96[2]		
Ecuador						95
El Salvador				96	89	97
Eritrea				76[5]		
Estonia				94[5]		94
Etiopía				87[5]		84
Gabón				67	53	67
Georgia			95	94[5]		94
Ghana				98		
Guatemala				96	91	97
Guinea				100[5]		100
Guinea-Bissau						60
Guyana				89[5]		89
Haití				90[5]		90
Honduras				68	71	66
India						88
Indonesia	55	48	56	69	72	68

Indicador 18 del UNGASS. Porcentaje de profesionales del sexo (ambos sexos) que comunican haber usado preservativo con su cliente más reciente[1]

UNGASS	2005			2007		
País (o territorio)	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres
Irán, República Islámica del				55[5]		55
Jamaica	84			84		
Kazajstán				97[5]		97
Kirguistán	81			84[5]		84
República Democrática Popular Lao	83	59	89			
Líbano				34[4]	47[4]	34[4]
Lithuania				77[5]		77
Madagascar				79		
Malawi				69[5]		69
Malasia				35[2]		
Malí				99[5]		99
Mauricio				100[2,5]		100[2]
México				96	96	96
Moldova	98			93[5]		93
Mongolia	94	50	96	92[5]		92
Marruecos	38		38	54[5]		54
Nepal	67			81	93	77
Níger				96[5]		96
Nigeria				98[5]		98
Pakistán	23	7	37	34	21	45
Panamá	92	91	92	76	64	84
Papua Nueva Guinea				94[5]		94
Paraguay				76	71	78
Perú					42	96
Filipinas				65	50	65
Polonia						46[2]
Rumania			85	85[5]		85
Federación de Rusia	77			92[5]		92
Rwanda				87[5]		87
Santo Tomé y Príncipe						60
Senegal	86		87	99[5]		99
Sierra Leona				68[5]		68
Singapur						99
Sri Lanka			65	89[5]		89
Suriname				70	79	68
Swazilandia				98[5]		98
Suecia				22	100	20
Suiza					72	
Tayikistán				75[5]		75
Tailandia				96[4,5]		

Indicador 18 del UNGASS. Porcentaje de profesionales del sexo (ambos sexos) que comunican haber usado preservativo con su cliente más reciente[1]

UNGASS	2005			2007		
País (o territorio)	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres
Ex República Yugoslava de Macedonia	86	88	84	78	93	75
Togo				78	76	84
Turquía				33[5]		33
Ucrania	80		80	86[5]		86
Uzbekistán				65[5]		65
Viet Nam	90		90	97[4,5]		97[4]
Zambia				81	72	82
Zimbabwe				4[4,6]	4[4]	

1 Fecha de informe 2007, pero la recopilación de datos puede variar de 2005 a 2007
2 La recopilación de datos comenzó antes de 2005
3 No se definió el periodo de recopilación de datos
4 Metodología no armonizada con las directrices del UNGASS 2008
5 Mujeres únicamente
6 Varones únicamente

Indicador 19 del UNGASS. Porcentaje de varones que señalan haber usado un preservativo en su última relación sexual anal con una pareja masculina[1]

UNGASS	2005	2007
País (o territorio)		
Argentina		91
Armenia	30	84
Australia		58[3,4]
Bahamas		69
Bangladesh	49	24
Belarús	62	67
Bulgaria		46
Camboya		86
Chile		29
China	41	64
Colombia		80
Congo, República del	23	
Costa Rica		71
Côte d'Ivoire		47
Croacia		53
Cuba		55
República Dominicana		79[2]
Ecuador		63
El Salvador		83
Estonia		47
Fiji	20	
Georgia	54	
Alemania		58
Ghana		48
Grecia		89
Guatemala		78
Guyana		81
Haití		73
Honduras		47
Indonesia	48	39
Japón		55
Kazajstán		66
Kenya		75
Kirguistán	68	81
República Democrática Popular Lao		24[4]
Líbano		39[4]
Lituania		58
Malí		54
Mauricio		52[2]
México		79

Indicador 19 del UNGASS. Porcentaje de varones que señalan haber usado un preservativo en su última relación sexual anal con una pareja masculina[1]

UNGASS	2005	2007
País (o territorio)		
Moldova	63	48
Mongolia	13	67
Nepal		74
Nigeria		53
Pakistán	8	24
Panamá	84	86
Papua Nueva Guinea		88[4]
Perú	46	47
Filipinas		32
Polonia		32[2,4]
Rumania		73
Federación de Rusia	39	60
Santa Lucía		74
Senegal	45	55[2]
Eslovenia		75[4]
Sri Lanka		61
Suriname		89
Suecia		42[4]
Suiza		80[4]
Tailandia		88
Ex República Yugoslava de Macedonia	29	56
Togo		60
Trinidad y Tabago		47[2]
Turquía		37
Tuvalu		63
Ucrania	72	39
Uzbekistán		61
Viet Nam		61

1 Fecha de informe 2007, pero la recopilación de datos puede variar de 2005 a 2007
2 La recopilación de datos comenzó antes de 2005
3 No se definió el periodo de recopilación de datos
4 Metodología no armonizada con las directrices del UNGASS 2008

Indicador 20 del UNGASS. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que informan haber usado preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales[1]

País (o territorio)	Todos	Varones	Mujeres
Argentina	64	63	65
Armenia	56	56	55
Australia	20[3]	20[3]	20[3]
Azerbaiyán	18[2]		
Bangladesh	44	44	55
Belarús	59	57	65
Bosnia y Herzegovina	23[4]	23	
Bulgaria	19	18	28
Canadá	43		
China	34[3]	32[3]	43[3]
Estonia	68	66	74
Georgia	48[4]	48	
Grecia	48		
Indonesia	34	34	30
Irán, República Islámica del	33	33	30
Japón	65[4]	65	
Kazajstán	37	37	36
Kirguistán	11	11	9
Letonia	38	40	34
Líbano	15[3]	15[3]	
Malasia	5[2]		
Mauricio	13[2]	15[2]	0[2]
México	29	27	38
Moldova	68	73	52
Marruecos	13	12	21
Nepal	38[4]	38	
Nigeria	66	66	68
Pakistán		21	
Paraguay	33	33	36
Federación de Rusia	37	39	31
Suecia	25	28	19
Suiza	50[3]	53[3]	42[3]
Tayikistán	36	33	47
Tailandia	35		
Ex República Yugoslava de Macedonia	51	51	51
Turquía	10	9	13
Ucrania	55	55	56
Uzbekistán	39	37	50
Viet Nam	36[3,4]	36[3]	

1 Fecha de informe 2007, pero la recopilación de datos puede variar de 2005 a 2007
2 El periodo de recopilación de datos comenzó antes de 2005
3 Metodología no armonizada con las directrices del UNGASS 2008
4 Varones únicamente

Indicador 21 del UNGASS. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que informan haber utilizado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectaron[1]

País (o territorio)	Todos	Varones	Mujeres
Afganistán	46		
Argentina	65	64	67
Armenia	95	95	93
Australia	71[4]		
Azerbaiyán	77		
Bangladesh	34	34	74
Belarús	71	71	70
Bosnia y Herzegovina	25[5]	25	
Bulgaria	25	26	23
Canadá	68[3,4]		
China	41	42	32
Georgia	93[5]	93	
Grecia	67		
Indonesia	82[2]	82[2]	89[2]
Irán, República Islámica del	75	75	62
Japón	47[5]	47	
Kazajstán	59	59	58
Kirguistán	77	76	81
Letonia	90	87	96
Líbano	60[4]	63[4]	0[4]
Malasia	28[2]		
Mauricio	32[2]	32[2]	33[2]
México	14	15	9
Moldova	96	96	95
Marruecos	7	7	12
Nepal	96[5]	96	
Nigeria	89	89	86
Pakistán		28	
Paraguay	80	80	79
Filipinas	48	47	63
Rumania	28[2]	30[2]	17[2]
Federación de Rusia	82	83	81
Suecia	38	38	35
Suiza	94[4]	95[4]	92[4]
Tayikistán	32	35	21
Ex República Yugoslava de Macedonia	73	73	69
Turquía	10	9	13
Ucrania	84	85	81
Uzbekistán	23	23	25
Viet Nam	89[5]	89	

1 Fecha de informe 2007, pero la recopilación de datos puede variar de 2005 a 2007
2 El periodo de recopilación de datos comenzó antes de 2005
3 No se definió el periodo de recopilación de datos
4 Metodología no armonizada con las directrices del UNGASS
5 Varones únicamente

Indicador 24 del UNGASS. Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que siguen con el tratamiento antirretrovírico 12 meses después de haberlo comenzado[1]

País (o territorio)	2005					2007				
	Varón	Mujer	Ambos sexos <15	Ambos sexos >15	Total	Varón	Mujer	Ambos sexos <15	Ambos sexos >15	Total
Antigua y Barbuda						53	57			55[2]
Argentina										90
Armenia						80	100		84	84
Azerbaiyán						57	43		86	86[3]
Bahamas						68	71	90	68	70
Barbados	93	94			93	93	96		95	95
Belarús						74	77	97	74	75
Benin										73
Bolivia						97	96	100	97	97
Bosnia y Herzegovina										100[3]
Botswana			92			82	86			85[4]
Bulgaria						89	93	33	97	91
Burkina Faso						77	71	77	73	73
Burundi						77	82	77	81	80
Camboya								94	87	88
Camerún						96	96	97	96	96
Cabo Verde						93	86	100	88	89
República Centroafricana						85	85	89	85	85
Chile										89
China						84	91	96	85	85
Colombia										76
Comoras						40	60	0	100	100[3]
Costa Rica										91
Côte d'Ivoire						86	91	82	90	89
Croacia						100	88	0	97	97
Cuba						96	96	100	96	96
Rep. Democrática del Congo						66	72	62	70	70
Djibouti										82
Dominican Republic								89	90	90
El Salvador										85
Eritrea										93
Etiopía	90	86			89					70
Fiji								100	78	79
Finlandia										90
Gabón						50	62	63	58	58
Gambia										92
Georgia	85	100			88	71	86	75	71	75[5]
Alemania						77	80			78
Grecia						95	96	100	95	96
Granada						83	100	100	83	88
Guatemala										91

Indicador 24 del UNGASS. Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que siguen con el tratamiento antirretrovírico 12 meses después de haberlo comenzado[1]

País (o territorio)	2005					2007				
	Varón	Mujer	Ambos sexos <15	Ambos sexos >15	Total	Varón	Mujer	Ambos sexos <15	Ambos sexos >15	Total
Guinea-Bissau										62
Guyana						70	78	97	73	75
Haití										84
Honduras										91
Hungría						99	98	83	99	99
India										80
Irán, República Islámica del						78	79	75	78	78
Jamaica									88	88
Japón										100
Jordania										98
Kazajstán						72	61	8	73	68
Kenya										87
Kirguistán						70	57	100	66	68
República Democrática Popular Lao						90	90	93	90	90
Líbano										100
Lesotho					82	74	75	79	73	74
Lituania						54	71		58	58
Madagascar					100					94
Malawi					83					69
Malasia										87
Malí						72	72	72	72	72
Islas Marshall							100		100	100[3]
Mauritania										92
Mauricio						84	90		85	85
Moldova						82	93	88	87	87
Mongolia						67			67	67[3]
Montenegro						75	20		60	60[3]
Marruecos										93
Mozambique										97
Namibia					91[2]			82	69	71
Nepal										85
Nueva Zelandia										98
Nicaragua										100
Níger								36	47	47
Nigeria					98[6]			92	95	95
Pakistán										87
Palau						100	100		100	100[3]
Panamá										96
Papua Nueva Guinea						67	56	10	67	61
Paraguay						30	14	6	44	49
Perú						85	87	95	85	85

Indicador 24 del UNGASS. Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que siguen con el tratamiento antirretrovírico 12 meses después de haberlo comenzado[1]

País (o territorio)	2005					2007				
	Varón	Mujer	Ambos sexos <15	Ambos sexos >15	Total	Varón	Mujer	Ambos sexos <15	Ambos sexos >15	Total
Filipinas						96	96		96	96
Rwanda										91
Saint Kitts y Nevis										100
Santa Lucía					80	100	97	100	98	98
San Vicente y las Granadinas						43	80	50	63	62
Santo Tomé y Príncipe						65	82	100	74	75
Senegal						79	94			89
Seychelles						62	43	100	53	55
Sierra Leona										81
Sudáfrica										53
Sri Lanka										64
Suriname										80
Swazilandia						63	65	65	64	64
Suecia										
Suiza						92	84		89	89
Tayikistán						55	61		57	57
Tailandia						85	85	88	85	85
Ex República Yugoslava de Macedonia						43	50		44	44[3]
Togo						90	90	90	90	90
Túnez						93	90			92
Turquía						26	16	3	24	23
Uganda										88
Ucrania	69	75	70	100	72	73	83	91	76	78
Uruguay										74
Viet Nam								93	81	82
Zambia						87	90	92	88	88
Zimbabwe										93

1 Los valores de los datos representan una cohorte con una supervivencia mínima de 12 meses, con pacientes perdidos en el seguimiento y muerte incluidos en el denominador, a menos que se indique lo contrario
2 Representa supervivencia acumulativa
3 Representa <10 personas vivas y que siguen con ART en los últimos 12 meses
4 Refleja la supervivencia en 24 meses (ene 2005 a dic 2006)
5 Representa 2006
6 Representa supervivencia en 8 meses

REFERENCIAS

Capítulo 1 | EL DESAFÍO MUNDIAL DEL VIH

Comisión sobre Sida en Asia (2008). *Redefining AIDS in Asia – crafting an effective response*. Oxford University Press, Nueva Delhi.

May RM, Anderson RM (1979). Population biology of infectious diseases – Part II. *Nature*, 280:455-461.

McNeil DG (2007). *A time to rethink AIDS's grip*. New York Times, 25 de noviembre.

ONUSIDA (2006). *Setting national targets for moving towards universal access*. Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA (2007). *Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA. Directrices para el desarrollo de indicadores básicos, informe 2008*. Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA et al. (2004). *National spending for HIV/AIDS*. Ginebra, ONUSIDA.

PNUD (2005). *Human development report*. Nueva York, NY, PNUD.

UNICEF, ONUSIDA, OMS (2008). *Children and AIDS: second stocktaking report*. Nueva York, NY, UNICEF.

Asamblea General de las Naciones Unidas (2006). *Declaración política sobre VIH/SIDA*. N.° A/60/262, adoptada el 2 de junio de 2006.

OMS (2005). *Major causes of death worldwide among children under 5 years of age and neonates in the world, 2000–2003*. http://libdoc.who.int/publications/2005/9241562986_part4.pdf

Capítulo 2 | SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE VIH

Actuarial Society of South Africa (2005). *ASSA 2003 AIDS and demographic model*. Actuarial Society of South Africa, Ciudad del Cabo.

Adimora AA et al. (2003). Concurrent partnerships among rural African Americans with recently reported heterosexually transmitted HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 34(4):423-439.

Adimora AA et al. (2004). Concurrent sexual partnerships among African Americans in the rural south. *Annals of Epidemiology*, 14(3):155-160.

Allen CF et al. (2006). Sexually transmitted infection use and risk factors for HIV infection among female sex workers in Georgetown, Guyana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(1):96-101.

Anderson BA y Phillips HE (2006). *Adult mortality (age 15-64) based on death notification data in South Africa: 1997-2004*. Pretoria, Estadísticas de Sudáfrica (Informe n.° 03-09-05).

Anónimo. (2006). India in the spotlight (editorial). *Lancet*, 367:1876. 10 de junio.

Asamoah-Odei E, Garcia-Calleja JM, Boerma T (2004). HIV prevalence and trends in sub-Saharan: no decline and large subregional differences. *Lancet*, 364:35-40.

Balthasar H, Jeannin A y Dubois-Arber F. (2005). *VIH/SIDA: augmentation des expositions au risque d'infection par le VIH chez les homes ayant des rapports sexuels avec des hommes: premiers résultats de Gay Survey 04*. Bull BAG (Informe n.° 48:891-895).

Bautista CT et al. (2006). Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in South America. *Sexually Transmitted Infections*, 82(4):311-316.

Benotsch EG et al. (2004). Drug use and sexual risk behaviors among female Russian IDUs who exchange sex for money or drugs. *International Journal of STD and AIDS*, 15(5):343-347.

Boulos D et al. (2006). Estimates of HIV prevalence and incidence in Canada, 2005. *Canadian Communicable Disease Report*, 32:165–174.

Bradshaw D et al. (2004). Unabated rise in number of adult deaths in South Africa. *South African Medical Journal*, 94(4):278-279.

Brahmbhatt H et al. (2006). Mortality in HIV-infected and uninfected children of HIV-infected and uninfected mothers in rural Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 41(4):504-508.

Bravo-Garcia E, Magis-Rodriquez C y Saavedra J (2006). *New estimates in Mexico: more than 180.000 people living with HIV.* Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13-18 de agosto. Toronto, Ontario (Resumen CDC0411).

Brucková M et al. (2007). HIV/AIDS in the Czech Republic, 2006. *Eurosurveillance Weekly Release*, 12(4).

Carael M et al. (2004). Sexual networks and HIV in four African populations: the use of a standardised behavioural survey with biological markers. En: Morris M, ed. *Network Epidemiology: a handbook for network survey design and data collection.* Oxford, Oxford University Press.

Comisión Caribeña de Salud y Desarrollo (2005). *Report of the Caribbean Commission on Health and Development for the 26th Meeting of the CARICOM Heads of Government: Overview.* 3-6 de julio, Santa Lucía

Centro Caribeño de Epidemiología, OPS, OMS (2004). *Status and trends, analysis of the Caribbean HIV/AIDS epidemic, 1982–2002.* Trinidad y Tobago. Centro Caribeño de Epidemiología, OPS, OMS.

Cayemittes M et al. (2006). *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-IV: Haïti 2005–2006.* Juillet. Pétion ville et Calverton, Institut Haïtien de l'Enfance et ORC Macro.

Oficina Central de Estadística [de Kenya], Ministerio de Salud [de Kenya] y ORC Macro (2004). *Kenya Demographic and Health Survey 2003.* Calverton. Oficina Central de Estadística [de Kenya], Ministerio de Salud [de Kenya] y ORC Macro.

Oficina Central de Estadística [de Swazilandia], Macro International Inc. (2007). *Swaziland Demographic and Health Survey 2006 -2007: preliminary report.* Calverton (junio).

Centro de Evaluación y de Investigación Aplicada (CERA) y Family Health International (2006). *Résultats préliminaires.* Encuestas de Vigilancia y Comportamientos. Haití 2006, FHI BSS III.

Centro de Estudios Sociales y Demográficos et al. (2007). *Republica Dominicana Encuesta Demografica y de Salud 2007 Informe Preliminar.* Noviembre. Santo Domingo y Calverton.

Chandrasekaran P et al. (2006). Containing HIV/AIDS in India: the unfinished agenda. *Lancet Infectious Diseases*, 6(8):508-521.

Chen L et al. (2007). Sexual Risk Factors for HIV Infection in Early and Advanced HIV Epidemics in Sub-Saharan Africa: Systematic Overview of 68 Epidemiological Studies. *PLoS ONE*, 2(10):e1001.

Choi SYP, Cheung YW, Chen K (2006). Gender and HIV risk behaviour among intravenous drug users in Sichuan province, China. *Social Science and Medicine*, 62(7):1672-1684.

Coffee M, Lurie MN, Garnett GP (2007). Modelling the impact of migration on the HIV epidemic in South Africa. *AIDS*, 21(3):343-350.

Cohen J (2006). Up in smoke: epidemic changes course. *Science*, 313:487-488.

Comisión sobre Sida en Asia (2008). *Redefining AIDS in Asia: crafting an efffective response.* Nueva Delhi, Oxford University Press.

Consejo Nacional de Combate contra el VIH/SIDA de Mozambique (2006). *Relatório de actividades por 2005.* Maputo, Ministerio de Salud.

de Walque D (2007). Sero-discordant couples in five African countries: implications for prevention strategies. *Population and Development Review*, 33(3):501-523.

Departamento de Salud [de Sudáfrica] (2007). *National HIV and syphilis antenatal prevalence survey,* South Africa 2006. Pretoria. Departamento de Salud [de Sudáfrica].

Dodds JP et al. (2004). Increasing risk behaviour and high levels of undiagnosed HIV infection in a community sample of homosexual men. *Sexually Transmitted Infections,* 80:236–240.

Dorrington R et al. (2001). *The impact of HIV/AIDS on adult mortality in South Africa*. Consejo de Investigación Médica (septiembre) (http://www.mrc.ac.za/bod/, consultado el 8 de mayo 2008).

Dourado I et al. (2007). HIV-1 seroprevalence in the general population of Salvador, Bahia State, Northeast Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1):25-32.

Elrashied S (2006). *Prevalence, knowledge and related risky sexual behaviours of HIV/AIDS among receptive men who have sex with men (MSM) in Khartoum State, Sudan, 2005.* Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13-18 de agosto. Toronto, Ontario (Resumen TUPE0509).

EuroHIV (2006a). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2005.* Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire (No 73).

EuroHIV (2006b). *HIV/AIDS surveillance in Europe: mid-year report 2005.* Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire (No 72).

EuroHIV (2007a). HIV/AIDS surveillance in Europe: mid-year report 2007, No 76. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice (No 76) (http://www.eurohiv.org, consultado el 8 de mayo de 2008).

EuroHIV (2007b). HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006, No 75. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice (No 75) (http://www.eurohiv.org, consultado el 8 de mayo de 2008).

Ministerio Federal de Salud [de Nigeria] (2006). *The 2005 national HIV seroprevalence sentinel survey among pregnant women attending antenatal clinics in Nigeria: summary position paper.* Abuja (abril). Ministerio Federal de Salud [de Nigeria].

Fonseca ME et al. (2006). Os programas de reducao de danos ao uso de drogas no Brasil: caacterizacao preliminar de 45 programas. *Caderna de Saude Publica*, 2(4):761-770.

Gaillard EM et al. (2006). Understanding the reasons for decline of HIV prevalence in Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, Supplement 82(1):14-20. Abril.

Garnett GP and Johnson AM (1997). Coining a new term in epidemiology: concurrency and HIV. *AIDS*, 11(5):681-683.

Gebre Y et al. (2006). *Tracking the course of the HIV epidemic through second generation surveillance in Jamaica: Survey of female sex workers.* Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13-18 de agosto. Toronto, Ontario (Resumen CDC0313).

Girault P et al. (2004). HIV, STIs and sexual behaviors among men who have sex with men in Phnom Penh, Cambodia. *AIDS Education and Prevention*, 6(1):31-44.

Gomes do Espirito Santo ME y Etheredge GD (2005). Male clients of brothel prostitutes as a bridge for HIV infection between high risk and low risk groups of women in Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 81:342-344.

Gorbach PM et al. (2006). Changing behaviors and patterns among Cambodian sex workers: 1997–2003. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(2):242-247.

Gouws E et al. (2006). Short term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 3):iii5l–iii5.

Gouws E et al. (en imprenta). Comparison of adult HIV prevalence from national population-based surveys and antenatal clinic surveillance in countries with generalized epidemics: implications for calibrating surveillance data. *Sexually Transmitted Diseases*. Suplemento en imprenta.

Gregson S et al. (2007). Critique of early models of the demographic impact of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa based on contemporary empirical data from Zimbabwe. *Proceedings of the National Academy of Science*, Aug 30; 1776-1795.

Gupta A et al. (2006). Same-sex behavior and high rates of HIV among men attending sexually transmitted infection clinics in Pune, India, (1993–2002). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(4):483-490.

Hallett TB et al. (2006). Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe and urban Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):i1-i8.

Halperin DT, Epstein H (2007). Why is HIV prevalence so severe in Southern Africa? The role of multiple concurrent partnerships and lack of male circumcision: implications for AIDS prevention. *Southern African Journal of HIV Medicine*, March:19-25.

Hamers FF et al (2006). HIV/AIDS in Europe: trends in EU-wide priorities. *Eurosurveillance*, 11(47).

Hamouda O et al. (2007). Epidemiology of HIV infections in Germany. *Bundesgesundheitsblatt*, 50(4):399-411.

Hauri AM, Armstrong GL, Hutin YJF (2004). The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *International Journal of STD and AIDS*, 15:7-16.

Heaton L, Fowler T, Palamuleni M (2006). *The HIV/AIDS epidemic in Malawi – putting the epidemic in context.* Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13-18 de agosto. Toronto, Ontario (Resumen CDC0062).

Helleringer S, Kohler HP (2007). Sexual network structure and the spread of HIV in Africa: evidence from Likoma Island, Malawi. *AIDS*, 21(17):2323-2332.

Hesketh T et al. (2006). *Risk behaviours in injecting drug users in Yunnan province, China: lessons for policy.* Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13-18 de agosto. Toronto, Ontario (Resumen CDC0591).

Hosegood V et al. (2007). The effects of high HIV prevalence on orphanhood and living arrangements of children in Malawi, Tanzania, and South Africa. *Population Studies* (Cambridge), 61(3):327-336.

IDES et al. (2005). *HIV, HBV, HCV prevalence related to sexual behavior and drug use in 200 injecting drug users in Montevideo*, Uruguay. Ministerio de Salud, Montevideo.

Inciardi JA, Syvertsen JL y Surratt HL (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S9-S25.

Instituto de Investigación Médica (2007). "*It's in Every Corner Now": A nationwide study of HIV, AIDS and STIs.* Gorokoa, Instituto de Investigación Médica de Papua Nueva Guinea, Unidad de Investigaciones Operativas.

Kengeya-Kayondo JF et al. (1995). Human immunodeficiency virus (HIV-1) seropositivity among children in a rural population of south-west Uganda: probable routes of exposure. *Annals of Tropical Paediatrics*, 15:115–120.

Kerrigan D et al. (2006). Environmental-structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic. *American Journal of Public Health*, 96(1):120-125.

Kilani B et al. (2003). *Sero-epidemiology of HCV-HIV co-infection in Tunisia.* Conferencia de la Sociedad Internacional del Sida sobre Patogénesis y Tratamiento del VIH. 13-16 de julio. Antiviral Therapy, 8(Suppl. 1): S452-S453 (Resumen n.° 952) (http://www.aegis.org/conferences/IASHIVPT/2003/952.html, consultado el 8 de mayo de 2008).

Kintin FD et al. (2004). *Enquete de prevalence des IST/VIH et des comportements sexuels chez les travailleuses due sexe et leurs partenaires masculins a Ouagadougou, Burkina Faso.* Ouagadougou, Consejo Nacional de Lucha contra el Sida y las ITS, CIDA, CCSID (noviembre).

Kirungi WL et al. (2006). Trends in antenatal HIV prevalence in urban Uganda associated with uptake of preventive sexual behaviour. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):136-141.

Kiwanuka N et al. (2004). The incidence of HIV-1 associated with injections and transfusions in a prospective cohort, Rakai, Uganda. *AIDS*, 18(2):342-344.

Ladnaya NN (2007). The national HIV and AIDS epidemic and HIV surveillance in the Russian Federation. Presentación en la reunión "Mapping the AIDS Pandemic". 30 de junio. Moscú.

Lagarde E et al. (2001). Concurrent sexual partnerships and HIV prevalence in five urban communities of sub-Saharan Africa. *AIDS*, 15(7):877-884.

Lee RK et al. (2006). *Risk behaviours for HIV among men who have sex with men in Trinidad and Tobago.* Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13-18 de agosto. Toronto, Ontario (Resumen CDC0366).

Liu H et al. (2006). Drug users: Potentially important bridge population in the transmission of sexually transmitted diseases, including AIDS, in China. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(2):111-117.

Lu F et al. (2006). *HIV/AIDS epidemic in China: Increasing or decreasing?* Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13-18 de agosto. Toronto, Ontario (Resumen MOPE0462).

Lurie MN et al. (2003). Who infects whom? HIV-1 concordance and discordance among migrant and non-migrant couples in South Africa. *AIDS*, 17:2245-2252.

Magis C et al. (2006). *HIV prevalence and factors associated with the possession of condoms among male sex workers in two cities: Guadalajara and Mexico city, Mexico.* Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13-18 de agosto. Toronto, Ontario (Resumen CDC0336).

Maibani-Michie G y Yeka W (2005). *A Baseline Research for Poro Sapot Project: A Program for Prevention of HIV/AIDS among MSM in Port Moresby and FSW in Goroka and Port Moresby Papua New Guinea.* Papua Nueva Guinea (Informe de investigación de IMR/FHI al USAID).

Malamba SS et al. (1994). Risk factors for HIV-1 infection in adults in a rural Ugandan community: a case-control study. *AIDS*, 8(2):253-257.

Marston M et al. (2007). Estimating 'net' HIV-related mortality and the importance of background mortality rates. *AIDS*, November 21(Suppl. 6):S65-S71.

Martínez GP, Elea NA, Chiu AM (2006). Epidemiology of HIV infection and acquired immune deficiency disease syndrome in Chile. *Revista Chilena Infectología*, 23(4):321-329.

Mason E (2006). Positioning paediatric HIV in the child survival agenda. Presentación en la consulta UNICEF-OMS. 11-13 de enero, Nueva York, NY, UNICEF.

McFarland W, Mvere D, Katzenstein D (1997). Risk factors for prevalent and incident HIV infection in a cohort of volunteer blood donors in Harare, Zimbabwe: implications for blood safety. *AIDS,* 11(Suppl. 1):S97-S102.

Consejo de Investigaciones Médicas de Sudáfrica (2005). *South African national burden of disease study 2000.* Ciudad del Cabo (disponible en http://www.mrc.ac.za/bod/reports.htm, consultado el 8 de mayo de 2008).

Mejía A et al. (2006). *HIV seroprevalence and associated risk factors in men who have sex with men in the Villavicencio city,* Colombia, 2005. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. Toronto, Ontario (Resumen CDC0734).

Michelo C et al. (2006). Steep HIV prevalence declines among young people in selected Zambian communities: population-based observations (1995–2003). *BMC Public Health*, 10 de noviembre (http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/279, consultado el 8 de mayo de 2008).

Mimouni B, Remaoun N (2006). *Etude du Lien Potentiel entre l'Usage Problématique de Drogues et le VIH/SIDA en Algérie 2004–2005.* Argel, Ministerio de Educación.

Ministerio de Salud [de Marruecos] (2007). *Surveillance sentinelle du VIH: Resultats 2006 et tendances de la séroprévalence du VIH.* Janvier. Rabat.

Ministerio de Salud de Malí (2006). *Résumé des résultats de l'enquête ISBS 2006.* Bamakó.

Ministerio de Salud e Higiene Pública de Côte d'Ivoire, CDC/RETRO–CI/MEASURE Evaluation, (2007). *Enquête de surveillance sentinelle du VIH de 2005.* Abidjan.

Ministerio de Salud Pública y de la Población (2007). Etude de serosurveillance par methode sentinelle de la prevalence du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de l'hépatite C chez les femmes enceintes en Haïti, 2006/2007. Julio. Puerto Príncipe.

Ministerio de la Protección Social de Colombia y Grupo Temático del ONUSIDA (2006). *Infección por VIH y SIDA en Colombia. Estado del arte. 2000–2005.* Mayo. Bogotá, Ministerio de la Protección Social de Colombia y Grupo Temático del ONUSIDA.

Ministerio de Salud del Perú (2005). *Sentinel surveillance report.* Lima, Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud del Perú (2006). *Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú – Bases Epidemiológicas para la Prevención y el Control.* Lima (noviembre).

Ministerio de Salud [de Botswana] (2006). *2006 Botswana Second-Generation HIV/AIDS Surveillance Technical Report.* Gabarone.

Ministerio de Salud [de Camboya] (2006). *Report on HIV sentinel surveillance in Cambodia, 2003.* Phnom Penh (julio). Ministerio de Salud [de Camboya] (2006).

Ministerio de Salud [de China] (2006). *2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China*. Ministerio de Salud, ONUSIDA y OMS, Beijing.

Ministerio de Salud [de Egipto], USAID, Impact y FHI (2006). *HIV/AIDS Biological and Behavioral Surveillance Survey; Summary Report; Egypt 2006*. El Cairo, Programa Nacional del Sida.

Ministerio de Salud [de Guyana], 2005. *Behavioural surveillance survey, Round I: 2003/2004 – Executive Summary*. Georgetown. Ministerio de Salud [de Guyana].

Ministerio de Salud [de Indonesia] y Estadística de Indonesia (2007). *Risk behavior and HIV prevalence in Tanah Papua, 2006*. Yakarta. Ministerio de Salud [de Indonesia] y Estadística de Indonesia.

Ministerio de Salud [de Kazajstán] et al. (2005). Results of investigation of the real situation with drug abuse in Kazakhstan. Almaty (en ruso).

Ministerio de Salud [de Kenya] (2005). *AIDS in Kenya, 7th edition*. Nairobi, Programa Nacional de Control del Sida e ITS (NASCOP).

Ministerio de Salud [de Nueva Zelandia] (2007). *AIDS – New Zealand*. Febrero. Auckland (Número 59) (http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/aids-nz-issue59, consultado el 8 de mayo de 2008).

Ministerio de Salud [de Pakistán] (2006). *Integrated biological and behavioural surveillance: A pilot study in Karachi and Rawalpindi*, 2004–2005. Islamabad, Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud [de Siria], ONUDD, ONUSIDA (2007). *Assessment on Drug Use and HIV in Syria*. Damasco (Informe preliminar, julio). Ministerio de Salud [de Siria], ONUDD, ONUSIDA.

Ministerio de Salud [de Uganda] y ORC Macro (2006). *Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004/2005*. Kampala y Calverton (marzo). Ministerio de Salud [de Uganda] y ORC Macro.

Ministerio de Salud [de Ucrania] (2007). *HIV infection in Ukraine: Information bulletin no. 27*. Kyiv, Ucrania. Ministerio de Salud [de Ucrania].

Ministerio de Salud [de Ucrania] (2008). *Ukraine: National Report on Monitoring Progress Towards the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS (Reporting Period: January 2006 - December 2007)*. Kyiv, Ucrania. Ministerio de Salud [de Ucrania].

Ministerio de Salud [de Uzbekistán] (2007). *Strategic Programme of Response to HIV in the Republic of Uzbekistan for 2007–2011*. Tashkent. Ministerio de Salud [de Uzbekistán].

Ministerio de Salud [de Viet Nam] (2005). *HIV/AIDS estimates and projections 2005–2010*. Hanoi, Departamento General de Medicina Preventiva y Control del VIH/Sida, Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud [de Viet Nam] (2006). *Results from the HIV/STI integrated biological and behavioural surveillance (IBBS) in Viet Nam, 2005–2006*. Hanoi. Ministerio de Salud [de Viet Nam].

Ministerio de Salud [de Zambia] (2005). *Zambia Antenatal Clinic Sentinel Surveillance Report*, 1994-2004. Noviembre. Ministerio de Salud [de Zambia]. Lusaka. Ministerio de Salud [de Zambia].

Ministerio de Salud y Bienestar Infantil [de Zimbabwe] (2007). *2006 ANC preliminary report*. Harare. Ministerio de Salud y Bienestar Infantil [de Zimbabwe].

Ministerio de Salud y Educación Médica [de Irán] (2005). *AIDS/HIV Surveillance Report*. Septiembre. Teherán, Centro para el Control de Enfermedades.

Ministerio de Salud y Población [de Malawi] (2005). *HIV and syphilis* sero *survey and national HIV prevalence estimates report*. Lilongwe, Ministerio de Salud y Población de Malawi.

Ministerio de Salud y Seguridad Social [de Dominica] (2007). *HIV/AIDS epidemiology and information in Dominica*. Roseau. Ministerio de Salud y Seguridad Social [de Dominica].

Mishra V et al. (2007). HIV infection does not disproportionately affect the poorer in sub-Saharan Africa. *AIDS*, November 21(Suppl. 7):S17-S28.

Montano SM et al. (2005). Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in South America. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40(1):57–64.

Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F, Jeannin A (2006). Long-term HIV/AIDS-related prevention behaviours among men having sex with men: Switzerland 1992–2000. *AIDS Care*, 18:35-43.

Morris M, Kretzschmar M (1997). Concurrent partnerships and the spread of HIV. *AIDS*, 11(5):641-648.

Mulder DW et al. (1996). Post-natal incidence of HIV-I infection among children in a rural Ugandan population: no evidence for transmission other than mother to child. *Tropical Medicine and International Health*, 1:81–85.

Comisión Nacional del Sida [de Indonesia] (2006). *Country report on the follow up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) 2004–2005*. Yakarta. Comisión Nacional del Sida [de Indonesia].

Comisión Nacional del Sida [de Malawi] (2007). *Report of the Malawi Triangulation Project: Synthesis of data on trends in the national and local HIV epidemic and the reach and intensity of prevention efforts.* Lilongwe, Comisión Nacional del Sida, OMS, Universidad de California San Francisco, ONUSIDA, Centros Estadounidenses para el Control y la Prevención de Enfermedades (enero).

Consejo Nacional de Control del Sida [de Kenya] (2007). *National HIV prevalence in Kenya.* Nairobi (julio). Consejo Nacional de Control del Sida [de Kenya].

Secretaría del Consejo Nacional del Sida [de Papua Nueva Guinea] (2007). *The 2007 consensus report on the HIV epidemic in Papua New Guinea.* Port Moresby. Secretaría del Consejo Nacional del Sida [de Papua Nueva Guinea].

Secretaría del Consejo Nacional del Sida [de Papua Nueva Guinea] y Proyecto Nacional de Apoyo al VIH/Sida (2007). *HIV/AIDS Behavioural Surveillance Survey Within High Risk Settings Papua New Guinea: BSS Round 1, 2006.* Port Moresby. Secretaría del Consejo Nacional del Sida [de Papua Nueva Guinea] y Proyecto Nacional de Apoyo al VIH/Sida.

Programa Nacional del Sida [de Argentina] (2005). *Epidemiological surveillance report.* Buenos Aires (diciembre). Programa Nacional del Sida [de Argentina].

Programa Nacional del Sida [de Paraguay] (2006). *HIV/STI sentinel prevalence and behavioral study on clients of female sex workers and injecting drug users.* Programa Nacional del Sida Paraguay, PRONASIDA (2007). Asunción.

Centro Nacional del VIH/Sida, Dermatología e ITS de Camboya (2004). *HIV Sentinel Surveillance (HSS) 2003: trends results, and estimates.* Phnom Penh. Centro Nacional del VIH/Sida, Dermatología e ITS de Camboya.

Centro Nacional del VIH/Sida, Dermatología e ITS de Camboya (2007). *HIV sentinel surveillance (HSS) 2006/2007: results, trends and estimates.* Phnom Penh. Centro Nacional del VIH/Sida, Dermatología e ITS de Camboya.

Centro Nacional Australiano de Epidemiología e Investigación Clínica del VIH (2007a). *Australian HIV Surveillance Report*, 23(1) Enero.

Centro Nacional Australiano de Epidemiología e Investigación Clínica del VIH (2007b). *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia Annual Surveillance Report 2007*. Sydney, NSW, Centro Nacional Australiano de Epidemiología e Investigación Clínica del VIH, Universidad de New South Wales. Canberra, ACT, Instituto Australiano de Salud y Bienestar.

Consejo Nacional de Población y Desarrollo, Oficina Central de Estadística, Macro Internacional Inc. (1999). *Kenya Demographic and Health Survey 1998*. Calverton, MD. Consejo Nacional de Población y Desarrollo, Oficina Central de Estadística, Macro Internacional Inc.

Instituto Nacional de Salud y Bienestar Familiar, Organización Nacional de Control del Sida (2007). *Annual HIV Sentinel Surveillance Country Report 2006.* Nueva Delhi. Instituto Nacional de Salud y Bienestar Familiar, Organización Nacional de Control del Sida.

Ndetei D (2004). *Study on the assessment of the linkages between drug abuse, injecting drug abuse and HIV/AIDS in Kenya: a rapid situation assessment 2004.* Nairobi, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

Newell ML et al. (2004). Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet*, 364(9441):1236-1243.

Nguyen TA et al. (en imprenta). Prevalence and risk factors associated with HIV infection among men having sex with men in Ho Chi Minh City, Vietnam. *AIDS and Behavior,* en imprenta (27 de junio).

Notkola V, Timaeus IM, Siiskonen H (2004). Impact on mortality of the AIDS epidemics in northern Namibia assessed using parish registers. *AIDS*, 18:1061-1065.

Obermeyer CM (2006). HIV in the Middle East. *British Medical Journal*, 333:851-854.

Odek-Ogunde M (2004). *World Health Organization phase II drug injecting study: behavioural and seroprevalence (HIV, HBV, HCV) survey among injecting drug users in Nairobi.* OMS, Nairobi.

Okie S (2006). Fighting HIV—lessons from Brazil. *New England Journal of Medicine,* 354(19):1977-1981.

Over M et al. (2007). The economics of effective AIDS treatment in Thailand. *AIDS*, 21(Suppl. 4):S105-S116.

Organización Panamericana de la Salud (2007) *AIDS in the Americas: The evolving epidemic, response and challenges ahead.* Washington, DC. Organización Panamericana de la Salud.

Pando MA et al. (2006). Epidemiology of human immunodeficiency virus, viral hepatitis (B and C), *Treponema pallidum*, and human T-cell lymphotropic I/II virus among men who have sex with men in Buenos Aires, Argentina. Sexually Transmitted Diseases, 33(5):307-313.

Instituto Científico y de Investigación Epidemiológica Pasteur (2005). *Epidemiological surveillance and monitoring of HIV in risk behaviour groups in Volgogradskaya Oblast.* San Petersburgo. Instituto Científico y de Investigación Epidemiológica Pasteur.

Pisani E et al. (2004). HIV, syphilis infection, and sexual practices among transgenders, male sex workers, and other men who have sex with men in Jakarta, Indonesia. *Sexually Transmitted Infections,* 80(6):536-540.

División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas (2008). *World Population Prospects: The 2006 Revision and World Urbanization Prospects: The 2005 Revision* (http://esa.un.org/unpp, consultado el 10 de marzo de 2008).

Servicios Internacionales de Población (2007). *Assessment of key health behaviors, their determinants and exposure to preventive interventions among street-based sex workers in Samara and Saratov,* Russian Federation. Moscú, Servicios Internacionales de Población.

Prestage G, et al. (2006). *Trends in unprotected anal intercourse among Sydney gay men.* Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13-18 de agosto. Toronto, Ontario (Resumen WEPE0721).

Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/Sida (2006). *Actualización de la situación nacional hasta el 31 de Dic 2006.* Diciembre. Dirección Nacional de Epidemiología, MINSAP. La Habana.

Organismo Canadiense de Salud Pública (2006). *HIV and AIDS in Canada: surveillance report to June 30, 2006.* Ottawa (http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/index.html#surveillance, consultado el 8 de mayo de 2008).

Organismo Canadiense de Salud Pública (2007). *HIV and AIDS in Canada. Selected surveillance tables to June 30, 2007.* Ottawa, División de Vigilancia y Evaluación de Riesgos, Centro para la Prevención y el Control de Enfermedades Infecciosas, Organismo Canadiense de Salud Pública (http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/index.html#surveillance, consultado el 8 de mayo de 2008).

Ramesh B et al. (2006). *Sex work typology and risk for HIV in female sex workers: findings from an integrated biological and behavioural assessment in the southern Indian state of Karnataka.* Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13-18 de agosto. Toronto, Ontario (Resumen WEAC0305).

Reid G, Kamarulzaman A, Sran SK (2007). Malaysia and harm reduction: the challenges and responses. *International Journal of Drug Policy*, 18(2):136-140.

Rhodes T et al. (2004). HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation. *International Journal of Drug Policy*, 15(1):1-16.

Instituto Robert Koch (2007). *Epidemiologisches Bulletin.* Berlín (5 de octubre).

Rosinska M (2006). Current trends in HIV/AIDS epidemiology in Poland, 1999–2004. *Eurosurveillance,* 11(4-6):94-97.

Rossi D et al. (2006). The HIV/AIDS epidemic and changes in injecting drug use in Buenos Aires, Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(4):741-750.

Sánchez JL et al. (2007). HIV-1, sexually transmitted infections, and sexual behavior trends among men who have sex with men in Lima, Peru. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 44(5):578-585.

Sánchez JL et al. (2006). High HIV prevalence and risk factors among injection drug users in Tashkent, Uzbekistan, 2003–2004. D*rug and Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1):S15–S22.

Sanders EJ et al. (2007). HIV-1 infection in high risk men who have sex with men in Mombassa, Kenya. *AIDS*, 21:2513-2520.

Sandoy IF et al. (2007). Associations between sexual behaviour change in young people and decline in HIV prevalence in Zambia. *BMC Public Health*, 23 de abril (http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-60.pdf, consultado el 8 de mayo de 2008).

Scherbinska A (2006). *HIV infection in Ukraine: a review of epidemiological data.* Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13-18 de agosto. Toronto, Ontario (Resumen CDC0398).

Schmid GP et al. (2004). Transmission of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa and effect of elimination of unsafe injections. *Lancet*, 363:482-488

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana (2005). *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/ SIDA/ ITS en RSX y HSH del Área V de Salud.* Enero. Santo Domingo.

Secretaría de Salud de Honduras et al. (2007a). *Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables: Trabajadoras Sexuales.* Agosto. Tegucigalpa.

Secretaría de Salud de Honduras et al. (2007b). *Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables: Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).* Julio. Tegucigalpa.

Silva ACM, Barone AA (2006). Risk factors for HIV infection among patients infected with hepatitis C virus. *Revista de Saúde Pública*, 40(3):482-488.

Silverman JG et al. (2006). HIV prevalence and predictors among rescued sex-trafficked women and girls in Mumbai, India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 43(5):588–93.

Silverman JG et al. (2007). HIV prevalence and predictors of infection in sex-trafficked Nepalese girls and women. *Journal of the American Medical Association*, 298(5):536-342.

Smolskaya TT (2006). *Studying HIV prevalence and risks among men having sex with men in Moscow and Saint Petersburg.* San Petersburgo, Instituto Científico y de Investigación Epidemiológica Pasteur de San Petersburgo, Organización Mundial de la Salud.

Smolskaya TT et al. (2004). Sentinel HIV surveillance among risk groups in Azerbaijan, Moldova and Russian Federation. Oficina Regional de la OMS para Europa.

Soto RJ et al. (2007). Sentinel surveillance of sexually transmitted infection/HIV and risk behaviours in vulnerable populations in five Central American countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 46(1):101-111.

Estadística de Indonesia y Ministerio de Salud [de Indonesia] (2006). Situation of risk behaviour for HIV in Indonesia. Results of BSS 2004–2005. Yakarta. Estadística de Indonesia y Ministerio de Salud.

Estadística de Sudáfrica (2005). *Mortality and causes of death in South Africa, 1997 and -2003:* Findings from death notification. Pretoria (http://www.statssa.gov.za/publications/P03093/P03093.pdf, consultado el 8 de mayo de 2008).

Estadística de Sudáfrica (2006). *Mortality and causes of death in South Africa, 2003 and 2004*: Findings from death notification. Pretoria, Estadística de Sudáfrica.

Estadística de Sudáfrica (2007). *Mid-year population estimates 2007*. Pretoria, Estadística de Sudáfrica (julio, publicación estadística P0302).

Stover J et al. (2006). Projecting the demographic impact of AIDS and the number of people in need of treatment: updates to the Spectrum projection package. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 3): 45-50 June.

Stover J et al. (en imprenta). The Spectrum projection package: improvements in estimating mortality, ART needs, PMTCT impact and uncertainty bounds. *Sexually Transmitted Infections*. Suplemento en imprenta.

Sulliman FT, Ameerberg SAG, Dhannoo MI (2004). *Report of the rapid situation assessment and responses on drug use in Mauritius and Rodrigues.* Mauricio, Ministerio de Salud.

Taha TE et al. (2000). Association of HIV-1 load and CD4 lymphocyte count with mortality among untreated African children over one year of age. *AIDS*, 14(4):453-459 March.

Todd CS et al. (2007). HIV, Hepatitis C, and Hepatitis B infections and associated risk behavior in injection drug users in Kabul, Afghanistan. *Emerging Infectious Diseases*, 13(9):1327--1331.

Toro-Alfonso J y Varas-Díaz N (2008). *Identificación y descripción de conocimiento, actitudes, creencias y comportamientos de riesgo para la transmisión del VIH en población de homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres en la República Dominicana.* USAID y Proyecto Conecta. Santo Domingo.

Tuang NA et al. (2007). Human immunodeficiency virus (HIV) infection patterns and risk behaviours in different population groups and provinces in Viet Nam. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(1):35-41.

Ofina de Estadísticas de Uganda y Macro International Inc. (2007). *Uganda Demographic and Health Survey 2006*. Calverton, MD. Oficina de Estadísticas de Uganda, Macro International Inc.

Grupo de Colaboración del Reino Unido de Vigilancia del VIH y las ITS (2007). *Testing Times: HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom: 2007*. Londres, Organismo de Protección de la Salud, Centro de Infecciones.

ONUSIDA (2005). *Evidence for HIV decline in Zimbabwe: a comprehensive review of the epidemiological data*. Ginebra (noviembre). ONUSIDA.

ONUSIDA (2006). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*. Ginebra, ONUSIDA.

Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones (2002). *Improving estimates and projections of HIV/AIDS* (http://www.epidem.org/Publications/Madrid%20report.pdf, consultado el 24 de abril de 2008).

Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones (2006). *Improving parameter estimation, projection methods, uncertainty estimation, and epidemic classification* (http://www.epidem.org/Publications/Prague2006report.pdf, consultado el 24 de abril de 2008).

ONUDD (2005). *Afghanistan drug use survey 2005*. Kabul. ONUDD.

Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (2007). *HIV/AIDS surveillance report: Cases of HIV infection and AIDS in the United States and Dependent Areas, 2005*. Atlanta, Georgia, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (revisado en junio de 2007, Vol. 17).

Van Griensven F et al. (2006). HIV prevalence among populations of men who have sex with men – Thailand, 2003 and 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55:844–848.

Wade AS et al. (2005). HIV infection and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Senegal. *AIDS*, 19(18):2133–2140.

Wawer MJ et al. (1994). Incidence of HIV-1 infection in a rural region of Uganda. *British Medical Journal*, 308(6922):171-173.

Wawer MJ et al. (2005). Rates of HIV-1 transmission per coital act by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda. *Journal of Infectious Diseases*, 191:1403-1409.

OMS (2006). *The World Health Report 2006 – working together for health*. Ginebra (http://www.who.int/whr/2006/en/, consultado el 8 de mayo de 2008). OMS.

OMS (2007). *HIV/AIDS in the South-East Asia region*. Nueva Delhi, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental (marzo) (http://www.searo.who.int/hiv-aids, consultado el 8 de mayo de 2008).

Zamani S et al. (2005). Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran. *AIDS*, 19:709-716.

Zamani S et al. (2006). High prevalence of HIV infection associated with incarceration among community-based injecting drug users in Tehran, Iran. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(3):342-346.

Zulu KP, Bulawo ND, Zulu W (2006). *Understanding HIV risk behaviour among men who have sex with men in Zambia.* Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13-18 de agosto. Toronto, Ontario (Resumen WEPE0719).

Capítulo 3 | ABORDAR LAS CAUSAS SOCIALES DEL RIESGO Y LA VULNERABILIDAD AL VIH

Barker G, Ricardo C, Nascimento M (2007). *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Bärnighausen T et al. (2007). The socioeconomic determinants of HIV incidence: evidence from a longitudinal, population-based study in rural South Africa. AIDS, 21(Suppl. 7):S29–S38.

Blumenthal SJ (2008). *Women, HIV/AIDS and stigma: results from a national survey.* (http://www.amfar.org/binary-data/AMFAR_PDF/pdf/000/000/181-1.pdf, consultado el 10 de abril de 2008).

Bott S, Morrison A, Ellsberg M (2005). *Preventing and responding to gender-based violence in middle and low-income countries: a global review and analysis.* Washington DC, Banco Mundial (World Bank Policy Research Working Paper, N.º 3618).

Burns B, Mingat A, Rakotomalala R (2003). *Achieving universal primary education by 2015: a chance for every child.* Washington DC, Banco Mundial.

Burris S, et al (2007). *Do Criminal Laws Influence HIV Risk Behavior? An Empirical Trial.* Temple University Legal Studies Research Paper No. 2007-03. Filadelfia. Arizona State Law Journal.

Red Jurídica Canadiense sobre el VIH/Sida, Open Society Institute, Alianza Internacional contra el VIH/Sida (2008). *"Nothing about us without us": Greater, meaningful involvement of people who use illegal drugs: A public health, ethical and human rights imperative.* Red Jurídica Canadiense sobre el VIH/Sida, Open Society Institute, Alianza Internacional contra el VIH/Sida, Toronto.

Carpano C, Izumi K, Mathieson K (2007). *Gender, property rights and livelihoods in the era of AIDS.* Consulta Técnica de la FAO, Roma. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. 28–30 de noviembre.

CEDPA (2001). *Adolescent girls in India choose a better future: an impact assessment.* Washington DC, Centro de Actividades para la Población y el Desarrollo.

Chan J (2006). Criminal law and HIV transmission or exposure: 10 new cases. *HIV/AIDS Policy and Law Review, 11:45–47.*

Chen S, Ravallion M (2004). *How Have the World's Poorest Fared Since the Early 1980s?* Policy Research Working Paper No. WPS 3341. Washington DC, Banco Mundial.

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2007b). *Achieving health equity: from root causes to fair outcomes: interim statement.* Ginebra, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

Deininger K (2003). Does cost of schooling affect enrollment by the poor? Universal primary education in Uganda. *Economics of Education Review,* 22(3):291–305.

Duvvury N, Knoess J (2005). *Gender based violence and HIV/AIDS in Cambodia: links, opportunities and potential responses.* Eschborn, Deutsche Gesellschaft fur Technische Zusammenarbeit.

Ford K et al. (2004). Voluntary HIV testing, disclosure, and stigma among injection drug users in Bali, Indonesia. *AIDS Education and Prevention,* 16(6):487–498.

Funders for Lesbian and Gay Issues (2007). *Lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex grantmaking in the global South and East.* Nueva York, Funders for Lesbian and Gay Issues.

Gable L et al. (2007). *Legal aspects of HIV/AIDS: a guide for law and policy reform.* Washington DC, Banco Mundial.

García-Moreno C et al (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Gillespie S, Kadiyala S, Greener R (2007). Is poverty or wealth driving HIV transmission? AIDS, 21(Suppl. 7):S5–S16.

Coalición Mundial sobre la Mujer y el Sida (2006a). *Keeping the promise: an agenda for action on women and AIDS.* Ginebra, ONUSIDA.

Coalición Mundial sobre la Mujer y el Sida (2006b). Economic security for women, fight AIDS. Ginebra, ONUSIDA (Issue Brief 3).

GNP+, THT (2005). *Criminalisation of HIV transmission in Europe: a rapid scan of the laws and rates of prosecution for HIV transmission within signatory States of the European Convention of Human Rights.* Red Mundial de Personas que Viven con el VIH/Sida y Terrence Higgins Trust (http://www.gnpplus.net/criminalisation/rapidscan.pdf, consultado el 25 de abril de 2008).

Gupta, GR (2005). *Luncheon remarks on women and AIDS.* InterAction Forum. Washington DC, InterAction.

Hallman K (2004). *Socioeconomic disadvantage and unsafe sexual behaviours among young women and men in South Africa.* Nueva York, Consejo de Población (Policy Research Division Working Paper, N.º 190).

Hallman K (2005). Gendered socioeconomic conditions and HIV risk behaviors among young people in South Africa. *African Journal of AIDS Research,* 4(1):37–50.

Hargreaves JR, Boler T (2006). *Girl power: girls' education, sexual behaviour and AIDS in Africa.* Johannesburgo, ActionAid International.

Hargreaves JR et al. (2008). Systematic review exploring time trends in the association between educational attainment and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa. *AIDS,* 22:403-414.

Heywood MJ (2002). *Litigating AIDS: background, strategies and outcomes of the Treatment Action Campaign's (TAC) case to prevent mother to child HIV transmission in South Africa.* Decimocuarta Conferencia Internacional sobre el Sida, 7–12 de julio, Ginebra, Sociedad Internacional del Sida.

Human Rights Watch (2006). *Rhetoric and risk: human rights abuses impeding Ukraine's fight against HIV/AIDS.* Nueva York, Human Rights Watch.

Human Rights Watch (2007). *Hidden in the mealie meal: gender-based abuses and women's HIV treatment in Zambia.* Nueva York, Human Rights Watch.

Instituto de Medicina (2008). *Violence Prevention in Low- and Middle-Income Countries: Finding a Place on the Global Agenda.* Workshop Summary. National Academies Press, Washington DC.

CIIM (2006a). *HIV/AIDS stigma: finding solutions to strengthen HIV/AIDS programs. August.* Washington DC, Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer.

CIIM (2006b). *Information bulletin: reducing women's and girls' vulnerability to HIV/AIDS by strengthening their property and inheritance rights.* Mayo. Washington DC, Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer.

CIIM e Instituto Promundo (2007). *Engaging men and boys to achieve gender equality: how can we build on what we have learned?* Washington DC, Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer.

FIPF et al (2008a). *The people living with HIV stigma index: user guide.* Londres, Federación Internacional de Planificación de la Familia.

FIPF et al (2008b). *The people living with HIV stigma index: questionnaire.* Londres, Federación Internacional de Planificación de la Familia.

Jenkins C, Sarkar S (2007). *Interventions for HIV prevention and support for vulnerable populations: focus on Asia and the Pacific.* Bangkok, Alternate Visions.

Jewkes R et al (2007). *Evaluation of Stepping Stones: a gender transformative HIV prevention intervention.* Pretoria, Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica.

Jones P (2005). "A Test of Governance": rights-based struggles and the politics of HIV/AIDS policy in South Africa. *Political Geography,* 24(4):419–447.

Kaai S et al (2007). *Changes in stigma among a cohort of people on antiretroviral therapy: findings from Mombasa, Kenya.* Nairobi, Consejo de Población (Resumen de la investigación de Horizons).

Kruger V (2003). *MAP evaluation report.* Johannesburgo, EngenderHealth.

Liu H et al. (2006). Understanding interrelationships among HIV-related stigma, concern about HIV infection, and intent to disclose HIV serostatus: a pretest-posttest study in a rural area of eastern China. *AIDS Patient Care and STDs,* 20(2):133–142.

Lopman B et al. (2007). HIV incidence and poverty in Manicaland, Zimbabwe: is HIV becoming a disease of the poor? *AIDS,* 21(Suppl. 7):S57–S66.

Ma W et al. (2007). Acceptance of and barriers to voluntary HIV counselling and testing among adults in Guizhou province, China. *AIDS,* 21(Suppl. 8):S129–135.

Mahendra VS et al (2006). *Reducing AIDS-related stigma and discrimination in Indian hospitals.* Nueva Delhi, Consejo de Población (Informe final de Horizons).

Mahendra VS et al. (2007). Understanding and measuring HIV related stigma in healthcare settings: a developing country perspective. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS,* 4(2): 616-625.

Mann J y Tarantola D eds (1996). *AIDS in the world II: global dimensions, social roots and response.* Nueva York, Oxford University Press.

Marmot MG (2006). Status syndrome: a challenge to medicine. *Journal of the American Medical Association,* 295:1304–1307.

McCrummen S (2007). Prevalence of rape in E. Congo described as worst in world. *Washington Post,* 9 de septiembre.

Medley A et al. (2004). Rates, barriers and outcomes of HIV sero-disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bulletin of the World Health Organization,* 82(4):299–307.

Mercy JA et al. (2008) Preventing Violence in Developing Countries: A Framework for Action, in Institute of Medicine, *Violence Prevention in Low- and Middle-Income Countries: Finding a Place on the Global Agenda, Workshop Summary.* National Academies Press, Washington DC.

Merson MH e al. (en imprenta). The History and Challenge of HIV Prevention. *Lancet.*

Mills EA (2006). From the physical self to the social body: expressions and effects of HIV-related stigma in South Africa. *Journal of Community & Applied Social Psychology,* 16:498–503.

Mishra V et al. (2007). HIV infection does not disproportionately affect the poorer in sub-Saharan Africa. *AIDS,* 21(Suppl.7):S17–S28.

Nyblade L et al. (2003). *Disentangling HIV and AIDS stigma in Ethiopia,* Tanzania and Zambia. Washington DC, Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer.

Oanh KTH et al. (2008). *Improving hospital-based quality of care in Vietnam by reducing HIV-related stigma and discrimination.* Nueva York, Consejo de Población.

Open Society Institute (2006a). *Fostering enabling legal and policy environments to protect the health and human rights of sex workers.* Informe de una reunión copatrocinada por el Proyecto Salud Sexual y Derechos y la Iniciativa de Ley y Salud. Johannesburgo, Sudáfrica. 22–24 de junio de 2006. Nueva York, Open Society Institute.

Open Society Institute (2006b). *Sex worker health and rights: where is the funding? Sexual health and rights project.* Nueva York, Open Society Institute.

Ottosson D (2007). *State-sponsored homophobia: a world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults.* Bruselas, Asociación Internacional de Lesbianas y Gays.

Pardasani MP (2005). HIV Prevention and sex workers: an international lesson in empowerment. *International Journal of Social Welfare,* 14:116–126.

Peacock D, Levack A (2004). The men as partners program in South Africa: reaching men to end gender-based violence and promote sexual and reproductive health. *International Journal of Men's Health*, Fall: 173-188.

Pearhouse R (2007). Legislation contagion: the spread of problematic new HIV laws in Western Africa. *HIV/AIDS Policy and Law Review*, 12:1–11.

Physicians for Human Rights (2007). *Epidemic of Inequality: Women's Rights and HIV/AIDS in Botswana & Swaziland.* Physicians for Human Rights, Cambridge (EE. UU.).

Piot P, Greener R, Russell S (2007). Squaring the Circle: AIDS, poverty, and human development. *PLoSMedicine*, 4(10):e314.

Consejo de Población (2006). *Reducing stigma and discrimination in hospitals: positive findings from India.* Washington DC, Consejo de Población.

Oficina de Referencia de Población (2007). *World population data sheet.* (http://www.prb.org/Datafinder.aspx, consultado el 28 de marzo de 2008).

Pronyk J et al. (2006). Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial. *The Lancet*, 368:1973–1983.

Pulerwitz J et al. (2006). *Promoting more gender-equitable norms and behaviours among young men as an HIV/AIDS prevention strategy.* Washington DC, Consejo de Población (Informe final de Horizons).

Pulerwitz J, Barker G (2008). Measuring attitudes toward gender norms among young men in Brazil. *Men and Masculinities*, 10:322–338.

Raise Initiative (Reproductive Health Access, Information and Services in Emergencies) (2007). *Fact sheet: gender based violence* (http://www.raiseinitiative.org/library/pdf/fs_gbv.pdf, consultado el 8 de mayo de 2008).

Reis C et al. (2005). Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria. *PLoS Medicine*, 2(8): e246 (doi:10.1371/journal.pmed.0020246).

Shilts R (1987). *And the band played on: people, politics and the AIDS epidemic.* Nueva York, St. Martin's Press.

Strickland R (2004). *To have and to hold: women's property and inheritance rights in the context of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa.* Washington DC, Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (ICRW Working Paper).

ONUSIDA (2002). *Criminal law, public health and HIV transmission: a policy options paper.* Ginebra, ONUSIDA (Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA).

ONUSIDA (2003). *Fact sheet on stigma and discrimination.* Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA (2007a). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH, hacia el acceso universal.* Marzo. Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA (2007b). Presentación de directrices de política para abordar las cuestiones de género en la XX reunión de la Junta Coordinadora del Programa del ONUSIDA. 25–27 de junio de 2007. Ginebra. (http://data.unaids.org/pub/Presentation/2007/policy_guidance_address_gender_issues_item4_2_en.pdf, consultado el 8 de mayor de 2008).

ONUSIDA (2007c). *Report of the UNAIDS technical consultation on social change communication.* 2-3 de agosto de 2007. Ginebra.

ONUSIDA (2007d). *Situación de la epidemia de sida 2007.* Diciembre. Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA (2008). *Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programmes, A resource for national stakeholders in the HIV response.* Ginebra.

ONUSIDA et al. (2008). *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

UNESCO (2007) *Education for All for 2015: Will We Make It?* UNESCO, París.

UNICEF (2005). *Progress for children: a report card on gender parity and primary education (No.2).*UNICEF.

PNUD (2007). *Human development report 2007/2008.* Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Oficina de las Naciones Unidas de Coordinación de Asuntos Humanitarios (2005) *Broken bodies, broken dreams: violence against women exposed.* Nueva York, Oficina de las Naciones Unidas de Coordinación de Asuntos Humanitarios.

Verma R et al (2006). *Challenging and Changing Gender Attitudes among Young Men in Mumbai, India.* Reproductive Health Matters 2006;14(28):135–143

Weiser S et al. (2007). Food insufficiency is associated with high-risk sexual behavior among women in Botswana and Swaziland. *PLoS Medicine,* 4(10): e260.

Welbourn A (1995). *Stepping Stones: A training package on HIV/AIDS, gender issues, communication and relationship skills.* Strategies for Hope Trust, Oxford, Reino Unido.

White RC, Carr R (2005). Homosexuality and HIV/AIDS stigma in Jamaica. *Culture, Health & Sexuality,* 7(4):347–359.

OMS (2007). *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Wolfe W et al. (2006). Effects of HIV-related stigma among an early sample of patients receiving antiretroviral therapy in Botswana. *AIDS Care,* 18(8):931–933.

World Vision (2008). Protecting women from HIV/AIDS via microenterprise development (MED). (http://www.worldvision.org/worldvision/appeals.nsf/stable/im_MED_Prod_Desc_v7, consultado el 26 de marzo de 2008).

Capítulo 4 | PREVENIR NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH

Aceijas C et al. (2004). Global coverage of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS*, 18:1295-2203.

Akhmedov K et al. (2007). *Introduction of youth friendly services for most at risk adolescents in Uzbekistan: an emergency response to the fastest growing HIV epidemic in Central Asia.* Reunión de Ejecutores 2007: Scaling Up Through Partnerships. 16-19 de junio. Kigali, Rwanda.

Allen S et al. (2003). Sexual behavior of HIV discordant couples after HIV counseling and testing. *AIDS*, 17:733-740.

Auerbach JD, Hayes RJ, Kandathil SM. Overview of effective and promising interventions to prevent HIV infection. En: Ross DA, Dick B, Ferguson J, eds. (2006). *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of evidence from developing countries.* Equipo de Trabajo Interinstitucional del ONUSIDA sobre los Jóvenes. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Auvert B et al. (2005). Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. *PLoS Medicine*, 2:e298.

Bailey RC et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet*, 369:643-656.

Basu I et al. (2004). HIV prevention among sex workers in India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes,* 36:845-852.

Bearinger LH et al. (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention and potential. *Lancet*, 369:1220-1231.

Becquet R et al. (2005). Infant Feeding Practices before Implementing Alternatives to Prolonged Breastfeeding to Reduce HIV Transmission Through Breastmilk in Abidjan, Côte d'Ivoire. *J Trop Pediatr* 51:351-355.

Biddlecom AE et al. (2007). *Protecting the next generation in sub-Saharan Africa: learning from adolescents to prevent HIV and unintended pregnancy.* Nueva York, Guttmacher Institute.

Buchbinder SP et al. (2005). Sexual risk, nitrite inhalant use, and lack of circumcision associated with HIV seroconversion in men who have sex with men in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes,* 39:82–89.

CADRE (2007). *Concurrent sexual partnerships amongst young adults in South Africa: challenges for HIV prevention communication*. Johannesburgo, Centro para el Desarrollo, la Investigación y la Evaluación sobre Sida."

Cassels S, Clark SJ, Morris M (2008). Mathematical models for HIV transmission dynamics: tools for social and behavioral science research. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 47:S34–S39.

Castilla J et al. (2005). Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40:96–101.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2005). HIV prevalence, unrecognized HIV infection, and HIV testing among men who have sex with men – five U.S. Cities, June 2004-April 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54:597–601.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2006a). Youth risk behaviour surveillance – United States, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(SS-5):1–108.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2006b). HIV prevalence among populations of men who have sex with men – Thailand, 2003 and 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55:844–848.

CADRE (2007). *Concurrent sexual partnerships amongst young adults in South Africa: challenges for HIV prevention communication*. Johannesburgo, Centro para el Desarrollo, la Investigación y la Evaluación sobre Sida.

Chinaglia M et al. (2007). *Reaching truckers in Brazil with non-stigmatizing and effective HIV/STI services.* Washington DC, Consejo de Población.

Iniciativa Global Clinton (2007). *Latest news for AIDS prevention education with migrant construction workers.* (http://commitments.clintonglobalinitiative.org/projects.htm?mode=progressreport&rid=43084&op=ViewArticle&articleId=227&blogId=232, consultado el 23 de marzo de 2008).

Coates TJ et al. (2008). Behavioural science contributions to HIV prevention: insights from the past and directions for the future, Lancet *en imprenta*.

Crepaz N et al. (2006). Do prevention interventions reduce HIV risk behaviours among people living with HIV? A meta-analytic review of controlled trials. *AIDS*, 20:143-157.

Darabi L et al. (2008). *Protecting the next generation in Uganda: new evidence on adolescent sexual and reproductive health needs.* Nueva York, Guttmacher Institute.

De Cock K et al. (2000). Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *Journal of the American Medical Association*, 283:1175–1182.

de Walque D (2007). Sero-discordant couples in five African countries: implications for prevention strategies. *Population and Development Review*, 33:501–523.

Doherty T et al. (2007). Effectiveness of the WHO/UNICEF guidelines on infant feeding for HIV-positive women: results from a prospective cohort study in South Africa. *AIDS* 21:1791-1797.

Dolan K et al. (2007). HIV in prisons in low- and middle-income countries. *Lancet Infectious Diseases*, 7:32–41.

Donegan E et al. (1994). Transfusion transmission of retroviruses: human T-lymphotropic viruses types 1 and 2 compared with human immunodeficiency virus type 1. *Transfusion*, 34:478–483.

Donnelly J (2007). Saving the babies: a victory for Africa. *Boston Globe*, 27 de agosto.

Dupas P (2006). *Relative risk and the market for sex: teenagers, sugar daddies and HIV in Kenya.* (http://ipc.umich.edu/edts/pdfs/DupasRelativeRisks.pdf, consultado el 3 de enero de 2008).

Emmanuel F, Archibald C, Altaf F (2006). *What drives the HIV epidemic among injecting drug users in Pakistan: a risk factor analysis.* Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto. (Resumen n.° MOPE0524).

EuroHIV (2007). *HIV/AIDS surveillance in Europe, end-year report, 2006, No. 76.* Sant-Maurice, Institute de Veille Sanitaire (http://www.eurohiv.org, consultado el 8 de mayo de 2008).

Fiellin DA, Green TC, Heimer R (2007). *Combating the twin epidemics of HIV/AIDS and addiction: opportunities for progress and gaps in scale. A report of the CSIS Task Force on HIV/AIDS.* Washington, Center for Strategic and International Studies.

Comisión Mundial sobre Migraciones Internacionales (2005). *Migration in an interconnected world: new directions for action.* Ginebra, Comisión Mundial sobre Migraciones Internacionales.

Grupo Mundial de Trabajo sobre Prevención del VIH (2004). *HIV prevention in the era of expanded treatment access.* Nueva York, Fundación Bill y Melinda Gates, Fundación de la Familia Henry J. Kaiser.

Grupo Mundial de Trabajo sobre Prevención del VIH (2006). *New approaches to HIV prevention: accelerating research and ensuring future access.* Nueva York, Fundación Bill y Melinda Gates, Fundación de la Familia Henry J. Kaiser.

Gray RH et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomized trial. *Lancet*, 369:657-666.

Gray RH, Wawer MJ (2007). Randomised trials of HIV prevention. *Lancet*, 370:200-201.

Gregson S et al. (2002). Sexual mixing patterns and sex differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe. *Lancet,* 359:1896-1903.

Guay LA et al. (1999). Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet*, 354:795-802.

Hallett T et al. (2008). Understanding the impact of male circumcision interventions on the spread of HIV in southern Africa. *PLoS ONE* (en imprenta)

Hankins C (2008). Sex, drugs and gender? High time for lived experience to inform action. Editorial. *International Journal of Drug Policy*, 19:95–96.

Hendriksen ES et al. (2007). Predictors of condom use among young adults in South Africa: the Reproductive Health and HIV Research Unit National Youth Survey. *American Journal of Public Health*, 97:1241–1248.

Fundación de la Familia Henry J Kaiser (2006). AIDS at 25: *An overview of major trends in the US epidemic.* Menlo Park, California, Fundación de la Familia Henry J Kaiser (http://www.kff.org/hivaids/upload/7525.pdf, consultado el 13 de marzo de 2008).

HIV Vaccines and Microbicides Resource Tracking Working Group (2007). *Building a Comprehensive Response: Funding for HIV Vaccines, Microbicides and Other New Prevention Options: 2000-2006.* Grupo de Trabajo sobre Seguimiento de Recursos para Microbicidas y Vacunas contra el VIH. Consultado el 8 de mayo de en http://www.hivresourcetracking.org/content/RT_Report_Nov2007.pdf.

CIIM, Instituto Promundo (2007). *Engaging men and boys to achieve gender equality: how can we build on what we have learned?* Washington, Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer.

Instituto de Medicina (2006). *Preventing HIV infection among injection drug users in high risk countries: an assessment of the evidence.* Washington, Instituto de Medicina.

International Harm Reduction Development Program (2007). *Women, harm reduction and HIV.* Nueva York, Open Society Institute.

OIT (2006). *HIV/AIDS and work: impact on children and youth, and response.* Ginebra, Organización Internacional del Trabajo.

Kahn JG, Marseille E, Auvert B. (2006). Cost-effectiveness of male circumcision for HIV prevention in a South African setting. *PLoS Medicine*, 3:e517.

Kerrigan D et al. (2006). Environmental/structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic. *American Journal of Public Health* 96:120–125.

Khan MR et al. (2007). Mobility and HIV-related sexual behavior in Burkina Faso. *AIDS & Behavior,* 12:202–212.

Kissin DM et al. (2008). Rapid HIV testing and prevention of perinatal HIV transmission in high-risk maternity hospitals in St. Petersburg, Russia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology,* 198(2):183.e1–7.

Kuhn L et al. (2007). High uptake of exclusive breastfeeding and reduced early post-natal HIV transmission. *PLoS Medicine*, 2:e1363.

Lines R et al. (2006). *Needle exchange: lessons from a comprehensive review of international evidence and experience.* Toronto, Red Jurídica Canadiense sobre el VIH/Sida.

Manzi M et al. (2005). High acceptability of voluntary counselling and HIV-testing but unacceptable loss to follow up in a prevention of mother-to-child HIV transmission programme in rural Malawi: scaling-up requires a different way of acting. *Tropical Medicine and International Health* 10:1242-1250.

Marston C, King E (2006). Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *Lancet*, 368:1581-1586.

Maticka-Tyndale E, Brouillard-Coyle C. The effectiveness of community interventions targeting HIV and AIDS prevention at young people in developing countries. En: Ross DA, Dick B, Ferguson J, eds. (2006). *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of evidence from developing countries.* Equipo de Trabajo Interinstitucional del ONUSIDA sobre los Jóvenes. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

MEASURE DHS, 2008, Macro International, Inc. Calverton MD, EE. UU.

Millett GA, Peterson JL(2007). The Known Hidden Epidemic: HIV/AIDS Among Black Men Who Have Sex with Men in the United States. *American Journal of Preventive Medicine* S31-S37.

Montefiori D et al. (2007). Antibody-based HIV-1 vaccines: recent developments and future directions. *PLoS Medicine*, 4:e348.

Morris CN, Ferguson AG (2006). Estimation of the sexual transmission of HIV in Kenya and Uganda on the trans-Africa highway: the continuing role for prevention in high risk groups. *Sexually Transmitted Infections* 82:368-371.

Nashkhoev M, Sergeyev B (2007). *AIDS in the Commonwealth of Independent States.* Monitoring the AIDS Pandemic Network. Washington, Oficina de Censos de los EE. UU.

Consejo Nacional de Investigaciones, Instituto de Medicina, Panel on Transitions to Adulthood in Developing Countries (2005). *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries.* Washington, National Academies Press.

Nelson R (2007). Female-initiated prevention strategies key to tackling HIV. *Lancet Infectious Diseases*, 7:183.

Oanh KTH (2007). *HIV/AIDS policy in Vietnam: a civil society perspective.* Nueva York, Open Society Institute.

Osmond DH et al. (2007). Changes in prevalence of HIV infection and sexual risk behavior in men who have sex with men in San Francisco: 1997–2002. *American Journal of Public Health*, 97:1677–1683.

Padian NS et al. (2007). Diaphragm and lubricant gel for prevention of HIV acquisition in southern African women: a randomised controlled trial. *Lancet,* 370:251-261.

Pardasani M (2005). HIV Prevention and sex workers: An international lesson in empowerment. International *Journal of Social Welfare* 14:16-126.

Peltzer CI et al. (2007). Male circumcision, gender and HIV prevention in sub-Saharan Africa: a (social science) research agenda. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 4(3): 658-667.

Physicians for Human Rights (2007). *Success stories from the field: curbing the spread of HIV/AIDS among drug injectors. Innovative and effective programs in Brazil, India, Russia, and the China-Vietnam border.* Cambridge (USA), Physicians for Human Rights.

Piot P et al. (en imprenta) Coming to terms with complexity: A call to action for HIV prevention. *Lancet.*

Consejo de Población (2003). *Expanding workplace HIV/AIDS prevention activities for a highly mobile population: construction workers in Ho Chi Minh City* (http://www.popcouncil.org/horizons/ressum/wrkplc/vtnmcnstrwrkr/vtnmcnstrwrkr_intro.html, consultado el 23 de marzo de 2008).

Consejo de Población, USAID (2007). *Implementing STI/HIV prevention and care interventions for men who have sex with men in Dakar, Senegal.* Washington DC, Consejo de Población, Proyecto Horizons.

Robertson M et al. (2008). Efficacy Results from the STEP Study (Merck V520 Protocol 023/HVTN 502): A Phase II, Test-of-Concept Trial of the MRKAd5 HIV-1 Gag/Pol/Nef Trivalent Vaccine. Decimoquinta Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, Boston. EE. UU.

Say L, Raine R (2007). A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. *Bulletin of the World Health Organization*, 85:733–820.

Schoofs M (2007). Challenge for AIDS fighters: circumcising Africans safely. *Wall Street Journal*, 7 de septiembre.

Southern African Migration Project (2005). *HIV/AIDS Population Mobility and Migration in Southern Africa: Towards a Research and Policy Agenda.* Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones.

Steen R et al. (2006). Pursuing scale and quality in STI interventions with sex workers: initial results from Avahan India AIDS Initiative. *Sexually Transmitted Infections* 82:381–385.

Stover J et al. (2006). The global impact of scaling up HIV/AIDS prevention programs in low- and middle-income countries. *Science*, 311:1474–1476.

Stripipatana T et al. (2007). Site-specific interventions to improve prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus programs in less developed settings. American Journal of Obstetrics and Gynecology 197:S107-S112.

Suarez et al. (2001). Influence of a partner's HIV Serostatus, use of highly active antiretroviral therapy, and viral load on the perceptions of sexual risk behavior in a community sample of men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28:471-477.

Swartz L, Nkau DP (2004). *The impact of HIV/AIDS on the mining sector, with special emphasis on Southern African male migrant workers.* Bangkok, PNUD, Programa del VIH y el Desarrollo para Asia sudoriental, Comité para la Cooperación Internacional en Investigación Nacional sobre Demografía.

Teeraratkul A et al. (2005). Evaluating programs to prevent mother-to-child HIV transmission in two large Bangkok hospitals, 1999-2001. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 38:208-212.

Templeton D, Hogben M (2007). *Circumcision not protective against HIV seroconversion in homosexual men.* Decimoséptimo Encuentro de la Sociedad Internacional para Enfermedades de Transmisión Sexual. Seattle. 30 de julio de 2007. (Resumen N.° 215).

Grupo de Acción Tailandés para el Tratamiento del Sida, Human Rights Watch (2007). *Deadly denial: barriers to HIV/AIDS treatment for people who use drugs.* Nueva York. Bangkok, November 19:17(C).

Tonwe-Gold B et al. (2007). Antiretroviral Treatment and Prevention of Peripartum and Postnatal HIV Transmission in West Africa: Evaluation of a Two-Tiered Approach. *PloS Medicine* 4:e257.

TRC (2008). *International coordination and information service for drug substitution patients seeking to travel abroad.* Travel Resource Center (www.indro-online.de/nia.htm, consultado el 14 de abril de 2008).

ONUSIDA (2001). *Working with men for HIV prevention and care*. Ginebra, ONUSIDA (Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA).

ONUSIDA (2005). *Intensifying HIV prevention: Documento de posición política del ONUSIDA.* Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA (2006a). *Evidence for HIV decline in Zimbabwe: a comprehensive review of the epidemiological data.* ONUSIDA, Ginebra.

ONUSIDA (2006b). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA.* ONUSIDA, Ginebra.

ONUSIDA (2006c). *High Coverage Sites: HIV Prevention among Injecting Drug Users in Transitional and Developing Countries, Case Studies.* Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA.

ONUSIDA (2007a). *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal.* Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA (2007b). *Situación de la epidemia de sida.* Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA (2007c). *Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support.* Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA (2007d). *Cuestiones éticas en los ensayos biomédicos de prevención del VIH: Documento de orientación de ONUSIDA/OMS.* Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA, AVAC (2007). *Directrices de buena práctica participativa para ensayos biomédicos de prevención del VIH.* Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA/OMS (2007). *New data on male circumcision and HIV prevention: policy and programme implications.* UNAIDS/WHO Technical Consultation, Male Circumcision and HIV Prevention: Research Implications for Policy and Programming. 6–8 marzo de 2007. Montruex, Suiza.

Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas (2008). *World situation with regard to drug abuse: report of the Secretariat.* Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 51.° sesión. 10–14 de marzo de 2008. Viena.

PNUD (2007). *Human development report.* Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Underhill K, Montgomery P, Operario D (2007). Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: systematic review. *BMJ* 335:248–252.

UNFPA (2003). *The state of the world population, 2003. Making one billion count: investing in adolescents' health rights.* Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas.

UNICEF, ONUSIDA, OMS (2008). *Children and AIDS: Second stocktaking report.* Nueva York, UNICEF.

UNICEF (2008). *State of the world's children 2008.* Nueva York, UNICEF.

ONUDD (2007). *World drug report 2007.* ONUDD, Viena.

Naciones Unidas (2006). *International migration and development* http://www.un.org/esa/population/migration/hld/index.html, consultado el 29 de 2008

Vernazza P et al. (2008). Les personnes sérepositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antiretroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle []. *Bulletin des medicins Suisse* 89:165–169.

Vu BN et al. (2008). Male sexuality in Vietnam: the case of male-to-male sex. *Sexual Health*, 5:83–88.

Watson-Jones D et al. (2008). Effect of herpes simplex suppression on incidence of HIV among women in Tanzania. *New England Journal of Medicine*, 358:1560–1571.

Wawer MJ et al. (2005). Rates of HIV-1 transmission per coital act by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda. *Journal of Infectious Diseases*, 191:1403–1409.

Wegbreit J et al. (2006). Effectiveness of HIV prevention strategies in resource-poor countries: tailoring the intervention to the context. *AIDS*, 20:1217-1235.

Wellings K et al. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 368:1706-1728.

Were WA et al. (2006). Undiagnosed HIV infection and couple HIV discordance among household members of HIV-Infected people receiving antiretroviral therapy in Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43:91-95.

White RG (2003). Commentary: What can we make of an association between human immunodeficiency virus prevalence and population mobility? *International Journal of Epidemiology*, 32:753–754.

OMS (2006a). Demand for male circumcision rises in a bid to prevent HIV. *Bulletin of the World Health Organization* 84:505-508.

OMS et al. (2006b). *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries*, Serie de Informes Técnicos de la OMS, n.° 938. Agosto. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (2006c). *HIV and Infant Feeding Technical Consultation Held on behalf of the Inter-Agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants.* Declaración de consenso, 25-27 de octubre. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (2006d). *Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infant: Towards Universal Access, Recommendations for a Public Health Approach.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (2007). *HIV/AIDS in the South-East Asia region.* Martch. Nueva Delhi, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental (http://www.searo.who.int/hiv-aids, consultado el 8 de mayo de 2008).

Williams BG et al. (2006). The potential impact of male circumcision on HIV in sub-Saharan Africa. *PLoS Medicine,* 3(7):e262.

Asociación Mundial para la Salud Sexual (2008). *Sexual health for the millennium: a declaration and technical document.* Minneapolis (EE. UU.), Asociación Mundial para la Salud Sexual.

Zaba B et al. (2004). Age at first sex: understanding recent trends in African demographic surveys. *Sexually Transmitted Infections,* 80(Sup. II):ii28-ii35.

Capítulo 5 | TRATAMIENTO Y ATENCIÓN

Abgrail S et al. (2006). Switch from a first virologically effective protease inhibitor-containing regimen to a regimen containing efavirenz, nevirapine or abacavir. *AIDS* 20:2099-2106.

Agence France Press (2008). 'Unacceptable' Delay in Detecting Brazil AIDS Cases: Oficial. 14 de febrero.

Oficina de la Comunión Anglicana en las Naciones Unidas (2007). *Working Together: The Anglican Response to HIV & AIDS in Africa.* Oficina de la Comunión Anglicana en las Naciones Unidas, Ginebra.

Antiretroviral Therapy in Lower Income Countries Collaboration, ART Cohort Collaboration Groups (2006). Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of antiretroviral therapy: comparison between low-income and high-income countries. *Lancet* 367:817-824.

Arah OA, Ogbu UC, Okeke CE (2008). Too Poor to Leave, Too Rich to Stay: Developmental and Global Health Correlates of Physician Migration to the United States, Canada, Australia, and the United Kingdom. *Am J Pub Health* 98:148-154.

Aspeling HE, van Wyk NC (2008). Factors associated with adherence to antiretroviral therapy for the treatment of HIV-infected women attending an urban care facility. *Int J Nurs Pract* 14:3-10.

Barreto CC et al. (2006). Trends in antiretroviral drug resistance and clade distribution among HIV-1 infected blood donors in Sao Paulo, Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr* 41:338-341.

Badri M et al. (2006). Cost-effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy in South Africa. *Plos Medicine* January 3: e4

Basu S et al. (2007). Prevention of nosocomial transmission of extensively drug-resistant tuberculosis in rural South Africa district hospitals: an epidemiological modeling study. *Lancet* 370:1500-1507.

Beck E et al. (2006). National adult antiretroviral therapy guidelines in resource-limited countries: concordance with 2003 WHO guidelines? *AIDS* 2006;20:1497-1502.

Beck E et al. (2008a). Treatment Outcome and Cost-effectiveness of different HAART regimens in the UK 1996-2002. *Int J STD & AIDS* (en imprenta).

Beck E, Walensky RP (2008b). The Outcome and Impact of Ten Years of HAART, in *A Decade of HAART* (Zuniga JM et al., eds.). Oxford University Press, Oxford, Reino Unido, en imprenta.

Becquet R et al. (2006). Complementary feeding adequacy in relation to nutritional status among early weaned breastfed children who are born to HIV-infected mothers: ANRS 1201/1202 Ditrame Plus, Abidjan, Cote d'Ivoire. *Pediatrics* 117:e701-e710.

Bolton-Moore C et al (2007). Clinical outcomes and CD4 cell response in children receiving antiretroviral therapy at primary health care facilities in Zambia. *Journal of the American Medical Association* 298:1888-1899.

Bong C et al (2007). Risk factors for early mortality in children on adult fixed-dose combination antiretroviral treatment in a central hospital in Malawi. *AIDS* 21:1805-1810.

Bryce J et al. (2008). Maternal and child undernutrition: effective action at national level. *Lancet* DOI:10.1016/S0140-6736(07)61694-8 (publicación en línea prematura).

Burman WJ et al. (2008). The Impact of Episodic CD4 Cell Count-Guided Antiretroviral Therapy on Quality of Life. *J Acquir Immune Defic Syndr* 47:185-193.

Catalan J et al. (2005). *Mental Health and HIV/AIDS: Psychotherapeutic Interventions in Antiretroviral (ARV) Therapy (for second level care).* Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Cazanave C et al. (2008). Reduced bone mineral density in HIV-infected patients: prevalence and associated factors. *AIDS* 22:395-402.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2002). Number of Persons Tested for HIV – United States, 2002. *MMWR* 53:1110-1113.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2005). *Coinfection with HIV and Hepatitis C: Fact Sheet.* Consultado el 9 de febrero de 2008 en http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/coinfection.htm.

Chaisson RE, Martinson NA (2008). Tuberculosis in Africa – Combating an HIV-Driven Crisis. *New Eng J Med* 358;1089-1092.

Clotet B et al. (2007). Efficacy and safety of darunavir-ritonavir at week 48 in treatment-experienced patients with HIV-1 infection in POWER 1 and 2: a pooled subgroup analysis of data from two randomized trials. *Lancet* 369:1169-1178.

Dalal RP et al. (2008). Characteristics and Outcomes of Adult Patients Lost to Follow-Up at an Antiretroviral Treatment Clinic in Johannesburg, South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr* 47:101-107.

DeBaets AJ et al. (2005). Pediatric Human Immunodeficiency Virus Screening in an African District Hospital. *Clin Diagn Lab Immunol* 12:86-92.

Delfraissy JF et al. (2008). Lopinavir/ritonavir monotherapy or plus zidovudine and lamivudine in antiretroviral/naïve HIV-infected patients. *AIDS* 22:385-393.

Dhir AA et al. (2008). Spectrum of HIV/AIDS related cancers in India. *Cancer Causes Control* 19:147-153.

Dippenaar H, Marston J (2008). *The status of palliative care for children in the Motheo District of the Free State.* Sin publicar.

Dowdy DW et al. (2006). The potential impact of enhanced diagnostic techniques for tuberculosis driven by HIV: a mathematical model. AIDS 20:751-762.

Egger M (2007). Outcome of antiretroviral therapy in resource-limited and industrialized countries. Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, Los Ángeles, EE. UU.

EronJ et al. (2006). The KLEAN study of fosamprenavir-ritonavir versus lopinavir-ritonavir, each in combination with abacavir-lamuvudine, for initial treatment of HIV infection over 48 weeks: a randomized non-inferiority trial. *Lancet* 368:476-482.

Este JA, Telenti A (2007). HIV entry inhibitors. *Lancet* 370:81-88.

Ministerio Federal de Salud de Etiopía (2007). *Millennium AIDS Campaign Ethiopia, November 2006-August 2007.*

EuroHIV (2007). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006, No 75.* Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice. Disponible en http://www.eurohiv.org.

Family Health International (2007). *Primary health care services increased with integration of basic HIV care.* Consultado el 23 de marzo de 2008 en www.fhi.org/en/HIVAIDS/country/Rwanda.

Fassinou P et al (2004). Highly active antiretroviral therapies among HIV-1-infected children in Abidjan, Côte d'Ivoire. *AIDS* 18:1905-1913.

Fellay J et al. (2001). Prevalence of adverse events associated with potent antiretroviral treatment: Swiss HIV Cohort Study. *Lancet* 358:1322-1327.

Fidler S et al. (2008). Primary HIV infection: to treat or not to treat? *Curr Opin Infect Dis* 21:4-10.

Food and Nutrition Technical Assistance (2004a). *HIV/AIDS: A Guide for Nutritional Care and Support.* Academy for Educational Development, Washington DC.

Food and Nutrition Technical Assistance (2004b). *Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings.* Technical Note No. 7. Academy for Educational Development, Washington DC.

Freeman MC et al. (2005). Integrating mental health in global initiatives for HIV/AIDS. *Brit J Psychiatry* 187:1-3.

Friis H (2005). *Miconutrients and HIV infection: a review of current evidence, Consultation on Nutrition and HIV/AIDS in Africa.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 10-13 de abril.

Gandhi NR et al. (2006). Extensively drug-resistant tuberculosis as a cause of death in patients co-infected with tuberculosis and HIV in a rural area of South Africa. *Lancet* 368:1575-1580.

George E et al (2007). Antiretroviral Therapy for HIV-1-Infected Children in Haiti. *Journal of Infectious Diseases* 195:1411-1418.

Gillespie S, Kadiyala S (2005). *HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: From Evidence to Action.* International Food Policy Research Institute, Washington DC.

Gimbel S et al. (2007). *Rolling out ART in Mozambique 2003-2006: Task Shifting and Decentralization.* Reunión de Ejecutores 2007 sobre VIH/Sida, Kigali, Rwanda, junio. Resumen N.° 90.

Girardi E, Sabin CA, Monforte AD (2007). Late Diagnosis of HIV Infection: Epidemiologic Features, Consequences and Strategies to Encourage Earlier Testing *J Acquir Immune Defic Syndr* 46(Supp. 1):S3-S8.

Coalición Empresarial Mundial sobre el VIH/SIDA (2007). *Case Study – Anglo Coal South Africa.* 23 de febrero. Consultado el 8 de febrero de 2008 en http://www.businessfightsaids.org/live/cases/cases.php?id=40.

Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (2007a). *Global Fund Investments Deliver AIDS Treatment to 1.4 Million People.* Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, Ginebra. Comunicado de prensa, 30 de noviembre.

Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (2007b). *Press release.* 12 de noviembre.

Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (2008). *Monthly Progress Update – 31 January 2008.* Consultado el 23 de marzo de 2008 en http://www.theglobalfund.org/en/files/publications/basics/progress_update/progressupdate.pdf.

Gray A (2004). *Access to Medicines and Drug Regulation in Developing Countries: A Resource Guide for DFID.* Departamento Británico para el Desarrollo Internacional, Londres.

Grinsztejn B et al. (2007). Safety and efficacy of the HIV-1 integrase inhibitor raltegravir (MK-0518) in treatment-experienced patients with multidrug-resistant virus: a phase II randomized controlled trial. *Lancet* 369:1261-1269.

Grulich AE et al. (2007). Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. *Lancet* 370:59-67.

Harling G, Wood R, Beck EJ (2005). Efficiency of Intervention in HIV Infection, 1994-2004. *Disease Management and Health Outcomes* 13: 371-394

Hegarty AM, Chaudhry SI, Hodgson TA (2008). Oral healthcare for HIV-infected patients: an international perspective. *Expert Opin Pharmacother* 9:387-404.

Heiden D et al. (2007). Cytomegalovirus Retinitis: The Neglected Disease of the AIDS Pandemic. *PLoS Med* 4:e334.

Hicks PL et al. (2007). The impact of illicit drug use and substance abuse treatment on adherence to HAART. *AIDS Care* 19:1134-1140.

Hoffman CJ, Thio CL (2007). Clinical implications of HIV and hepatitis B co-infection in Asia and Africa (2007) *Lancet Infectious Diseases* 7:402-409.

Hopewell PC et al. (2006). International standards for tuberculosis care. *Lancet Infect Dis* 6:710-725.

Human Rights Watch, Grupo de Acción Tailandés para el Tratamiento del Sida (2007a). *Barriers to HIV/AIDS Treatment for People Who Use Drugs in Thailand.*

Human Rights Watch (2007b). *Hidden in the Mealie Meal: Gender-Based Abuses and Women's HIV Treatment in Zambia.* Human Rights Watch, Nueva York.

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (1989). *Report of the International Narcotics Control Board for 1989: demand for and supply of opiates for medical and scientific needs.* Naciones Unidas, Viena.

Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento (2007). *Missing the Target #5: Improving AIDS Drug Access and Advancing Health Care for All.* Diciembre.

Unión Internacional de Superioras Generales (2008). *In Loving Service: Catholic Religious Institutes of men and women addressing HIV and AIDS through communities of care and prevention, findings of a global survey.* Borrador sin publicar, febrero.

Isaac R et al. (2008). Declines in dietary macronutrient intake in persons with HIV infection who develop depression. *Public Health Nutr* 11:124-131.

Janssens B et al (2007). Effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy in HIV-Positive Children: Evaluation at 12 Months in a Routine Program in Cambodia. *Pediatrics* 120:e1134-e1140.

Johnson M et al. (2006). 96-week comparison of once-daily atazanavir/ritonavir and twice-daily lopinavir/ritonavir in patients with multiple virologic failures. *AIDS* 20:711-718.

Jones CY et al. (2006). Micronutrient levels and HIV disease status in HIV-infected patients on highly active antiretroviral therapy in the Nutrition for Healthy Living cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr* 43:475-482.

Lange JMA (2006). Antiretroviral treatment and care of HIV, in *The HIV Pandemic: local and global implications* (Beck E et al., eds.). Oxford University Press, Oxford, Reino Unido.

Lazzarin A et al. (2007). Efficacy and safety of TMC125 (etravirine) in treatment-experienced HIV-1-infected patients in DUET-2: 24-week results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 370:39-48.

Lohse N et al. (2007). Survival of Persons with and without HIV Infection in Denmark, 1995-2005. *Ann Intern Med* 146;87-95.

MacArthur RD et al. (2006). A comparison of three highly active antiretroviral treatment strategies consisting of non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors, protease inhibitors, or both in the presence of nucleoside reverse transcriptase inhibitors as initial therapy (CPCRA 058 FIRST Study): a long-term randomized trial. *Lancet* 368:2125-2135.

Makombe SD et al. (2007). A national survey of the impact of rapid scale-up of antiretroviral therapy on health-care workers in Malawi: effects on human resources and survival. *Bull World Health Organ* 85:851-857.

Comisión Nacional del Sida de Malawi (2007). *InfoBrief 2: 200 HTC Week.*

Marston M et al. (2005). Estimating the net effect of HIV on child mortality in African populations affected by generalized HIV epidemics. *J Acquir Immune Defic Syndr* 38:219-227.

Marston B, DeCock KM (2004). Multivitamins, Nutrition and Antiretroviral Therapy for HIV Disease in Africa. *New England Journal of Medicine* 351:78-80.

MEASURE DHS, 2008, Macro International, Inc., Calverton MD.

Miller G (2006). The Unseen: Mental Illness's Global Toll. *Science* 311:458-461.

Mills EJ et al. (2006). Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: A meta-analysis. *JAMA* 296:679-690.

Moore A, Morrison SJ (2007). *Health Worker Shortages Challenge PEPFAR Options for Strengthening Health Systems.* Task Force on HIV/AIDS. Center for Strategic and International Studies, Washington D.C. Septiembre.

Newell ML et al. (2004). Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet* 364:1236-1243.

Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York (2005). *HIV/AIDS Epidemiology Program Fourth Quarter Report.* 3:1-4. Octubre.

Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York (2007). *HIV Epidemiology& Field Services Semi-Annual Report*. Octubre.

Niel Malan DR et al. (2008). Efficacy and Safety of Atazanavir, With or Without Ritonavir, as Part of Once-Daily Highly Active Antiretroviral Therapy Regimens in Antiretroviral-Naïve Patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 47:161-167.

Nunn AS et al. (2007). Evolution of Antiretroviral Drug Costs in Brazil in the Context of Free and Universal Access to AIDS Treatment. *PLoS Med* 4:e305.

Nyirenda M et al. (2007). Mortality levels and trends by HIV serostatus in rural South Africa. *AIDS* 21 (Supp. 6): S73-S79.

Obermeyer CM, Osborn M (2007). The Utilization of Testing and Counseling for HIV: A Review of the Social and Behavioral Evidence. *Am J Pub Health* 97:1762-1774.

O'Brien DP et al (2006). In resource-limited settings good early outcomes can be achieved in children using adult fixed-dose combination antiretroviral therapy. *AIDS* 20:1955-1960.

Ormassen V et al. (2007). HIV related and non-HIV related mortality before and after the introduction of highly active antiretroviral therapy (HAART) in Norway compared to the general population. *Scand J Infect Dis* 39:51-57.

Palmer S et al. (2008). Low-leel viremia persists for at least 7 years in patients on suppressive antiretroviral therapy. *PNAS* 105;3879-3884.

Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents (2008). *Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Washington.

Patel K et al. (2008). Long-term effectiveness of highly active antiretroviral therapy on the survival of children and adolescents with HIV infection: a 10-year follow-up study. *Clin Infect Dis* 46:507-515.

Patel V (2007). Mental health in low- and middle-income countries. *Brit Med Bull* doi:10.1093/bmb/ldm010 (publicación en línea preliminar).

Pence BW et al. (2007). Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 44:159-166.

Phillips AN et al. (2007). Risk of extensive virologic failure to the three original antiretroviral drug classes over long-term follow-up from the start of therapy in patients with HIV infection: an observational cohort study. *Lancet* 370:1923-1928.

Phillips EJ, Malial SA (2008). Pharmacogenetics and the potential for the individualization of antiretroviral therapy. *Curr Opin Infect Dis* 21:16-24.

Prendergast A et al. (2007). International perspectives, progress, and future challenges of paediatric HIV infection. *Lancet* 370:68-80.

Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (2008). *The Power of Partnerships: Fourth Annual Report to Congress on PEPFAR*.

Puthankit T et al. (2007). Hospitalization and Mortality among HIV-Infected Children after Receiving Highly Active Antiretroviral Therapy. *Clin Infect Dis* 44:599-604.

Reddi A et al. (2007). Preliminary outcomes of a paediatric highly active antiretroviral therapy cohort from KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Paediatrics* 7:13.

Rouet F et al. (2008). Frequent occurrence of chronic hepatitis B virus infection among West African HIV type-1-infected children. *Clin Infect Dis* 46:361-366.

Sanders E (2008). New life for African patients: Thanks to US funding, antiviral drugs are available to those too poor to afford them. *Los Angeles Times*. 15 de febrero.

Samb B et al. (2007). Rapid Expansion of the Health Workforce in Response to the HIV Epidemic. *New Eng J Med* 2007;357:2510-2514.

Sherman GG. Matsebula TC, Jones SA (2005). Is early HIV testing of infants in poorly resourced prevention of mother to child transmission programmes affordable? *Trop Med & Int Health* 10:1108-1113.

Smit C et al. (2006). Effective therapy has altered the spectrum of cause-specific mortality following HIV seroconversion. *AIDS* 20:741-749.

Smit C et al. (2008). Risk of Hepatitis-Related Mortality Increased Among Hepatitis C Virus/HIV-Coinfected Drug Users Compared with Drug Users Infected Only With Hepatitis C Virus: A 20-Year Prospective Study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 47:221-225.

Srithanaviboonchai K et al. (2008). Novel low-cost assay for the monitoring of CD4 counts in HIV-infected individuals. *J Acquir Immun Defic Syndr* 47:135-139.

Steen TW et al. (2007). Two and a Half Years of Routine HIV Testing in Botswana. *J Acquir Immune Defic Syndr* 44:484-488.

Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group et al. (2006). CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment. *New Eng J Med* 355:2283-2296.

Steinbrook R (2007). Closing the Affordability Gap for Drugs in Low-Income Countries. *New Eng J Med* 357:1996-1999.

Sulkowski MS, Benhamou Y (2007). Therapeutic issues in HIV/HCV-co-infected patients. *J Viral Hep* 14:371-386.

Tegger MK et al. (2008). The Effect of Mental Illness, Substance Use and Treatment for Depression on the Initiation of Highly Active Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Individuals. *AIDS Patient Care and STDs* 22:233-243.

Thomas CF, Limper AH (2004). Pneuomocystic pneumonia. *New Eng J Med* 350:2487-2498.

UK Collaborative HIV Cohort Study (2008). Are previous treatment interruptions associated with higher viral rebound rates in patients with viral suppression? *AIDS* 22:349-356.

ONUSIDA (2007a). *Financing Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment,* Care and Support. ONUSIDA, Ginebra.

ONUSIDA (2007b). *Report on the progress on follow-up support to countries in their national target setting towards universal access.* XX Reunión de la Junta Coordinadora del Programa del ONUSIDA, Ginebra, 25-27 de junio. Punto del orden del día provisional 4.1. ONUSIDA, Ginebra.

ONUSIDA (2007c). *Situación de la epidemia de sida.* ONUSIDA, Ginebra.

ONUSIDA/OMS (2007). *Guidance on Provider-Initiated HIV Testing and Counseling in Health Facilities.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

UNITAID (2008). *Fact Sheet.* Consultado el 8 de marzo de 2008 en http://www.unitaid.eu/images/action/factsheet.pdf.

PNUD (2007). *Human Development Report 2007/2008*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Nueva York.

Walensky RP et al. (2006). The survival benefits of AIDS treatment in the United States. *J Infect Dis* 194;11-19.

Walzer A et al. (2006). Determinants of survival without antiretroviral therapy after infancy in HIV-1-infected Zambian children in the CHAP Trial. *J Acquir Immune Def Syndr* 42:637-645.

Wang H et al. (2007). Self-Reported Adherence to Antiretroviral Treatment among HIV-Infected People in Central China. *AIDS Patient Care STDS* (Publicación electrónica antes de la impresión).

Wang X, Wu Z (2007). Factors associated with adherence to antiretroviral therapy among HIV/AIDS patients in rural China. *AIDS* 21 (Supp. 8):S149-S155.

Weinstock HS et al. (2004). The Epidemiology of Antiretroviral Drug Resistance among Drug-Naïve HIV-1-Infected Persons in 10 US Cities. *JID* 189:2174-2180.

Weiser SD et al. (2006). Routine HIV Testing in Botswana: A Population-Based Study on Attitudes, Practices and Human Rights Concerns. *PLoS Med* 3:e261.

Whalen C et al. (1995). Accelerated course of human immunodeficiency virus infection after tuberculosis. Am *J Respir Crit Care Med* 151:129-135.

Wiedle PJ et al. (2006). Adherence to antiretroviral therapy in a home-based AIDS care programme in rural Uganda. *Lancet* 368:1587-1594.

OMS (2008a). *Global Tuberculosis Control 2008: Surveillance, Planning, Financing.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (2008b). The methadone fix. *Bulletin of the World Health Organization* 86:164-165.

OMS (2008c). *Anti-tuberculosis drug resistance in the world – Report No. 4, The WHO/IUATLD global project on anti-tuberculosis drug resistance surveillance.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (2007a). *Prioritizing second-line antiretroviral drugs for adults and adolescents: a public health approach, Report of a WHO Working Group meeting.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 21-22 de mayo.

OMS (2007b). *Tuberculosis Care and TB-HIV Co-management: Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI).* Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (2007c). *TB/HIV Facts at a Glance.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Consultado el 9 de febrero de 2008 en http://www.who.int/tb/challenges/hiv/facts/en/index.html.

OMS (2007d). *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (2007e). *Task Shifting to Tackle Health Workers Shortages.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (2007f). *Appreciating assets: mapping, understanding, translating and engaging religious health assets in Zambia and Lesotho.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (2006a). *Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Adults and Adolescents: Recommendations for a Public Health Approach.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (2006b). *Report on the WHO/UNAIDS meeting on forecasting ARV needs up to 2010.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (2006c). *Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Infants and Children: Towards Universal Access, Recommendations for a public health approach.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (2006d). *Working together for health.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (2004). *Interim policy on collaborative TB/HIV activities.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (2003). *Nutrient requirements for people living with HIV/AIDS : Report of a technical consultation.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS, ONUSIDA, PEPFAR (2008). *Task shifting. Global recommendations and guidelines.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS, UNICEF, ONUSIDA (2007). *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, Progress report, April 2007.* Organización Mundial de la Salud.

Wilson I et al. (2005). Quality of HIVcare provided by nurse practitioners, physician assistances,and physicians. *Ann Intern Med* 143:729-737.

Capítulo 6 | MITIGAR EL IMPACTO DE LA EPIDEMIA

Banco Asiático de Desarrollo, ONUSIDA (2004). *Asia-Pacific's Opportunity: Investing to Avert an HIV/AIDS Crisis.* ADB/UNAIDS Study Series.

Barnett T (2004). HIV/AIDS, *Nutrition and Food Security: Looking to Future Challenges*, EN The Macroeconomics of HIV/AIDS. Fondo Monetario Internacional, Washington DC.

Beegle K (2003). *Labor effects of adult morality in Tanzanian households.* Policy Research Working Paper No. 3062. Banco Mundial.

Bell C, Devarajan S, Gersbach H (2004). Thinking About the Long-Run Economic Costs of AIDS, en *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. Fondo Monetario Internacional, Washington DC.

Bhorat H, Kanbur R (2005). *Poverty and Well-Being in Post-Apartheid South Africa.* DPRU Working Paper No. 05/101. Consultado el 3 de marzo de 2008 en http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=982805.

Birdsall N, Hamoudi A (2004). AIDS and the Accumulation and Utilization of Human Capital in Africa, en *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. Fondo Monetario Internacional, Washington DC.

Bollinger L, Stover J, Riwa P (1999). *The economic impact of AIDS in Tanzania.* Policy Working Paper. Proyecto POLICY.

Chapoto A, Jayne TS, Mason N (2007). Security of widows' access to land in the era of HIV/AIDS: Panel survey evidence from Zambia. Food Security Research Project – Zambia, Ministerio de Agricultura y Cooperativas, Foro Consultivo de Agricultura, Universidad del Estado de Michigan.

Chapoto A, Jayne TS (2005). *Socio-economic characteristics of Individuals affected by AIDS-related Prime-age Mortality in Zambia. Lusaka, Zambia*, Proyecto de Investigación sobre Seguridad Alimentaria.

Chirambo K (2007). AIDS, Politics and Governance: Preliminary results on the impact of HIV/AIDS on the electoral process in Namibia, Malawi, Senegal, South Africa, Tanzania and Zambia. Presentado en la Conferencia de la Universidad de Warwick/PNUD sobre "Gobernanza de las respuestas al VIH/sida: Lograr que la participación y la rendición de cuentas importen".

Collins DL, Leibbrandt M (2007). The financial impact of HIV/AIDS on poor households in South Africa. *AIDS* 21(Supp. 1):S75-S81.

Comisión sobre Sida en Asia (2008). *Redefining AIDS in Asia – Crafting an effective response.*

Connelly D et al (2007). Prevalence of HIV infection and median CD4 counts among health care workers in South Africa. *S Afr Med J* 97:115-120.

Dinkelman T, Lam D, Leibbrandt M (2007). Household and community income, economic shocks and risky sexual behavior of young adults: evidence from the Cape Area Panel Study 2002 and 2005. *AIDS* 21(Supp. 1):S49-S56.

Dorward AR, Mwale IM (2004). Labor Market and Wage Impacts of HIV/AIDS in Rural Malawi, en *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. Fondo Monetario Internacional, Washington DC.

Fourie I (2005). *The Impact of HIV/AIDS on the South African Mining Industry.* Conferencia de LBMA sobre Metales Preciosos, Johannesburgo. Consultado el 4 de marzo de 2008 en http://www.lbma.org.uk/conf2005/2f.fourie_LBMA2005.pdf.

Garrett L (2005). *HIV and National Security: Where Are the Links?* Consejo de Relaciones Exteriores, Nueva York.

Gillespie S, Kadiyala S (2005). *HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: From Evidence to Action.* International Food Policy Research Institute, Washington DC.

Gillespie S et al (2007). Investigating the empirical evidence for understanding vulnerability and the associations between poverty, HIV infection and AIDS impact. *AIDS* 2007;21(Supp. 1):S1-S4.

Coalición Mundial sobre la Mujer y el Sida (2006b). *Support Women Caregivers.* Issue Brief No. 5. ONUSIDA, Ginebra.

Foro de Asociaciones del Fondo Mundial (2006). *Site visit, 30 June 2006 – Philanjalo Hospice.* Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Consultado el 24 de marzo de 2006 en http://www.theglobalfund.org/en/about/forum/2006/philanjalo/.

Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (2008). *Monthly Progress Update – 31 January 2008.* Consultado el 6 de marzo de 2008 en http://www.theglobalfund.org/en/files/publications/basics/progress_update/progressupdate.pdf.

Greener R (2004). The Impact of HIV/AIDS on Poverty and Inequality, en *The Macroeconomics of HIV/AIDS.* Fondo Monetario Internacional, Washington DC.

Haacker M (2004a). HIV/AIDS: The Impact on the Social Fabric and the Economy, en *The Macroeconomics of HIV/AIDS.* Fondo Monetario Internacional, Washington DC.

Haacker M (2004b). The Impact of HIV/AIDS: The Impact on Government Finance and Public Services, en *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. Fondo Monetario Internacional, Washington DC.

Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (2007). *Women's Property Rights as an AIDS Response: Lessons from Community Interventions in Africa*. Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, Washington DC.

Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento (2007). *Missing the Target #5: Improving AIDS Drug Access and Advancing Health Care for All.* Treatment Monitoring and Advocacy Project, San Francisco, EE. UU.

IRIN News (2006). *Swaziland: The vital but underestimated role of AIDS caregivers.* 9 de mayo. Consultado el 24 de marzo de 2008 en http://www.irinnews.org/report.aspx?reportid=58966.

Jayne TS et al (2004). HIV/AIDS and the Agricultural Sector in Eastern and Southern Africa: Anticipating the Consequences, en *The Macroeconomics of HIV/AIDS.* Fondo Monetario Internacional, Washington DC.

Karlan D, Ashraf N, Yin W (2007). *Female Empowerment: Impact of a Commitment Savings Product in the Philippines.* Working Paper No. 106. Centro para el Desarrollo Mundial, Washington DC.

Kim JC et al (2007). Understanding the Impact of a Microfinance-Based Intervention on Women's Empowerment and the Reduction of Intimate Partner Violence in South Africa. *Am J Pub Health* 97:1794-1802.

Mermin J et al. (2008). Mortality in HIV-infected Ugandan adults receiving antiretroviral treatment and survival of their HIV-uninfected children: a prospective cohort study. *Lancet* 371:752-759.

Mishra V et al (2007). The socioeconomic determinants of HIV incidence: evidence from a longitudinal, population-based study in rural South Africa. *AIDS* 2007;21(Supp. 1):S29-S38.

Pal K et al (2005). Can Low Income Countries Afford Basic Social Protection? First Results of a Modeling Exercise. Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.

Piot P, Greener R, Russell S (2007). Squaring the Circle: AIDS, Poverty and Human Development. *PLoS Med* 4:e314.

Preston-Whyte et al (2007). Revealing the full extent of households' experiences of HIV and AIDS in rural South Africa. *Soc Sci & Med* 5(6):1249-1259.

Pronyk PM et al (2007). *The role of structural factors in explaining variations in community HIV prevalence: a study in rural South Africa.* Acornhoek, Sudáfrica, Programa de Recursos de Acción para el Sida y el Desarrollo en Zonas Rurales, consultado el 12 de mayo de 2008 en http://web.wits.ac.za/NR/rdonlyres/87874FDD-0C41-4945-A28B-9AEAFD027283/0/Pronyk_IMAGE_Structural_Factors_IMAGE_Working_Paper_1.pdf. .

Pronyk PM et al (2006). Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial. *Lancet* 368:1973-1983.

Reuters (2008). 'Malawi to Raise Pay of Civil Servants with HIV.' 7 de enero.

Rosen S et al (2006). *The Impact of AIDS on Government Service Delivery: The Case of the Zambian Wildlife Authority.* Health and Development Discussion Paper No. 8. Center for International Health and Development, Facultad de Salud Pública de la Universidad de Boston, Boston.

Equipo Especial del Secretario General sobre Mujeres, Niñas y VIH/Sida en África Meridional (2004). *Facing the Future Together.*

Simon J et al (2007). Early effects of antiretroviral therapy on work performance: Results from a cohort study of Kenyan agricultural workers. Center for International Health and Development, Facultad de Salud Pública de la Universidad de Boston. Consultado el 26 de septiembre de 2007 en http://www.hivimplement/agenda/pdf/E1/E1%20Simon%abstract%20811.ppt.pdf.

Swaminathan H, Bhatla N, Chakraborty S (2007). *Women's Property Rights as an AIDS Response: Emerging Efforts in South Asia.* Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, Washington DC.

Thirumurthy H, Zivin JF, Goldstein M (2007). *AIDS Treatment and Intrahousehold Resource Allocations: Children's Nutrition and School in Kenya.* Working Paper No. 105. Centro para el Desarrollo Mundial, Washington DC.

ONUSIDA (2006). *AIDS, Security and Humanitarian Response.* Decimonovena Reunión de la Junta Coordinadora de Programas del ONUSIDA, Lusaka, Zambia, 6–8 de diciembre. ONUSIDA, Ginebra. Disponible en http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20061101_PCB_Security_and_Humanitarian_Response_en.pdf.

PNUD (2007). *Human Development Report 2007/2008.* Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Nueva York.

PNUD (2005). *Human Development Report.* PNUD, Nueva York.

UNESCO, ACNUR (2007). *Educational responses to HIV and AIDS for refugees and internally displaced persons: Discussion paper for decision-makers.* UNESCO, París.

ACNUR (2007). *Statistical year book 2006: Trends in Displacement, Protection and Solutions.* Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Ginebra.

UNICEF, ONUSIDA, OMS (2008). *Children and AIDS: Second Stocktaking Report.* Nueva York, UNICEF.

UNICEF (2007a). *The Impact of Social Cash Transfers on Children Affected by HIV and AIDS.* UNICEF, Nueva York.

UNICEF (2007b). *State of the World's Children.* UNICEF, Nueva York.

UNICEF, ONUSIDA, OMS (2008). *Children and AIDS: Second Stocktaking Report.* UNICEF, Nueva York.

Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (2007). *Latest Results.* Consultado el 6 de marzo de 2008 en http://www.pepfar.gov/about/c19785.htm.

Webb D (2007). From the individual to the system: the coming of age of programmes for orphans and vulnerable children. *Exchange on HIV/AIDS, sexuality and gender* 2:1-4.

OMS/UNICEF/OMS (2006). *Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections: Uganda Organización* Mundial de la Salud, Ginebra. Diciembre.

Oficina Central de Salud de Zambia, Center for International Health and Development (Facultad de Salud Pública de la Universidad de Boston) (2004). *The Costs of HIV/AIDS Among Professional Staff in the Zambian Public Health Sector.* Oficina Central de Salud Pública de Zambia, Lusaka.

Capítulo 7 | ¿Y AHORA HACIA DÓNDE VAMOS?

Attawell K, Dickinson C (2007). An independent assessment of progress on the implementation of the global task team recommendations in support of national AIDS responses. XX Reunión de la Junta Coordinadora de Programa del ONUSIDA (Item UNAIDS/PCB(20)/CRP4).

Center for Global Development (2007). *Does the IMF constrain health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action.* Washington DC, Center for Global Development (Informe del Grupo de Trabajo sobre el Gasto en Salud y los Programas del FMI).

Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA, Ministerio de Salud [de México] (2008). *Country Report 2008 to monitor progress in the implementation of the Declaration of Commitment (DoC): HIV spending indicator*

Gouws E et al. (2006). Short term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 3):iii51-iii55.

Hayes S et al. (2007). *Decentralized funding in response to the AIDS Pandemic: An opportunity for promoting good governance in Africa* (Informe preparado para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Centro para el Estudio de la Regionalización de la Universidad de Warwick y Conferencia sobre Globalización: Gobernanza de las Respuestas al VIH y el Sida).

McDougal JS et al. (2006). Comparison of HIV type 1 incidence observed during longitudinal follow-up with incidence estimated by cross-sectional analysis using the BED Capture enzyme immunoassay. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 22:945–952.

Oficina del Coordinador Mundial sobre Sida de los EE. UU. et al. (2008). *The Power of Partnerships: The US President's emergency plan for AIDS relief, 2008 annual report to Congress.* Washington DC, Departamento de Estado de los EE. UU.

Ofosu-Korentang B, Annan J (2005). *District Planning and Implementation Strategy Note and Guide.* PNUD, Nueva York.

Organización para la Unidad Africana (2001). *Abuja declaration on HIV/AIDS, tuberculosis and other related diseases.* Cumbre Africana sobre VIH/Sida, Tuberculosis y Otras Enfermedades Relacionadas. 24-27 de abril. Abuja, Nigeria (http://www.un.org/ga/aids/pdf/abuja_declaration.pdf, consultado el 17 de marzo de 2008).

Samb B et al. (2007). Rapid expansion of the health workforce in response to the HIV epidemic. *New England Journal of Medicine*, 357:2510-2514.

Stover J et al. (2006). The global impact of scaling up HIV/AIDS prevention programs in low- and middle-income countries. *Science*, 311:1474–1476.

ONUSIDA (2006). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*. ONUSIDA, Ginebra.

ONUSIDA (2007a). *Le Maroc: une réponse nationale à VIH.* Ginebra, ONUSIDA (Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA).

ONUSIDA (2007b). *Towards universal access to prevention, treatment and care: experiences and challenges from the Mbeya region in Tanzania—a case study*. Ginebra, ONUSIDA (Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA).

ONUSIDA (2007c). *Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support.* Ginebra, ONUSIDA (http://data.unaids.org/pub/Report/2007/20070925_advocacy_grne2_en.pdf).

ONUSIDA (2008). *The socioeconomic impact of the HIV/AIDS epidemic.* Geneva (AIDS Financing and Economics Division working paper), ONUSIDA, Ginebra

ONUSIDA Zambia (2006). *Joint United Nations programme on support on AIDS 2007–2010,* ONUSIDA, Lusaka, Zambia.

PNUD (2007). *Human Development Report*. Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Oficina de Políticas de Desarrollo del PNUD, Grupo de VIH/Sida, Grupo de Gobernanza Democrática (2007). *Decentralized responses to HIV/AIDS: An analysis of local government responses.* Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Banco Mundial (2007). *The Africa multi-country AIDS program 2000–2006: Results of the World Bank's response to a development crisis.* Washington DC, Banco Mundial.

CRÉDITOS DE LAS FOTOGRAFÍAS

Prólogo

Página 9 ONUSIDA/O.O'Hanlon

Capítulo 1 | EL DESAFÍO MUNDIAL DEL VIH

Página 11 ONUSIDA/P.Virot (arriba, izq.), ONUSIDA/P.Virot (abajo, der.)
Página 16 ONUSIDA
Página 26 ONUSIDA

Capítulo 2 | SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE VIH

Página 29 ONUSIDA/A.Dutta (arriba, izq.), ONUSIDA/O.O'Hanlon (abajo, der.)
Página 40 ONUSIDA/P.Virot
Página 56 ONUSIDA/P.Virot

Capítulo 3 | ABORDAR LAS CAUSAS SOCIALES DEL RIESGO Y LA VULNERABILIDAD AL VIH

Página 63 ONUSIDA/S.Drakborg (arriba, izq.), ONUSIDA/S.Drakborg (abajo, der.)
Página 73 ONUSIDA/A.Dutta
Página 82 ONUSIDA/P.Virot
Página 86 ONUSIDA
Página 93 ONUSIDA

Capítulo 4 | PREVENIR NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH

Página 95 ONUSIDA/P.Virot (arriba, izq.), ONUSIDA/P.Virot (abajo, der.)
Página 101 ONUSIDA/O.O'Hanlon
Página 104 ONUSIDA
Página 109 ONUSIDA/Tango Photo/P.Carrera
Página 112 ONUSIDA
Página 114 ONUSIDA/OIT/J.Maillard
Página 116 ONUSIDA

Capítulo 5 | TRATAMIENTO Y ATENCIÓN

Página 129 ONUSIDA/P.Virot (arriba, izq.), ONUSIDA/P.Virot (abajo, der.)
Página 133 ONUSIDA
Página 137 ONUSIDA/OMS/S.Torfin
Página 155 ONUSIDA/W.Phillips

Capítulo 6 | MITIGAR EL IMPACTO DE LA EPIDEMIA

Página 159 ONUSIDA/S.Montanari (arriba, izq.), ONUSIDA/C.Sattlberger (abajo, der.)
Página 164 ONUSIDA/A.Gutman
Página 173 ONUSIDA
Página 174 ONUSIDA/A.Gutman

Capítulo 7 | ¿Y AHORA HACIA DÓNDE VAMOS?

Página 187 ONUSIDA/P.Virot (arriba, izq.),
ONUSIDA/P.Virot (abajo, der.)
Página 195 ONUSIDA
Página 197 ONUSIDA
Página 204 ONUSIDA/P.Virot
Página 208 ONUSIDA/A.Dutta

Anexo 1 | ESTIMACIONES Y DATOS SOBRE VIH Y SIDA, 2007 Y 2001

Página 211 ONUSIDA/L.Rahn (arriba, izq.),
ONUSIDA/P.Virot (abajo, der.)

Anexo 2 | INDICADORES DE PROGRESO POR PAÍSES

Página 235 ONUSIDA/P.Virot (arriba, izq.),
ONUSIDA/S.Montanari (abajo, der.)

Descargo: Las fotografías incluidas en este informa no representan necesariamente la situación, las opiniones o las creencias de las personas retratadas y de ninguna manera aluden a su estado serológico respecto al VIH.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) mancomuna los esfuerzos y recursos de diez organizaciones de las Naciones Unidas para la respuesta mundial al SIDA. Estos diez organismos copatrocinadores son los siguientes: ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, ONUDD, OIT, UNESCO, OMS y Banco Mundial. La Secretaría del ONUSIDA, con sede en Ginebra, trabaja sobre el terreno en más de 80 países de todo el mundo.

Uniendo al mundo contra el sida

ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR UNICEF PMA PNUD UNFPA ONUDD OIT UNESCO OMS BANCO MUNDIAL

UNHCR ACNUR
La Agencia de la ONU para los Refugiados

unicef

WFP
Programa Mundial de Alimentos
PMA

PNUD

UNFPA
Fondo de Población de las Naciones Unidas

NACIONES UNIDAS
Oficina contra la Droga y el Delito

OIT

UNESCO

Organización Mundial de la Salud

BANCO MUNDIAL

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GINEBRA 27
SUIZA

Teléfono: (+41) 22 791 36 66
Fax: (+41) 22 791 48 35
Dirección electrónica: distribution@unaids.org

www.unaids.org