

# POPULATION BULLETIN

Vol. 61, No. 1

Marzo 2006

UNA PUBLICACIÓN DEL POPULATION REFERENCE BUREAU

## El desafío mundial del VIH y el SIDA

por Peter R. Lamptey, Jami L. Johnson y Marya Khan

- La prevalencia del VIH se está estabilizando en algunas áreas, pero aumenta en otras; el VIH y el SIDA continúan siendo una gran amenaza para la salud del planeta.
- La epidemia puede mitigarse poniendo paro a la propagación del VIH entre las personas en mayor riesgo de contraer el virus.
- Las nuevas formas de tratamiento protegen a los recién nacidos y extienden la vida de los pacientes de SIDA.

**PRB**

POPULATION REFERENCE BUREAU

## Population Reference Bureau (PRB)

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

### Consejo ejecutivo de administración

**Douglas Richardson**, Presidente del Consejo de Administración, Director Ejecutivo de la Asociación de Geógrafos Estadounidenses, Washington, D.C.

**Terry D. Peigh**, Vicepresidente del Consejo de Administración, Vicepresidente Ejecutivo y Director de Operaciones Empresariales de Foote, Cone & Belding, Chicago, Illinois

**William P. Butz**, Presidente y Gerente General, Population Reference Bureau, Washington, D.C.

**Michael P. Bentzen**, Secretario del Consejo de Administración, Socio de Hughes and Bentzen, PLLC, Washington, D.C.

**Richard F. Hokenson**, Tesorero del Consejo de Administración, Director de Hokenson and Company, Lawrenceville, Nueva Jersey

### Miembros del Consejo de administración

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

**Joel E. Cohen**, Profesor de Población con la cátedra de Abby Rockefeller Mauzé, en la Universidad Rockefeller, y Jefe del Laboratorio de Población en las Universidades Rockefeller y Columbia, Nueva York

**Bert T. Edwards**, Director Ejecutivo, Oficina de Contabilidad del Patrimonio Histórico, Departamento del Interior de los EE.UU., Washington, D.C.

**Wray Herbert**, Director Gerente Adjunto, U.S. News & World Report, Washington, D.C.

**James H. Johnson Jr.**, Distinguido Profesor y Director con la cátedra de William Rand Kenan Jr., Centro de Estrategias de Inversión Urbana, Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill

**Wolfgang Lutz**, Profesor y Líder del World Population Project del International Institute for Applied Systems Analysis y Director del Instituto Vienés de Demografía de la Academia Austriaca de Ciencias, Viena, Austria

**Elizabeth Maguire**, Presidente y Gerente General de Ipas, Chapel Hill, Carolina del Norte

**Faith Mitchell**, Subdirectora de Proyectos especiales, División de Ciencias Sociales, y de Comportamiento y Educación, Academia Nacional de Ciencias/Consejo Nacional de Investigación, Washington, D.C.

**Gary B. Schermerhorn**, Director Gerente de Tecnología, Goldman, Sachs & Company, Nueva York

**Barbara Boyle Torrey**, Consultora y escritora autónoma, Washington, D.C.

**Leela Visaria**, Profesora, Instituto Gujarat de Investigación sobre el Desarrollo, Ahmedabad, India

**Montague Yudelman**, Miembro distinguido del Fondo Mundial para la Naturaleza, Washington, D.C.

Editora: Mary Mederios Kent, PRB

Producción/Diseño: Michelle Corbett, PRB

Traducción: Ángeles Estrada

Edición y coordinación de la traducción: Sara Adkins-Blanch, PRB

El *Population Bulletin* se publica cuatro veces al año. Para solicitar ejemplares adicionales de esta publicación, u otros materiales del PRB, pónganse en contacto con PRB, 1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009-5728; Tel.: 202-483-1100; Fax: 202-328-3937; Correo electrónico: [popref@prb.org](mailto:popref@prb.org); Internet: [www.prb.org](http://www.prb.org).

La forma sugerida de hacer citas de esta publicación es: Peter R. Lamptey, Jami L. Johnson y Marya Khan, "La problemática mundial del VIH y el SIDA," *Population Bulletin* 61, no. 1 (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2006). Para obtener permiso de reproducción de partes del *Population Bulletin*, escriban al PRB, Attn: Permissions; o manden un correo electrónico a: [permissions@prb.org](mailto:permissions@prb.org).

© 2006 Population Reference Bureau  
ISSN 0032-468X

# POPULATION BULLETIN

Vol. 61, No. 1

Marzo 2006

UNA PUBLICACIÓN DEL POPULATION REFERENCE BUREAU

## El desafío mundial del VIH y el SIDA

<b>Introduction</b> .....	3
Cuadro 1. Indicadores del VIH y el SIDA por región, 2005 .....	3
<b>El VIH y el SIDA</b> .....	3
Gráfico 1. Porcentaje de adultos que viven con el VIH, por país, 2003 .....	4
<b>Riesgo y vulnerabilidad</b> .....	4
Gráfico 2. Incremento en el número de huérfanos por causa del SIDA en África subsahariana, 1990–2010.....	6
<b>Efectos demográficos y de salud</b> .....	7
Gráfico 3. Personas que viven con el VIH, por región mundial, 1986–2004 .....	7
Recuadro 1. Epidemias emergentes del VIH.....	8
Gráfico 4. Efectos del SIDA en la mortalidad infantil de ciertos países en el África subsahariana, alrededor de 2003.....	8
Gráfico 5. Efecto proyectado del SIDA en la esperanza de vida, en ciertos países de alta prevalencia, 2015–2020.....	9
Gráfico 6. Población de Sudáfrica proyectada para 2020, con y sin SIDA .....	9
Gráfico 7. Población de Sudáfrica por edad y sexo en 2020, con y sin SIDA.....	10
<b>Impacto social y económico</b> .....	10
<b>Prevención, cuidado y tratamiento</b> .....	11
Cuadro 2. Riesgo de infección del VIH por modo de transmisión, y contribución a la infección mundial.....	13
Recuadro 2. Tres casos con éxito en la lucha contra el VIH y el SIDA.....	14
<b>Tratamiento del VIH y el SIDA</b> .....	15
Recuadro 3. Financiamiento de iniciativas para combatir el VIH y el SIDA.....	17
Gráfico 8. Modelos de pruebas de detección del VIH para diferentes necesidades y contextos .....	19
<b>Dificultades en controlar el VIH</b> .....	19
<b>Conclusión</b> .....	22
<b>Recursos sugeridos</b> .....	22
<b>Referencias</b> .....	23

---

## Autores

**Peter R. Lamptey** es médico y tiene un doctorado en letras. Sirve como presidente del Instituto del VIH/SIDA de Family Health International (FHI) y director del proyecto IMPACT (*Implementing AIDS Prevention and Care*), financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El Instituto del VIH/SIDA ha realizado más de 1.000 proyectos en 65 países en el África, Asia, Europa oriental, y América Latina y el Caribe. El Dr. Lamptey es un médico de salud pública, con experiencia en el VIH/SIDA y las enfermedades virales e infecciosas de los países menos desarrollados. Ha publicado numerosos artículos sobre la prevención del VIH en contextos de bajos recursos, y ha dirigido la publicación de manuales y compendios técnicos sobre el VIH.

**Jami L. Johnson** es oficial técnica asociada en el Instituto del VIH/SIDA de Family Health International (FHI), donde asiste en tareas técnicas, de investigación y redacción, y en la elaboración de materiales de comunicación. Anteriormente trabajó en investigación y la promoción de la salud en diferentes instituciones académicas. Recibió su Masters en salud pública, con un enfoque en la promoción de la salud mundial, de la Universidad de George Washington.

**Marya Khan** es auxiliar de investigación en el Population Reference Bureau, donde investiga y escribe publicaciones y materiales educativos. Facilita la capacitación sobre la comunicación de políticas y contribuye a preparar recursos que se ofrecen de forma electrónica y por Internet. Anteriormente trabajó en programas sobre salud reproductiva y la prevención del VIH/SIDA en el África subsahariana. Tiene un Masters en salud pública de la Universidad de Columbia.

Este *Population Bulletin* es una versión actualizada del publicado en 2002, "De frente a la pandemia del VIH/SIDA", escrito por Peter Lamptey, Merywen Wigley, Dara Carr e Yvette Collymore. Los autores agradecen los valiosos comentarios de Fariyal Fikree, Catherine Hankins y Karen Stanecki.

# El desafío mundial del VIH y el SIDA

por Peter R. Lamptey, Jami L. Johnson y Marya Khan

La epidemia del SIDA puede que sea la catástrofe de salud más devastadora de la historia de la humanidad. La enfermedad continúa destruyendo a familias y comunidades en todo el mundo. Aparte de los 25 millones de personas que habían muerto de SIDA para finales de 2005, en la actualidad existen por lo menos 40 millones de personas infectadas con el VIH. Se estima que 4,9 millones contrajeron el virus en 2005 (el 95% de ellos en al África subsahariana, Europa oriental y Asia) y, si bien en algunos lugares se ha mitigado la epidemia, en otros se está elevando<sup>1</sup>.

En las regiones más afectadas, las mejoras en salud que tanto costó lograr en los últimos 50 años han sido desplazadas por la muerte y discapacidad que causa el SIDA. La enfermedad está obstaculizando el progreso a nivel familiar, y de las comunidades y las naciones. En los países seriamente azotados también se ven amenazados el crecimiento económico y la estabilidad política<sup>2</sup>.

El África subsahariana es la región más afectada del mundo (ver el Cuadro 1). Más africanos mueren de enfermedades relacionadas con el SIDA que de cualquier otra causa. Sudáfrica tiene el mayor número de personas con el VIH (entre 4,5 y 6,2 millones). Swazilandia tiene el nivel más alto de prevalencia del VIH entre la población adulta: más del 38% de los adultos están infectados por el VIH.

Si bien la escala y la fuerza de la epidemia han pegado con mayor fuerza en África, otras regiones también se enfrentan a serias epidemias del SIDA (ver el Gráfico 1, en la página 4). La prevalencia del VIH se está extendiendo más rápidamente en Europa oriental y las antiguas repúblicas soviéticas debido al incremento en el uso de drogas inyectadas y la desintegración del sistema de atención a la salud.

La prevalencia del VIH también está creciendo rápidamente en muchas partes de Asia oriental y meridional. China y la India tendrán millones de infecciones adicionales a no ser que lancen programas efectivos de prevención a gran escala.

Los países en todo el mundo industrializado se enfrentan a serias dificultades por el SIDA. Los índices de infección no se han reducido considerablemente en Europa occidental ni en América del Norte, donde la epidemia ha pasado de la población homosexual masculina a las minorías étnicas, los pobres y otros grupos marginados.

A nivel mundial la pandemia del SIDA no muestra signos de amainar, a pesar de los esfuerzos concertados para controlarla y unos pocos éxitos. Las dificultades en reducir el número de nuevas infecciones también aumentan por el deficiente

Cuadro 1  
Indicadores del VIH y el SIDA por región, 2005

Región	Personas que viven con el VIH	Nuevas infecciones en 2005	Prevalencia (% de adultos infectados)	Muertes de SIDA en 2005
Mundo	40.300.000	4.900.000	1,1	3.100.000
África subsahariana	25.800.000	3.200.000	7,2	2.400.000
África sept./Oriente Medio	510.000	67.000	0,2	58.000
Asia merid./sudeste asiático	7.400.000	990.000	0,7	480.000
Asia oriental	870.000	140.000	0,1	41.000
Oceanía	74.000	8.200	0,5	3.600
América Latina	1.800.000	200.000	0,6	66.000
Caribe	300.000	30.000	1,6	24.000
Europa oriental/Asia central	1.600.000	270.000	0,9	62.000
Europa occidental y central	720.000	22.000	0,3	12.000
América del Norte	1.200.000	43.000	0,7	18.000

Observación: Las estimaciones representan el punto medio de una variedad de cifras. El total mundial, por ejemplo, oscila entre 36,7 millones y 45,3 millones. Los índices de prevalencia se refieren al porcentaje de adultos entre las edades de 15 a 49 años infectados con el VIH.

Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), y Organización Mundial de la Salud (OMS), Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2005 (2005): 3.

acceso al tratamiento que puede salvar vidas. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estima que tan sólo alrededor del 15% de los 6,5 millones de personas en los países en desarrollo que necesitan tratamiento tienen acceso a medicamentos antirretrovirales.

## El VIH y el SIDA

El SIDA, o síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es una enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que se transmite por la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna. La forma más común de transmisión es el coito sin protección con una persona infectada. Entre otras modalidades de contagio se encuentran las transfusiones de sangre o de productos sanguíneos infectados, el trasplante de tejidos u órganos, el uso de agujas, jeringas u otros dispositivos que penetren la piel, y la transmisión de la madre al niño durante el embarazo, el parto o la lactancia materna. El VIH es sumamente frágil. No puede sobrevivir fuera de los humores o tejidos humanos por mucho tiempo y no puede penetrar la piel<sup>3</sup>.

El VIH mata, porque debilita el sistema inmunológico hasta el punto de que no puede combatir las infecciones, y el organismo acaba adquiriendo enfermedades oportunistas como neumonía, meningitis, algunos tipos de cáncer, tuber-

culosis u otras infecciones de parásitos, virus u hongos que atacan a los que tienen un débil sistema inmunológico.

El VIH generalmente tarda una década en desarrollarse antes de convertirse en SIDA, por lo que hay un retraso largo desde que se contrae la infección hasta que empiezan a aparecer los síntomas. Entre los síntomas iniciales se encuentran la fatiga crónica, la diarrea, la fiebre, la pérdida de peso, la tos continua, las erupciones en la piel, el herpes y otras infecciones orales, la inflamación de los nódulos linfáticos, y la pérdida de memoria u otras deficiencias de salud mental.

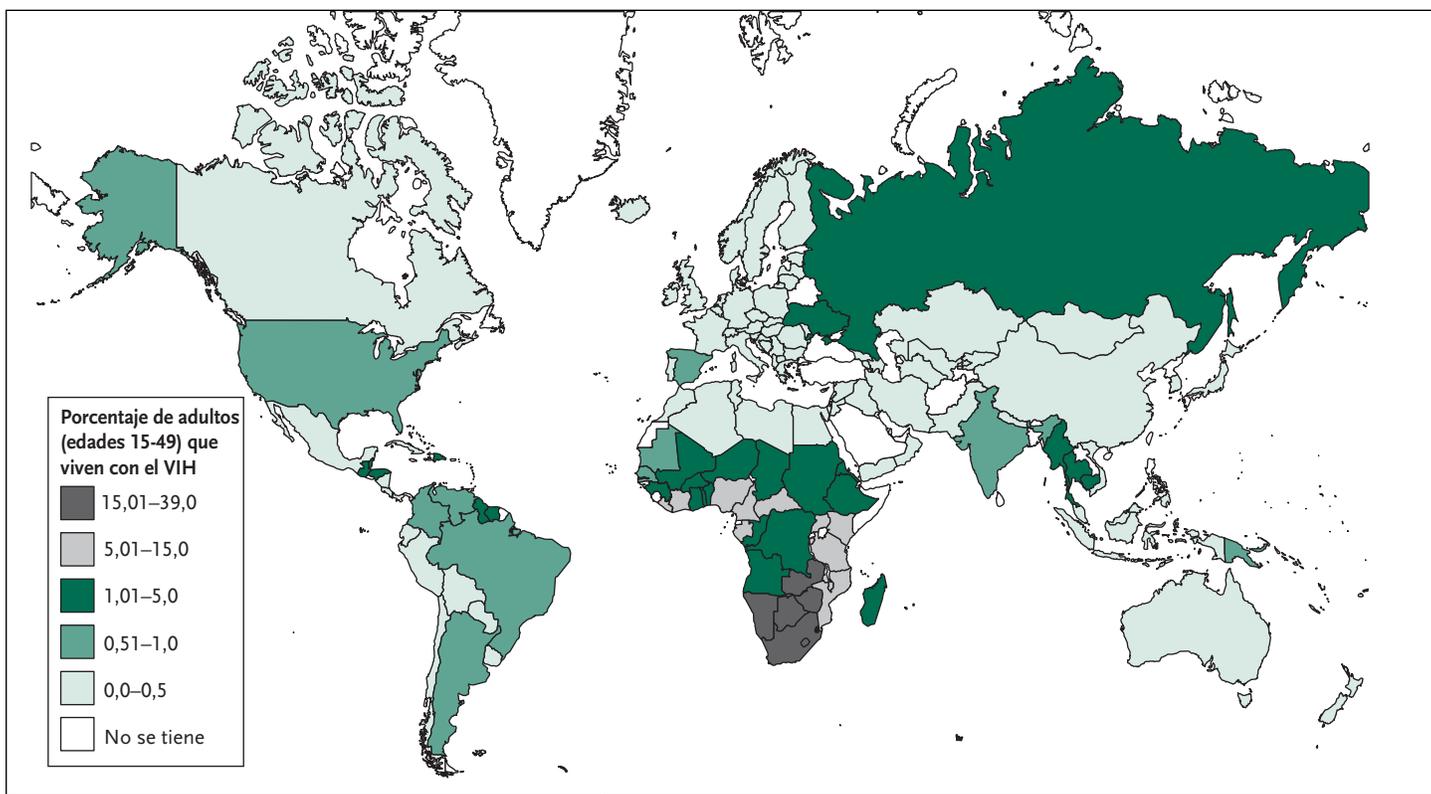
El SIDA casi siempre es mortal sin tratamiento, aunque unas pocas personas han sobrevivido la enfermedad hasta 20 años sin ser tratadas. Los regímenes actuales de medicamentos, como la terapia antirretroviral sumamente activa, ralentizan la reproducción del virus en el organismo. Ese menor índice de duplicación viral disminuye la carga del sistema inmunológico, con lo que hay menos enfermedades oportunistas y los pacientes pueden vivir más y con mejor calidad de vida. No hay cura para el SIDA y la enfermedad gana energía si se dejan de tomar los antirretrovirales.

## Riesgo y vulnerabilidad

Cuando se identificó por primera vez el SIDA en la década de 1980, las autoridades de salud pública supusieron que podía ponerse paro a la transmisión informando a la gente de las medidas para evitarla y protegiendo los productos sanguíneos. Este enfoque ha funcionado en comunidades con organización política, y acceso a información y recursos; por ejemplo, en América del Norte, Australia y Europa occidental se redujo la incidencia entre los hombres homosexuales de raza blanca, pero en las poblaciones de países menos avanzados y con mayor fragmentación social, con poco acceso a información correcta y pocos programas efectivos de prevención, el virus continuó propagándose<sup>4</sup>.

A finales de la década de 1980, cuando cobró vigor la epidemia y pasó de personas con conductas de alto riesgo a la población en general, especialmente en los países en desarrollo, los profesionales de salud pública se dieron cuenta de que tenían que entender mejor las causas de cada infección y lo que impulsaba la pandemia. Sabían que la transmisión estaba ligada a conductas específicas, como tener varios compañeros sexuales, el sexo comercial y el uso de drogas intravenosas, pero también se dieron cuenta de que dichas conductas

Gráfico 1  
Porcentaje de adultos que viven con el VIH, por país, 2003



Observación: Las estimaciones actualizadas de los índices de prevalencia del VIH por país podrán verse en la dirección de PRB en Internet, [www.prb.org](http://www.prb.org).

Fuente: ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 4º informe mundial*

dependen de factores políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales (incluida la pobreza, el conflicto armado, la impotencia para cambiar situaciones y la desigualdad de género). Para responder eficazmente a la epidemia es esencial entender los factores que elevan el riesgo y la vulnerabilidad ante el VIH.

## Conductas de alto riesgo

Las conductas de alto riesgo (como las relaciones sexuales sin protección con múltiples personas, el uso de drogas inyectadas y el sexo comercial) pueden elevar el grado de exposición a la infección. Las relaciones heterosexuales con múltiples personas son lo que ha impulsado las epidemias en el África subsahariana, mientras que el uso de drogas inyectadas y el sexo comercial han sido la principal causa en Asia.

Los usuarios de drogas inyectadas tienen mayor vulnerabilidad al VIH, porque a veces usan agujas o jeringas contaminadas, que son un eficaz medio de transmisión. Las trabajadoras sexuales tienen asimismo mayor riesgo de infección porque tienen relaciones con muchas personas, con frecuencia sin protección. La combinación del sexo comercial y el uso de drogas inyectadas eleva la vulnerabilidad, porque muchos usuarios de drogas se prostituyen para financiar su adicción, y una considerable proporción de las trabajadoras sexuales también se inyectan drogas. Muchos países han registrado altos niveles de infección entre los usuarios de drogas inyectadas y las trabajadoras sexuales, aunque todavía no han experimentado la epidemia entre la población en general, pero una vez que el VIH se establece entre los grupos de alto riesgo puede fácilmente transmitirse al público en general mediante grupos de enlace, como los clientes de las trabajadoras sexuales, porque dichas poblaciones de enlace pueden infectar a sus esposas y parejas sexuales con el VIH<sup>5</sup>.

## Riesgo y vulnerabilidad de las mujeres

Si bien los hombres fueron los más afectados al comienzo de la epidemia, los índices de nuevas infecciones entre las mujeres ahora superan a los de los hombres, especialmente en países donde las mujeres viven en pobreza y con una condición social relativamente baja. En el África subsahariana las mujeres representan el 57% de los adultos con el VIH. La disparidad entre los sexos es especialmente pronunciada entre los jóvenes africanos menores de 25 años. En el África subsahariana, las mujeres de 15 a 24 años tienen tres veces mayores probabilidades de ser infectadas que los hombres de su edad<sup>6</sup>.

Existen condiciones biológicas, culturales y socioeconómicas que contribuyen a la mayor susceptibilidad de las mujeres al VIH. En el coito vaginal sin protección, el riesgo de que la mujer quede infectada es cuatro veces superior al del hombre. La vagina tiene mayor área de tejido receptivo, comparado con la uretra en el hombre, y con frecuencia se ve expuesta a micro trauma en el coito<sup>7</sup>. Asimismo el semen infectado con el VIH generalmente contiene una mayor concentración viral que las secreciones vaginales.

El riesgo de infección por el VIH se eleva entre las personas que tienen otras infecciones de transmisión sexual (ITS). La investigación demuestra que algunas infecciones sexuales no tratadas pueden elevar hasta diez veces el riesgo de transmisión en ambos sexos. Esto es especialmente importante para las mujeres porque muchas no reciben tratamiento cuando tienen una ITS. Los síntomas en las mujeres suelen estar latentes o ser difíciles de ver, e incluso aunque se diagnostiquen las infecciones muchas mujeres no reciben tratamiento médico<sup>8</sup>.

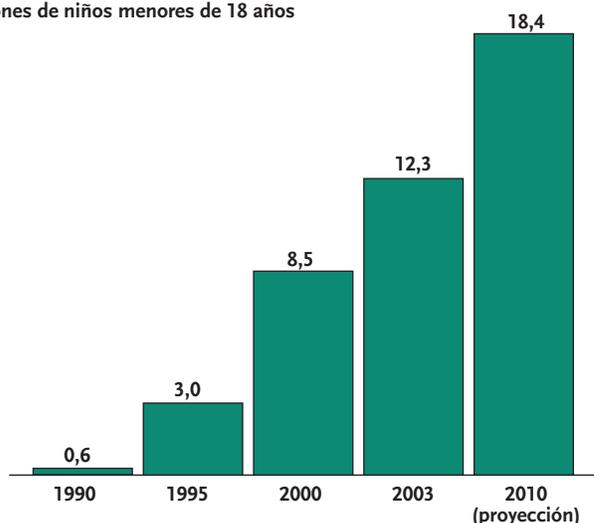
Los factores socioeconómicos (incluida la falta de acceso a educación e ingreso propio y la desigualdad en los derechos de propiedad), perpetúan la mayor vulnerabilidad de las mujeres a la infección del VIH. Muchas mujeres temen ser abandonadas por sus maridos o parejas, si tratan de controlar cuándo y cómo van a tener relaciones sexuales, o si el hombre debe usar un condón. Asimismo la pobreza hace que algunas mujeres se vean envueltas en la industria sexual, donde el tráfico sexual y el sexo comercial promueven su continua exposición al VIH. Por otra parte los hombres controlan el principal medio para reducir el riesgo de transmisión sexual del VIH: el uso del condón masculino. Aunque el condón femenino ha mejorado las posibilidades de prevención entre las mujeres, el apoyo del hombre para su uso sigue siendo crucial<sup>9</sup>.

Las tradiciones culturales, como la posición dominante de los hombres y la preferencia de los hombres mayores por mujeres jóvenes, contribuyen también a la vulnerabilidad de la mujer. En todo el mundo las actitudes comunes sobre la masculinidad alientan a los hombres a adoptar conductas sexuales arriesgadas (como tener varias compañeras sexuales, consumir alcohol antes del coito y actuar con violencia sexual) que exponen más a la mujer al VIH y a otras ITS. En muchos casos el matrimonio y la fidelidad no protegen a la mujer contra el VIH porque la conducta sexual del marido, antes o durante el matrimonio, la pone en riesgo. Por ejemplo, según un estudio en la India muchas de las nuevas infecciones tienen lugar entre mujeres casadas cuyos maridos tienen relaciones con trabajadoras sexuales; y en Nicaragua las mujeres casadas tienen el doble de probabilidades de contraer el VIH que las trabajadoras sexuales<sup>10</sup>. La violencia contra la mujer, incluida la violencia sexual, generalmente proviene del marido o compañero sexual, y puede ser un factor en la transmisión del VIH. Según un estudio en Sudáfrica, las mujeres maltratadas por sus compañeros tenían un 48% más de probabilidad de estar infectadas con el VIH<sup>11</sup>.

Las jóvenes tienen incluso mayor riesgo de infección, debido a su vulnerabilidad social, antes y después del matrimonio. La mayoría de las infecciones entre las jóvenes son el resultado de relaciones sexuales sin protección, lo que refleja el desequilibrio de poder que restringe la capacidad de las mujeres para negociar o controlar el intercambio sexual, especialmente con hombres mayores que ellas. Por otra parte las jóvenes tienen mayor riesgo biológico porque su sistema reproductor no está totalmente desarrollado.

Gráfico 2  
Incremento en el número de huérfanos por causa del SIDA en África subsahariana, 1990–2010

Millones de niños menores de 18 años



Observación: Estimación de niños que perdieron por lo menos uno de los padres por causas relacionadas con el SIDA.

Fuente: ONUSIDA, UNICEF y la Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional (USAID), *Children on the Brink 2004* (2004).

## Situaciones de alto riesgo

El conflicto militar y los desastres naturales hacen que se junten poblaciones con diferentes niveles de infección del VIH, lo que eleva las posibilidades de contagio.

En dichas situaciones, las estructuras socioeconómicas y de salud empiezan a desintegrarse cuando las poblaciones son desarraigadas de sus hogares y comunidades. Por ejemplo, el desplazamiento de poblaciones durante el genocidio de 1994 en Rwanda juntó poblaciones urbanas con altos niveles de VIH con poblaciones rurales con niveles bajos, lo que contribuyó a extender la epidemia a las áreas rurales<sup>12</sup>. En años recientes más de 50 millones de personas en por lo menos 70 países se han visto afectadas por situaciones de emergencia debidas a conflictos armados y desastres naturales<sup>13</sup>.

Si bien todos los grupos de población en situaciones de emergencia pueden correr mayor riesgo de contraer el VIH, las mujeres y los niños son los más vulnerables y los que menos pueden protegerse. Algunos participan en conductas peligrosas, como el trabajo sexual, para poder sobrevivir. Los niños pueden quedar separados de sus padres, ser reclutados como soldados, o encontrarse en situaciones que los expongan especialmente a la infección. Asimismo, a medida que empeoran las condiciones de seguridad, las mujeres y las niñas suelen resultar víctimas de violencia sexual y violaciones<sup>14</sup>.

El personal militar también tiene mayor riesgo de contraer y propagar el VIH, por contacto sexual arriesgado en sus largos períodos de asignación lejos de sus hogares<sup>15</sup>.

Considerando las necesidades inmediatas de atención sanitaria, alojamiento, comida y agua, la amenaza de la infección del VIH no se ha considerado tradicionalmente una prioridad en situaciones de emergencia, pero los esfuerzos humanitarios y de auxilio están empezando ahora a integrar programas de VIH en la respuesta a emergencias. En algunos casos, especialmente cuando el conflicto restringe la libertad de movimiento, el mayor riesgo de transmisión del VIH puede ocurrir durante el periodo de paz, que sigue al conflicto. Por ejemplo, la guerra civil en Angola probablemente redujo la propagación del VIH porque el comercio y los viajes se interrumpieron por casi tres años, pero el riesgo de la infección se ha elevado en el país desde que acabó la guerra en 2002, con el regreso de los refugiados, la apertura de las fronteras, el mayor comercio y un mayor número de viajes<sup>16</sup>.

La migración laboral, que afecta a millones de personas todos los años, también eleva el grado de exposición y la propagación del VIH. Entre los factores que contribuyen a la mayor vulnerabilidad de los trabajadores migrantes y móviles se encuentran los viajes frecuentes, los largos períodos de separación entre esposos y parejas, el limitado acceso a los servicios de salud, y el mínimo contacto social y oportunidades recreativas. Sin familia ni sistemas comunitarios de apoyo, es más probable que los migrantes participen en conductas peligrosas, y que luego pasen ese riesgo a sus propias familias y comunidades<sup>17</sup>.

## Huérfanos y niños vulnerables

El alto índice de infecciones del VIH entre las mujeres, especialmente en África subsahariana, expone a los niños a mayor riesgo de contraer la infección, incluso antes de nacer. En 16 países del África subsahariana por lo menos el 5% de las mujeres embarazadas entre las edades de 15 y 24 años que asistieron a clínicas prenatales entre 2001 y 2003 eran seropositivas<sup>18</sup>, pero menos del 10% recibieron tratamiento para prevenir la transmisión materno-infantil. Sin medidas preventivas aproximadamente una tercera parte de los niños que nacen de madres seropositivas contraen el VIH<sup>19</sup>.

ONUSIDA estima que 2,3 millones de niños vivían con el VIH a finales de 2005. Menos del 5% de los niños que necesitan tratamiento pediátrico contra el SIDA lo reciben. Muchos niños infectados por el VIH sufren el doble. No sólo viven con la enfermedad, sino que han perdido a uno o ambos padres por el SIDA. A finales de 2003, 15 millones de niños habían perdido por lo menos a uno de sus padres por el SIDA.

El número de huérfanos de SIDA está incrementando a un ritmo sin precedentes. Sin el SIDA el porcentaje total de huérfanos debería menguar, por las mejoras generales en salud, pero esta enfermedad está elevando drásticamente las cifras, especialmente en países altamente afectados por la epidemia. El número de huérfanos continuará creciendo en los próximos 10 años a medida que sus padres acaban con SIDA y mueren<sup>20</sup>. En el África subsahariana, el SIDA había dejado huérfanos a 12 millones de niños para 2003, y se espera que dicha cifra ascienda a 18 millones para 2010 (ver el Gráfico 2).

Tan sólo en Sudáfrica se teme que el número de huérfanos ascienda, de 2,2 millones en 2003 a 3,1 millones en 2010.

Los niños en contextos de bajos recursos son sumamente vulnerables a una variedad de situaciones adversas, incluso antes de la muerte por SIDA de uno de sus padres o tutores. Las necesidades básicas, como la escuela, comida, alojamiento y salud sufren, y los niños se enfrentan a mayores riesgos de abuso, explotación y aislamiento social. Las necesidades psicológicas son considerables, porque los niños sufren el trauma de la inminente muerte, o la pérdida real de los padres, y posiblemente el de tener que revelar el estado seropositivo de los padres o el propio, ajustarse a nuevas circunstancias familiares y de vida, así como el incremento real o percibido en su responsabilidad económica y familiar.

Puede que los niños sean quienes cuiden principalmente de sus padres enfermos y asuman la responsabilidad por los hermanos pequeños u otras responsabilidades adicionales en el hogar<sup>21</sup>. Si la principal fuente de sustento se enferma, los niños quizás tengan que dejar la escuela para encontrar trabajo y ayudar a mantener a la familia. La enfermedad en la familia también puede desviar los fondos que antes se utilizaban para pagar la escuela; y las familias de personas que viven con VIH y SIDA con frecuencia se enfrentan a estigma y discriminación, que puede negar a los niños acceso a educación e incluso atención médica.

Los huérfanos de SIDA corren mayor riesgo de explotación y abuso. Si las leyes son débiles o no se exige su cumplimiento, los huérfanos pueden quedarse sin herencia. La necesidad económica puede forzar a los niños, y especialmente a las niñas, a prostituirse o a tener relaciones con hombres mayores para obtener comida, alojamiento o dinero. Sin la protección de uno de los padres o un tutor que les quiera, los niños pueden ser presa del tráfico de personas, explotación laboral o violencia. Estas condiciones de riesgo elevan la exposición de los huérfanos al VIH.

## Efectos demográficos y de salud

El SIDA ha impuesto una terrible carga en la población y la salud en los últimos 25 años. El número de personas infectadas por el VIH se ha elevado, de unos pocos miles en la década de 1980 a 40 millones para 2005, y se ha extendido a todas las regiones del planeta (ver el Gráfico 3, y el Recuadro 1 en la página 8). La epidemia ha causado un resurgir de infecciones y patologías antes consideradas raras, y está contribuyendo a una explosión de tuberculosis en todo el mundo. El VIH ha revertido los avances que tanto costó lograr en supervivencia infantil y esperanza de vida en África subsahariana, así como en un creciente número de países y comunidades en todo el mundo.

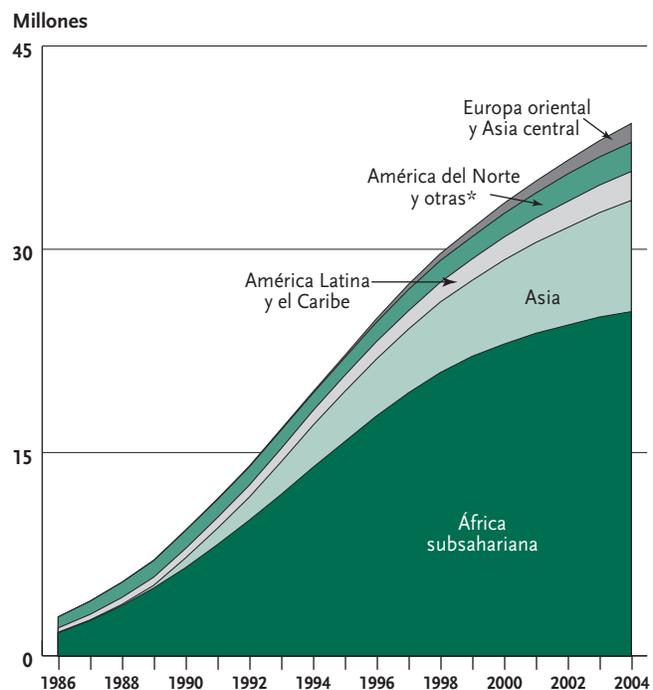
Debido a que el SIDA tiende a afectar a los jóvenes con vida sexual, las muertes de SIDA también han distorsionado las proporciones etarias y de género en las comunidades y países seriamente afectados. Estos desequilibrios se hacen sentir en el crecimiento de la población, y en el bienestar económico y social de dichos lugares.

## El VIH y la tuberculosis

La tuberculosis está volviendo a surgir en muchas partes del mundo, y en la actualidad aqueja a aproximadamente una tercera parte de la población mundial. En este momento algunos países se enfrentan simultáneamente a epidemias de VIH y tuberculosis. En África subsahariana hasta el 70% de los pacientes de tuberculosis están infectados por el VIH. El SIDA y la tuberculosis interactúan acelerando su progresión mutua. La tuberculosis es la principal causa de muerte entre las personas infectadas por el VIH y representa aproximadamente el 13% de las muertes de las personas con SIDA. La mayor parte de las personas infectadas con tuberculosis, pero no con el VIH, se mantienen sanas, sólo entre el 5 y el 10% acaban con casos de tuberculosis activa; pero el VIH hace que la tuberculosis se vuelva activa, es decir infecciosa. Una persona con tuberculosis pulmonar activa puede infectar a un promedio de entre 10 y 15 personas cada año, si no recibe tratamiento<sup>22</sup>.

El VIH también hace que la tuberculosis sea más difícil de diagnosticar. Las personas con VIH o SIDA con frecuencia adquieren formas de tuberculosis resistentes a diferentes medicamentos, y que pueden detectarse únicamente mediante pruebas de laboratorio especiales, que no suelen estar a disposición de los países de bajo ingreso. La tuberculosis puede curarse en personas con VIH, pero el tratamiento es mucho más caro y generalmente requiere un régimen estricto de medicamentos

Gráfico 3  
Personas que viven con el VIH, por región mundial, 1986–2004



\*América del Norte, Europa (excepto Europa oriental), África septentrional y Orient Medio

Fuente: ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS), datos publicados y no publicados, 2005.

## Recuadro 1

**Epidemias emergentes del VIH**

Si bien algunos países están controlando la epidemia del SIDA, la prevalencia del VIH se extiende a nuevas áreas y se incrementa rápidamente en otras. Los aumentos más alarmantes se han registrado en Europa oriental y Asia central, la India y China.

Europa oriental y Asia central están registrando epidemias del VIH que avanzan rápidamente. Se estima que 1,6 millones de personas viven con el VIH en la región. El uso de drogas inyectadas ha impulsado las epidemias, pero las relaciones sexuales sin protección constituyen una modalidad de transmisión cada vez más común. La Federación Rusa y Ucrania son las áreas más afectadas de la región. Se estima que 860.000 personas vivían con el VIH en la Federación Rusa y 360.000 en Ucrania, a finales de 2003.

Una serie de países en Asia se está enfrentando a epidemias emergentes del VIH. En India por lo menos 5 millones de personas vivían con el VIH en 2005. En el sur del país el virus se propaga principalmente por relaciones sexuales sin protección, mientras que en noreste de la India la mayoría de las infecciones se deben al uso de drogas inyectadas. Pero el sexo comercial es la fuente de transmisión en la mayoría de la India, y la prevalencia de la infección continúa en aumento y se está extendiendo más allá de las áreas urbanas.

La China tenía aproximadamente 650.000 personas con el VIH en 2005. Las epidemias más serias han tenido lugar entre usuarios de drogas inyectadas, trabajadoras sexuales y donantes de plasma, así como sus compañeros/as sexuales. Ya existen indicios de que el VIH se está extendiendo de las poblaciones con conductas peligrosas al público en

general, y se ha detectado la presencia del virus en la totalidad de las 31 provincias chinas.

Viet Nam, Indonesia y Pakistán también están a punto de registrar epidemias serias. En Viet Nam se estima que 263.000 personas tienen el VIH (el doble que en el año 2000). La interacción entre el uso de drogas inyectadas y las trabajadoras sexuales impulsa la epidemia. La totalidad de las 64 provincias han detectado casos de infecciones del VIH.

Se estima que Indonesia tenía 110.000 personas con el VIH a finales de 2003. Principalmente por el uso de drogas inyectadas, la epidemia se está extendiendo a áreas remotas del país. El VIH también se está introduciendo en las redes de sexo comercial y probablemente pasará de ahí a la población en general.

En Pakistán se estima que 74.000 personas vivían con el VIH a finales de 2003. Los usuarios de drogas y las trabajadoras sexuales mantienen un alto nivel de conductas arriesgadas y tienen poca información sobre el VIH, lo que crea condiciones para que la epidemia se vuelva cada vez más seria.

**Referencias**

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 4º informe mundial* (Ginebra: ONUSIDA, 2004); Ministerio de Salud de la República Popular China, ONU-SIDA y la OMS "2005 Update on the HIV/AIDS Epidemic and Response in China" (2006); visto en Internet en [www.unaids.org](http://www.unaids.org), el 7 de febrero, 2006; y ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS), *Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2005* (Ginebra: ONUSIDA, 2005).

por aproximadamente seis meses. La adhesión estricta a este tratamiento suele ser difícil para las personas en países en desarrollo, donde el acceso a atención sanitaria es limitado<sup>23</sup>.

**El VIH y la malaria**

La malaria y el VIH son las infecciones más comunes y las causas más importantes de muerte y enfermedad en el África subsahariana. Se calcula que 30 millones de africanos tienen la infección del VIH y entre 300 y 500 millones de personas sufren de malaria cada año. Existen cada vez más indicios de que la malaria y el VIH interactúan, de forma que el VIH reduce la eficacia de los antipalúdicos. El VIH conlleva mayor riesgo de infección de malaria, y causa una forma más grave de la enfermedad y la muerte; y en mujeres embarazadas da lugar a mayores casos de malaria y fiebre, y consecuencias más negativas para el feto<sup>24</sup>.

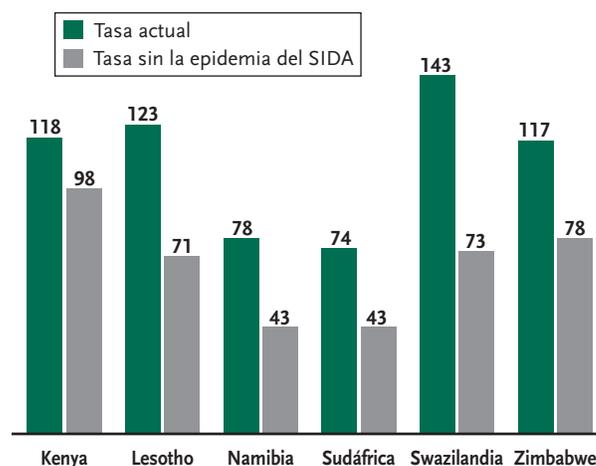
**Menor esperanza de vida**

El SIDA ocupa el cuarto lugar entre las principales causas de muerte en todo el mundo. En 2005, ONUSIDA estimó que 3,1 millones de adultos y niños habían muerto de SIDA, de ellos 2,4 millones en el África subsahariana. Por otra parte las muertes relacionadas con el SIDA en algunos países se han reducido drásticamente, debido a la eficacia de los nuevos medicamentos. En Brasil la política gubernamental de ofrecer tratamiento universal a los pacientes de SIDA redujo las muertes por la enfermedad hasta un 70% entre 1996 y 2002 (ver el Recuadro 2, en la página 14). Pero en la mayoría de los países no existe una disponibilidad generalizada de medicamentos y las muertes anuales de SIDA seguirán en aumento.

La epidemia ha puesto paro e incluso revertido los avances en supervivencia infantil y la esperanza de vida, que son indicadores claves del desarrollo social y económico. En los países menos desarrollados los índices de mortalidad entre los niños

Gráfico 4  
**Efectos del SIDA en la mortalidad infantil de ciertos países en el África subsahariana, alrededor de 2003**

Muertes de menores de 5 años de edad, por cada 1.000 nacidos vivos



Fuentes: División de Población de las Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2004 Revision*; y ONUSIDA y UNICEF, *A Call to Action: Children, The Missing Face of AIDS* (2005).

menores de 5 años son considerablemente superiores a lo que serían sin el VIH. Sin los antirretrovirales, que permiten salvar vidas, se estima que una tercera parte de los niños infectados con el VIH por transmisión materno-infantil morirán antes de cumplir un año de edad, y aproximadamente el 60% mueren antes de los 5 años. Las Naciones Unidas estiman que la mortalidad infantil se elevó en Sudáfrica, de 62 a 74 muertes por cada 1.000 niños menores de 5 años, entre finales de la década de 1990 y principios de la del 2000. De no ser por el SIDA, la mortalidad entre menores de 5 años sería de 43 muertes por cada 1.000 niños (ver el Gráfico 4). En el mismo período en Swazilandia, la mortalidad entre menores de 5 años se elevó de 109 a 143 muertes por cada 1.000 niños, comparado con las 73 que hubiera habido en 2003, de no ser por la epidemia del SIDA.

Las mejoras en salud pública y el nivel de vida en todo el mundo elevaron el promedio en la esperanza de vida entre mediados y finales de la década de 1980, pero el incremento en las muertes de SIDA ha puesto paro al progreso en muchas naciones y ha causado un rápido descenso en varios países en el África subsahariana. En Lesotho se proyecta que la esperanza de vida entre 2015 y 2020 será de 39 años, comparada con los 69 años a los que se habría elevado de no ser por la epidemia del SIDA (ver el Gráfico 5). Algunos países fuera del África subsahariana también están sufriendo reducciones en la esperanza de vida por el SIDA. Dicha enfermedad ha reducido en 4 años en Camboya y 7 en Haití, la esperanza de vida proyectada para 2015-2020.

En el África subsahariana, donde las mujeres quedan infectadas por el VIH a edades más jóvenes que los hombres, algunos países están registrando incluso menor esperanza de vida entre el sexo femenino. Entre 2000 y 2005, en Kenya, Malawi, Zambia y Zimbabwe, la esperanza de vida entre las mujeres se redujo por debajo de la de los hombres debido al SIDA. Kenya mostró la mayor diferencia (46 años de edad para las mujeres y 48 para los hombres)<sup>25</sup>.

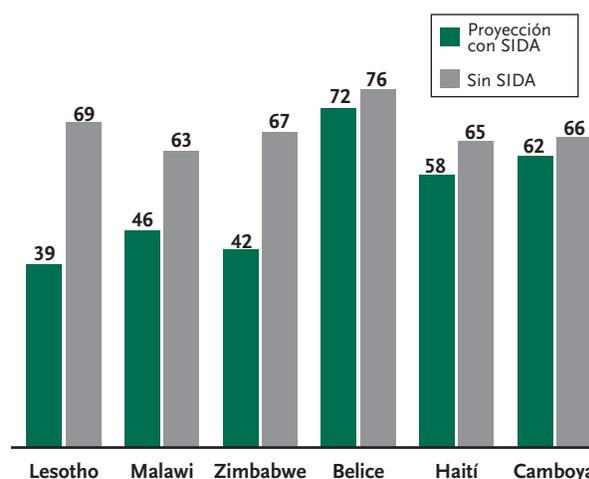
## Menor crecimiento demográfico

Las poblaciones continúan creciendo en muchos países seriamente afectados, si bien el crecimiento es menor de lo que sería sin el SIDA. En Uganda, por ejemplo, las Naciones Unidas proyectan que la población alcanzará los 51 millones para 2020, comparado con 29 millones en 2005. De no ser por la epidemia del SIDA la población total en 2020 sería alrededor de 5 millones más. El efecto es mucho mayor en Sudáfrica, donde la mortalidad por el SIDA casi pondrá paro al crecimiento demográfico en los próximos 15 años, a pesar de los altos niveles de fecundidad. Se espera que en esos 15 años Sudáfrica añada menos de 1 millón de habitantes a su población de 47,4 millones en 2005. De no ser por la epidemia del SIDA, las Naciones Unidas estiman que la población de Sudáfrica sería de 63,1 millones en 2020 (ver el Gráfico 6).

Las muertes por el SIDA están alterando la estructura etaria en diferentes países seriamente afectados. En África meridional, entre 1985 y 1990, la mayor parte de las muertes tuvieron lugar entre niños menores de 5 años y adultos mayo-

Gráfico 5

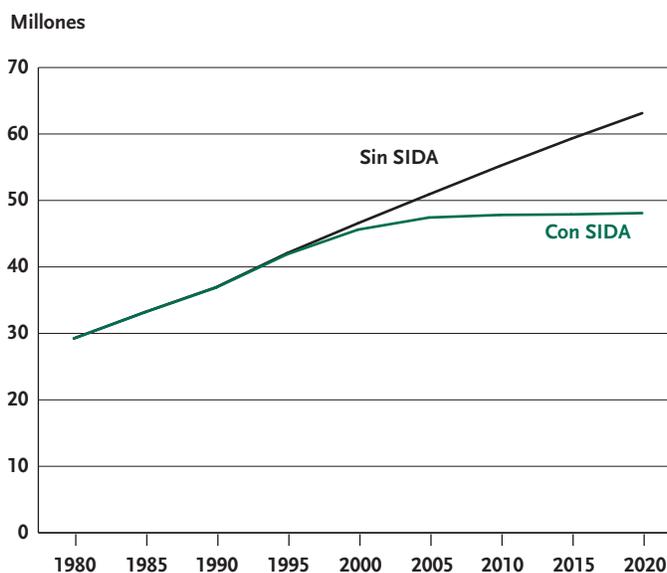
**Efecto proyectado del SIDA en la esperanza de vida, en ciertos países de alta prevalencia, 2015–2020**



Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2004 Revision*.

Gráfico 6

**Población de Sudáfrica proyectada para 2020, con y sin SIDA**



Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2004 Revision* (Edición en CD-ROM—Extended Dataset, 2005).

res de 60, mientras que tan sólo una quinta parte de todas las defunciones ocurrieron en adultos entre las edades de 20 a 49 años. Entre 2000 y 2005, los altos niveles de mortalidad entre los adultos jóvenes y de edad media hicieron que casi el 60% de todas las defunciones tuvieran lugar entre las edades de 20 a 49 años.

Sudáfrica muestra muchos de los cambios proyectados para las poblaciones en países seriamente afectados por el

SIDA. Para 2020, nacerán menos niños debido a las muertes y a la menor fecundidad entre las mujeres seropositivas; y habrá muchos otros niños que mueran de pequeños, de causas relacionadas con el SIDA. La población de adultos se contraerá, especialmente entre las mujeres de 30 y tantos y 40 y tantos años de edad, y los hombres de más de 40, lo que quedará reflejado de forma clara en la composición etaria y sexual del país en 2020 (ver el Gráfico 7). Debido al alto periodo latente del VIH, el mayor número de muertes por SIDA tiende a ocurrir aproximadamente 10 años después de la cúspide de la infección del VIH.

## Impacto social y económico

En los países altamente afectados, el VIH ha sobrecargado los sistemas de salud pública y abrumado a los proveedores de atención sanitaria, así como la infraestructura y los presupuestos de sanidad por encima de su capacidad. Pero el SIDA es mucho más que una crisis de salud. Sus efectos se hacen sentir en casi todas las dimensiones de la vida económica y social, especialmente en los países más afectados. Si bien la magnitud de la epidemia varía de un país a otro, el SIDA ataca principalmente a los adultos entre las edades de 25 y 45 años (personas que fueron infectadas en su adolescencia y juventud). El VIH y el SIDA dejan sin empleados a la fuerza laboral, sin sostén económico y atención a las familias, y sin maestros a las comunidades<sup>26</sup>.

## Carga de salud pública

Los sectores de salud sienten el impacto del VIH tanto por los costos directos como los de tratamiento médico, insumos y personal, y otros indirectos como el menor número de personal médico capacitado y la mayor carga en los sistemas de salud que luchan por responder a la epidemia.

El VIH y el SIDA continúan sobrecargando los sistemas de salud en muchos países. La gente que vive con el VIH generalmente tiene una variedad de necesidades de atención sanitaria, desde tratamiento primario y básico de infecciones, a hospitalización y consejería psicológica. Donde se dispone de medicamentos antirretrovirales, los sistemas de salud tienen que observar a los pacientes y administrar los complejos regímenes de tratamiento.

La necesidad de atención adicional es especialmente problemática en países que ya de por sí tienen dificultad en satisfacer las necesidades de salud más básicas de su población. La OMS ha señalado que cada nación necesita entre EE.UU. \$35 y EE.UU. \$40 per cápita anualmente para financiar los servicios generales de atención sanitaria mínima, incluida la terapia antirretroviral para las personas con SIDA; pero el promedio que se gastó en 2001 fueron EE.UU. \$23, y tan sólo EE.UU. \$6 de esta cantidad provino del sector público<sup>27</sup>. Muchos países, incluidos algunos de los más pobres están incrementando su gasto nacional contra el VIH y el SIDA. En su presupuesto nacional para 2003-2004 Sudáfrica incrementó dicho gasto en un 86% respecto al año fiscal anterior<sup>28</sup>.

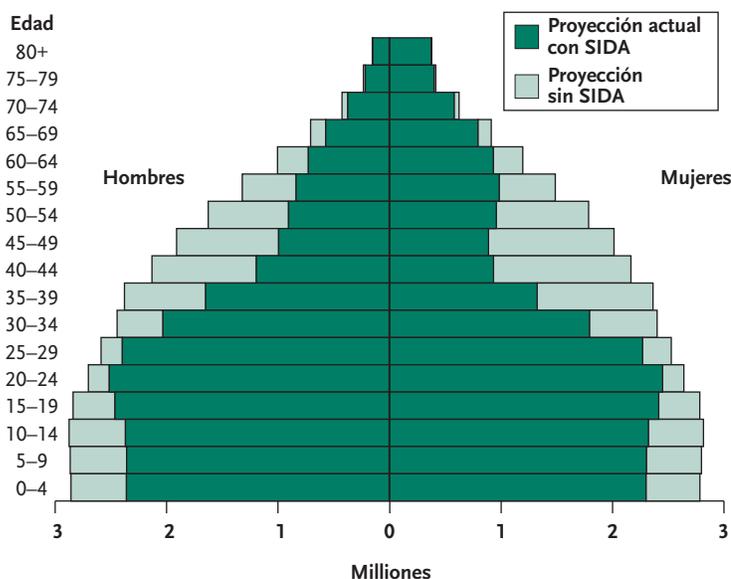
El SIDA está absorbiendo los recursos del sector sanitario que se necesitan para tratar otros problemas de salud. En muchos hospitales en el África subsahariana, por ejemplo, los pacientes de SIDA están haciendo a un lado a otros pacientes: frecuentemente ocupan más de la mitad de las camas de los hospitales en algunos países del África subsahariana. En Côte d'Ivoire y Uganda, entre el 50% y el 80% de las camas de adultos en los hospitales tienen pacientes con enfermedades relacionadas con el VIH<sup>29</sup>.

La pérdida de personal de atención sanitaria por muertes de SIDA es otro golpe al sector sanitario en países altamente afectados. Es una pérdida especialmente sentida por que la necesidad de sus conocimientos profesionales sigue aumentando a medida que más personas se enferman de SIDA. Según el servicio de salud de Sudáfrica el 14% de su personal (primordialmente enfermeras) murió de SIDA entre 1997 y 2001<sup>30</sup>. El SIDA también socava la moral de los trabajadores de salud, a medida que aumenta la carga de trabajo y tensión, y presencian altos niveles de mortalidad entre niños, adultos jóvenes y sus propios colegas.

## El sector empresarial, agrario y laboral

Debido a que el SIDA afecta a las personas en sus años más productivos, las empresas también sufren los graves efectos de la epidemia. Esto se ve especialmente en algunos países del África subsahariana, donde hasta una tercera parte de la población activa está infectada por el VIH. En los países de alta pre-

Gráfico 7  
Población de Sudáfrica por edad y sexo en 2020, con y sin SIDA



Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2004 Revision* (Edición en CD-ROM—Extended Dataset, 2005).

valencia el SIDA acaba con las ganancias de las empresas, debido a tres factores principales: mayores costos de operación, menor productividad y mercados menguantes.

Inicialmente se pensó que el SIDA era un fenómeno principalmente urbano, pero en la actualidad amenaza claramente la vida y el sustento de las comunidades rurales en todos los países menos desarrollados. Las muertes relacionadas con el SIDA entre trabajadores agrícolas ponen en riesgo la producción de alimentos y la seguridad alimentaria, especialmente en el África subsahariana, donde una gran parte de la sociedad vive de la agricultura. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) estima que 7 millones de trabajadores agrícolas murieron de SIDA entre 1985 y 2000 en los 25 países más afectados del África subsahariana. La FAO proyecta que 16 millones más de agricultores pueden morir debido al SIDA para 2020. En los países más afectados, las pérdidas en la mano de obra agrícola oscilarán entre 13% en Tanzania y 26% en Namibia para 2020. Se estima que la falta de trabajadores agrícolas en Sudáfrica causará alrededor del 3% de pérdida en la cosecha de grano<sup>31</sup>.

Al menguar la producción agrícola, el SIDA puede socavar la capacidad de exportación de los países, y con ello sus posibilidades de obtención de divisas. En África la agricultura representa el 70% del empleo, el 24% del producto nacional bruto, y el 40% de la adquisición de divisas<sup>32</sup>. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) informa que el 80% de la población de Swazilandia vive de la agricultura de subsistencia y la exportación agrícola representa el 10% del producto nacional bruto.

Los hogares donde hay alguien con SIDA a veces tienen que vender todos sus bienes, como ganado, equipo o tierras para mantener a los enfermos y pagar por los gastos de su funeral. El tiempo que se dedica a cuidar de los enfermos, su funeral y sobreponerse a la pérdida reduce la productividad y pone en riesgo la capacidad de los hogares para producir y comprar alimentos. También se pierden importantes conocimientos y destrezas, a medida que aumenta el número de muertes entre la población agrícola. Las mujeres se ven especialmente afectadas porque suelen trabajar en el campo, pero tienen que pasar cada vez más tiempo cuidando a los enfermos de la familia.

Al carecer de la mano de obra y los recursos necesarios para la siembra y la cosecha, algunas familias abandonan sus tierras. Un sondeo en Zambia muestra que debido a la enfermedad crónica de los cabezas de familia en zonas rurales, el área de cultivo se redujo en más de la mitad, con lo que también menguó la cosecha y la disponibilidad de alimentos<sup>33</sup>.

Al reducirse el ingreso y gastar más en atención sanitaria, existe menos dinero disponible para comprar comida, lo que puede causar malnutrición. Las deficiencias nutritivas tienden a acelerar la progresión del VIH al SIDA y elevar la susceptibilidad a las infecciones oportunistas. Las personas que viven con el SIDA necesitan más calorías de lo normal, especialmente si han sufrido considerable pérdida de peso. Los que toman anti-retrovirales tienen asimismo necesidades nutritivas específicas, y la insuficiencia nutritiva puede afectar su tolerancia de los medicamentos y su adhesión al régimen de tratamiento<sup>34</sup>.

## El gobierno y el servicio público

En los países seriamente afectados por el VIH, la epidemia afecta al gobierno y al servicio público principalmente de tres formas: el país pierde dirigentes políticos y funcionarios públicos difíciles de reemplazar; baja el ingreso y aumentan los costos, y hay mayor demanda de servicios sociales. La combinación de estos factores ejerce considerable presión sobre los gobiernos de los países menos desarrollados.

El SIDA está acabando con las vidas de los dirigentes nacionales (incluidos ministros, legisladores y miembros de los gabinetes), si bien dichas muertes no se describen como SIDA porque las familias temen el estigma. Las naciones están perdiendo a sus líderes y los años de experiencia de los mismos, con lo que se mina la estabilidad y la seguridad futura de la nación<sup>35</sup>. Zambia convocó 14 elecciones especiales entre 1964 y 1984, por la muerte de personas en servicio. Desde 1985, cuando se registró el primer caso de VIH en el país, hasta 2003, Zambia tuvo 59 elecciones debido a muertes de políticos, 39 de ellas cuando la epidemia estaba en su apogeo<sup>36</sup>.

Los números de funcionarios públicos también se están reduciendo. Las muertes de personal calificado son especialmente difíciles de superar en países con bajos niveles de alfabetización y educación, muchos de los cuales dependen de pequeños grupos de personas que establecen y administran los servicios.

La reducción en el ingreso y los crecientes costos exacerbaban la pérdida de funcionarios públicos. En los países altamente afectados, el SIDA está reduciendo la productividad y el ingreso. En 33 países del África subsahariana, el índice de crecimiento anual del producto interno bruto per cápita se redujo en un 0,7% entre 1992 y 2002 por la epidemia del SIDA<sup>37</sup>. Mientras tanto el gasto de los gobiernos nacionales debido al SIDA ha incrementado considerablemente. Entre 1999 y 2002 los países de ingreso medio y bajo duplicaron su inversión en programas de SIDA hasta llegar a EE.UU. \$995 millones<sup>38</sup>.

Aunque se eleva el costo y se reduce el ingreso, la demanda de servicios públicos aumenta. El VIH generalmente afecta de forma desproporcionada a los hogares más pobres, lo que contribuye a recrudecer la pobreza y a causar mayores necesidades de asistencia social. Asimismo los millones de niños huérfanos necesitan servicios públicos adicionales o la ampliación de los mismos; pero el financiamiento o la inversión en ciertos servicios públicos se recorta, debido al mayor gasto en atención sanitaria y asistencia social<sup>39</sup>.

## Prevención, cuidado y tratamiento

En esta tercera década de la epidemia, sigue sin haber cura ni vacuna contra el SIDA. Los medicamentos que prolongan la vida son más costables y accesibles, pero el tratamiento sigue en gran parte sin estar a disposición de la mayoría de las personas que lo necesitan en los países en desarrollo. En junio 2005, de los 6,5 millones de personas que necesitaban tratamiento en dichos países se estima que tan sólo 1 millón lo

recibían<sup>40</sup>. Por otra parte, si bien el tratamiento antirretroviral prolonga las vidas de muchos pacientes de SIDA, no es una cura. Desde 1987 se han sometido a pruebas clínicas más de 50 vacunas del VIH y los investigadores continúan desarrollando estrategias para mejorar las defensas contra el virus; pero a pesar de tales avances, tendrán que pasar varios años más para que exista una vacuna segura y efectiva.

Como el VIH continúa propagándose, la prevención sigue siendo el núcleo de los programas para mitigar la epidemia en un futuro previsible, aunque se necesitan programas más integrales que incluyan la prevención, atención, tratamiento e intervenciones de apoyo.

Los programas integrales de prevención para las personas infectadas con el VIH incluyen:

- Educación en general sobre el riesgo de transmisión sexual
- Apoyo de conductas de bajo riesgo, incluido el uso de condones
- Diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Asesoría y pruebas de detección del VIH
- Prevención de la transmisión materno-infantil
- Garantía de la inocuidad de la sangre y los productos sanguíneos
- Programas de intercambio de agujas y
- Reducción del estigma relacionado con el VIH y el SIDA.

Entre los programas integrales de tratamiento y atención se encuentran la terapia antirretroviral, la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas, los cuidados paliativos y basados en el hogar, el apoyo psicológico, la profilaxis después de la exposición al virus (generalmente la exposición al VIH por violación sexual o pinchazo con una aguja), y el apoyo de los huérfanos e hijos de personas con SIDA.

Los diversos componentes del abanico de prevención y tratamiento se refuerzan mutuamente. La disponibilidad de servicios de atención y tratamiento contra el VIH puede ser un gran incentivo para que la gente solicite asesoría y pruebas de detección. Sin los servicios la gente tiene poco interés en conocer si está infectada. La asesoría permite educar a las personas infectadas sobre la importancia de no contagiar a otros y los métodos para ello. Los expertos generalmente señalan que la asesoría y pruebas de detección (en clínicas de SIDA, o como algo habitual que ofrece el personal médico) es el inicio esencial para la prevención, tratamiento y atención efectivos. El acceso a atención y tratamiento también contribuye a reducir el estigma relacionado con la infección, alienta a más personas a hacerse la prueba del VIH y puede promover cambios de conducta. Pero convencer a la gente para que cambie de conducta es difícil, especialmente si creen que personalmente no corren riesgo o que el SIDA puede curarse. Los estudios en los países más desarrollados muestran que algunas personas participan en conductas sexuales de alto riesgo cuando saben que existen terapias efectivas contra el SIDA<sup>41</sup>.

Es mucho más probable que los programas de prevención tengan éxito si hacen partícipes a las autoridades normativas y

a los líderes de la comunidad. La existencia de políticas públicas que apoyan los programas de prevención del VIH permite que las personas se protejan; pero, para dar buen resultado, los programas de prevención también tienen que abordar los factores que ponen a las personas, las familias y las comunidades en riesgo de contraer la infección y elevan su vulnerabilidad a la misma.

Los programas de prevención son efectivos únicamente si pueden entrar en contacto con la mayoría de la gente con mayor riesgo, especialmente los adultos jóvenes y los grupos marginados, como las trabajadoras sexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los usuarios de drogas inyectadas y las parejas sexuales de las personas infectadas. Los programas con éxito se concentran en las principales modalidades de transmisión en una comunidad dada. La transmisión sexual es la principal forma de contagio en la mayoría de los países, especialmente en las regiones menos desarrolladas (ver el Cuadro 2, en la página 13), pero las transfusiones de sangre contaminada, el uso de drogas inyectadas y la transmisión materno-infantil representan hasta el 30% de todas las infecciones del VIH a nivel mundial. Si las actividades de prevención se concentran en dichos grupos cuando la epidemia está localizada, la prevalencia del VIH en la población en general puede permanecer baja, pero, incluso cuando está localizada, siguen necesitándose programas de prevención para la población en general.

En el África subsahariana los programas de prevención que tienen éxito se concentran en prevenir el contagio por coito heterosexual, así como la transmisión materno-infantil por sangre contaminada. En el sudeste asiático el principal enfoque es en prevenir la transmisión por vía sexual y por el uso de drogas inyectadas. En Europa oriental, el énfasis es en la transmisión por drogas inyectadas. En América Latina y en los países de alto ingreso las labores de prevención deben abarcar la transmisión homosexual y heterosexual, así como la debida a drogas inyectadas.

## Prevención de la transmisión sexual

La modalidad más común de transmisión del VIH es por contacto sexual. Los hombres y las mujeres que tienen varias parejas sexuales, incluidas las trabajadoras sexuales y sus clientes, los hombres que tienen sexo con hombres y los jóvenes son los grupos con mayor riesgo de transmisión sexual.

Los programas de prevención más efectivos promueven, o incluyen, intervenciones como las relativas a abstinencia sexual, retraso en las primeras relaciones y fidelidad mutua, así como limitar el número de compañeros/as sexuales, utilizar condones de forma sistemática y correcta, tratar las enfermedades de transmisión sexual, recibir asesoría y hacerse pruebas de detección del VIH, y un contexto de apoyo normativo y social. Si un programa se concentra tan sólo en unos pocos componentes, puede que no atienda a toda la población y tendrá un impacto nacional mínimo. La combinación más eficaz de estos componentes depende del contexto cultural así como de las necesidades de prevención específicas y de

las características de los grupos claves. Los programas efectivos también consideran los factores económicos, sociales y culturales que pueden afectar la conducta individual.

La iniciación sexual a temprana edad, la existencia de varios compañeros/as sexuales, las relaciones sexuales entre diferentes generaciones, las infecciones de transmisión sexual y el sexo sin protección son todos ellos factores de riesgo que pueden corregirse con cambios de conducta. Para ello se necesita educación sobre las formas de transmisión del VIH, sobre cómo retrasar el inicio de las relaciones sexuales y las formas de eliminar las relaciones sexuales de alto riesgo, y cómo adoptar conductas menos peligrosas o buscar servicios, y tener acceso a los insumos o servicios necesarios para protegerse.

Se espera que la circuncisión masculina se convierta en un importante instrumento adicional para reducir el riesgo de contraer el VIH. También es importante potenciar a las personas y enseñarles a imponer condiciones (especialmente en el caso de las mujeres y las niñas) para protegerse.

La abstinencia es el método de prevención que se pone de relieve en los programas dirigidos a los jóvenes, el grupo demográfico con el mayor índice de nuevas infecciones. Entre los enfoques para promover la abstinencia se encuentran cambiar las costumbres sociales, la educación sexual y la educación entre iguales. “La abstinencia secundaria” entre las personas que ya han tenido relaciones sexuales también puede reducir el riesgo del contraer el VIH. Los programas que se basan sólo en la abstinencia han sido criticados de no responder a las necesidades de las personas que son víctima de violación sexual, dependen del trabajo sexual para vivir, o tienen una relación con alguien infectado, ya sea el esposo/a o compañero/a.

Si bien la abstinencia y la monogamia mutua con una persona no infectada son conductas de prevención efectivas, pueden ser difíciles de mantener. El uso sistemático de condones ha sido muy eficaz en la protección contra el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual entre personas con vida sexual. Entre las personas casadas o monógamas, un obstáculo que generalmente se presenta en el uso del condón es que implica la sospecha de infidelidad. La enseñanza de estrategias para convencer a la pareja a que use condones puede elevar la aceptabilidad de dicha práctica al abordar esta inquietud. En Tailandia y Camboya las casas de prostitución con políticas de uso de condones redujeron la transmisión del VIH entre las trabajadoras sexuales y sus clientes, así como entre la población en general. El uso sistemático de condones reduce hasta seis veces la transmisión del VIH entre parejas donde uno de los dos es seropositivo<sup>42</sup>.

Los condones también sirven para prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS), que pueden en sí mismas incrementar diez veces más la susceptibilidad al VIH<sup>43</sup>. Las ITS, como la sífilis y la gonorrea, pueden tratarse con antibióticos, con lo que se reduce el riesgo que presentan; y las que no pueden curarse, como el herpes genital, pueden controlarse con aciclovir y otros antivirales. Incluso aunque no tomen medicamentos, las personas con ITS incurables pueden bene-

Cuadro 2

### Riesgo de infección del VIH por modo de transmisión y contribución a la infección mundial

Modo	Índice de transmisión por contacto	Porcentaje de la infección mundial
Transfusión sanguínea	Más del 90%	5% a 10%
Transmisión materno-infantil	25% a 40% en países menos desarrollados 15% a 25% en países más desarrollados	2% a 3%
Coito sin protección	0.1-1.0% <sup>a,b</sup>	70% a 80%
Drogas inyectadas	Menos del 1,0% <sup>a</sup>	5% a 10%
Pinchazo accidental y otras formas en contextos médico	Menos del 0,5%	0,01%
En el hogar por contacto con sangre	Rara	Casi nada

<sup>a</sup> El riesgo es acumulativo y se eleva de forma exponencial con cada contacto.

<sup>b</sup> Varios factores, como las infecciones de transmisión sexual y la falta de circuncisión pueden elevar el riesgo.

Fuentes: Communicable Disease Prevention and Control, “The Risk of HIV-1 Transmission by Type of Exposure” (www.cdpc.com, visto el 8 de julio, 2002); y P.R. Lamptey y H.D. Gayle, HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs (2001).

ficiarse al recibir atención médica, porque se les asesora sobre conductas sexuales de menor riesgo y la forma de notificar a sus compañeros/as sexuales, y se les proporciona información sanitaria en general. Los servicios de atención a las ITS pueden abordar, con tratamiento y asesoría, los factores de riesgo biológicos y de comportamiento en personas con vida sexual.

El programa del VIH/SIDA de Brasil ha demostrado que la educación sobre el uso de condones y el acceso a los mismos entre la gente joven es algo efectivo. El uso de condones en el primer coito entre los jóvenes brasileños se elevó, de menos del 5% en 1986, al 63% en 2003<sup>44</sup>.

La continua investigación demuestra que la circuncisión masculina puede proteger contra el VIH. La circuncisión no se practica en muchas áreas de África oriental y meridional, lo que puede ser una de las razones de la alta prevalencia del VIH en las mismas<sup>45</sup>. Un ensayo clínico en Sudáfrica descubrió que los hombres circuncidados tenían un 61% menos de probabilidad de ser infectados por el VIH que los que no lo estaban. En Rakai, Uganda, un estudio reciente demostró que la circuncisión masculina redujo la infección del VIH entre las compañeras sexuales en un 30%<sup>46</sup>. Si estudios posteriores confirman estos resultados, la circuncisión masculina podría convertirse en un medio importante de controlar la expansión del VIH.

Existen varios factores que pueden reducir el riesgo de la infección del VIH en hombres circuncidados<sup>47</sup>. La falta del prepucio puede reducir el periodo de pérdida de humedad después del contacto sexual, lo que acorta la vida del virus y el tiempo en que la piel está en contacto directo con el

## Recuadro 2

**Tres casos con éxito en la lucha contra el VIH y el SIDA****Brasil**

En 1996 uno de cada tres latinoamericanos con VIH vivía en Brasil y el país era uno de los que tenía la más alta prevalencia de la infección en la región. Para responder a la creciente epidemia, los legisladores brasileños exigieron terapia antirretroviral gratuita para todas las personas con SIDA que tuvieran derecho al seguro médico nacional. Esta fue una decisión cara y sin precedentes en un país en desarrollo, pero al cabo de una década su esfuerzo ha logrado reducir drásticamente la prevalencia del VIH y la mortalidad por el SIDA.

La tasa de mortalidad nacional por causa del SIDA se redujo a la mitad y las hospitalizaciones relacionadas con la enfermedad en instalaciones de salud pública bajaron en un 80% entre 1996 y 1999. Para 2005 más de 170.000 brasileños seropositivos estaban recibiendo tratamiento para salvarles la vida gracias a las acciones del gobierno.

Los mensajes y actividades de prevención del VIH también recibieron alta prioridad. Aparecen en las actividades diarias en las escuelas, el lugar de trabajo, los establecimientos de ocio y en la calle. La prevalencia nacional del VIH se redujo al 0,6% en 2000 y ha permanecido baja.

Brasil demostró, no sólo que es posible el compromiso nacional de proporcionar tratamiento integral y prevención, sino que puede tener éxito. Brasil se ha convertido en ejemplo para otros países latinoamericanos en el establecimiento de programas contra el VIH.

**Camboya**

Con 2,6% de los adultos infectados con el VIH, Camboya tiene el mayor nivel de prevalencia de la infección de todo Asia. También es uno de los países más pobres en el mundo en desarrollo; pero, a pesar de sus limitados recursos, lanzó un programa de prevención que ha logrado reducir los índices de transmisión. La epidemia cobra ímpetu debido a la dinámica industrial sexual y la alta prevalencia del VIH entre las trabajadoras sexuales y sus clientes, así como algunas de las esposas y compañeras sexuales de los clientes. Camboya adoptó estrategias de prevención similares a las que

lograron reducir los índices de transmisión en Tailandia, su vecino, entre ellas especialmente el uso obligatorio de condones al 100% en las casas de prostitución. Se considera que este enfoque consiguió reducir drásticamente la prevalencia del VIH entre las trabajadoras sexuales y sus clientes. La prevalencia nacional del VIH también bajó ligeramente entre 2001 y 2003, de 2,7% a 2,6% entre los adultos de 15 a 49 años de edad.

**Botswana**

Botswana ha sufrido una de las peores epidemias del VIH en todo el mundo. Por lo menos tres de cada 10 adultos están infectados y la esperanza de vida esta 20 años, o más, por debajo de lo que sería sin el SIDA. En 2002 el presidente y otros dirigentes nacionales trabajaron en la creación del Programa Masa ("Nuevo Día"), que constituyó el primer programa de tratamiento gratuito contra el SIDA en África. Dicho programa entrega antirretrovirales a alrededor de 42.000 de los habitantes, el 56% del total que los necesita. Botswana, un país que ha sido destrozado por el SIDA, ha demostrado que es posible ampliar el acceso a tratamiento para todos, incluso en países africanos seriamente afectados.

**Referencias**

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA (ONUSIDA), *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 4º informe mundial* (Ginebra: ONUSIDA, 2004); ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS), "Latin America, Fact Sheet" (2005), visto en Internet en [www.who.int](http://www.who.int), el 10 de febrero, 2006; Pedro Chequer, "Strengthening the National Response to HIV/AIDS in Brazil Through Civil Society Partnerships", presentación para el Programa Brasileño sobre las ITS y el SIDA, Ministerio de Salud, 3ª Conferencia Internacional de la Sociedad contra el SIDA, Rio de Janeiro, 25 de julio, 2005; AVERT, "HIV and AIDS in Latin America and the Caribbean" (2005), visto en Internet en [www.avert.org](http://www.avert.org), el 10 de febrero, 2006; Elizabeth Pisani et al., "Back to Basics in HIV Prevention: Focus on Exposure", *British Medical Journal* 326, no. 7403 (2003): 1384-87; AVERT, "HIV and AIDS in Botswana" (2005), visto en Internet en [www.avert.org](http://www.avert.org), el 10 de febrero, 2006; y U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Global AIDS Program, "Country Profile—Botswana" (13 de septiembre, 2005), visto en Internet en [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov), el 10 de febrero, 2006.

mismo. Con la circuncisión se reduce el área total de superficie del pene y el número de células receptoras, que abundan en el prepucio.

Varios estudios han indicado que la mayor parte de los hombres adultos estarían dispuestos a someterse a la circuncisión si creyeran que les protege contra la infección del VIH<sup>48</sup>. La circuncisión masculina puede ser eficaz en reducir la infección, pero no es una panacea para la prevención. No ofrece protección total contra el VIH. Todos los hombres, circuncidados o no, deben usar un enfoque integral de prevención, incluida educación sobre la abstinencia, mantenerse fieles y usar condones para evitar la propagación del virus.

Un Plan de trabajo de las Naciones Unidas sobre circuncisión masculina está estableciendo lineamientos técnicos sobre cuestiones programáticas clínicas y sociales relativas a la expansión de los servicios de circuncisión masculina. Dichos lineamientos ayudarán a los gerentes de los programas de país a asegurarse de que el procedimiento se realice debidamente, con el mínimo riesgo de complicaciones clínicas y mínimo

estigma y discriminación en contra de hombres circuncidados o no circuncidados, para evitar socavar otras estrategias de prevención del VIH.

**VIH y uso de drogas inyectadas**

Se estima que existen 13 millones de usuarios de drogas inyectadas en todo el mundo, y hasta 3,3 millones de ellos están infectados por el VIH<sup>49</sup>. Entre el 5% y el 11% de todos los casos de SIDA están relacionados con el uso de drogas inyectadas, que es una importante forma de transmisión del virus en Europa oriental y meridional, la mayor parte de Asia y América del Norte, así como partes de Sudamérica. También es una fuente importante de la infección en el África septentrional y el Oriente Medio. La transmisión entre usuarios de drogas inyectadas se debe principalmente a compartir agujas contaminadas, pero todos los usuarios de drogas, se inyecten o no, pueden tener un papel en la propagación del VIH a la población en general, por transmisión sexual, especialmente los usuarios que intercambian sexo por drogas o dinero, o participan en

conductas sexuales arriesgadas cuando actúan bajo la influencia de las drogas.

La propagación del VIH entre usuarios de drogas suele ser rápida y difícil de controlar. La subcultura y el estigma social relacionado con el uso de drogas y el VIH obstaculizan el contacto con dichas personas, si bien los estudios muestran que, con la debida información y oportunidad, muchos usuarios de drogas inyectadas cambian de conductas sexuales y modalidades de uso, para protegerse a sí mismos y a sus parejas contra el VIH. Los programas de educación han logrado reducir la transmisión del virus entre las personas que se inyectan drogas en varios países desarrollados, como Australia, Canadá y los Estados Unidos. Asimismo existen modelos de reducción del daño, como los programas de intercambio de agujas, que pueden reducir al mínimo el uso de agujas contaminadas. El temor de que ello puede incrementar la frecuencia del uso de drogas no se ha hecho realidad<sup>50</sup>.

El tratamiento con metadona y buprenorfina puede reducir la dependencia de drogas ilegales, con lo que también se menguan las conductas de alto riesgo. Al asegurarse de la disponibilidad de condones y enseñar el uso apropiado de los mismos, se puede reducir la incidencia de relaciones sexuales sin protección. Los servicios contra las ITS y otros servicios de sanidad pueden reducir el riesgo y crear oportunidades de asesoría o remisión de pacientes a programas de tratamiento de drogas. En el caso de los usuarios de drogas que viven con el VIH o el SIDA, se pueden integrar los servicios de atención, tratamiento y apoyo con los programas de tratamiento contra la drogadicción.

## Sangre infectada con el VIH

Algunas de las primeras personas identificadas con el VIH adquirieron la infección de productos sanguíneos infectados en países de alto ingreso. Miles de personas quedaron infectadas por dicho medio en la década de 1980, pero esas cifras se desplomaron una vez que se aplicaron ampliamente las pruebas de detección de la presencia del VIH en los donantes y la sangre donada. En los países más desarrollados, la drástica reducción en la transmisión del VIH por la sangre es uno de los grandes éxitos en la lucha contra la epidemia<sup>51</sup>.

Pero la sangre contaminada continúa causando entre el 5% y el 10% de las nuevas infecciones del VIH en todo el mundo, y presenta un problema en particular en los países de bajo ingreso con deficientes infraestructuras de sanidad. La recogida de sangre en condiciones poco higiénicas infectó a miles de aldeanos en una zona rural de la China en la década de 1990<sup>52</sup>.

Para prevenir la transmisión del VIH por la sangre y los productos sanguíneos hay que establecer un sistema bien organizado de transfusiones, tomar precauciones universales durante la recogida y en el manejo de la sangre, reclutar a donantes no infectados, usar pruebas de detección efectivas para el VIH y otras enfermedades infecciosas, garantizar el uso apropiado de la sangre y los productos sanguíneos (como evitar transfusiones innecesarias) y prevenir problemas de salud, como la anemia, que requieren transfusiones.

## Transmisión iatrogénica

Las prácticas médicas sin las debidas precauciones contribuyen a la transmisión iatrogénica: la transmisión no intencional del VIH por personal médico. Los trabajadores de salud, especialmente en áreas rurales, puede que no reciban suficiente capacitación sobre las prácticas de precaución universales. Las técnicas de esterilización no efectivas y las deficiencias higiénicas en las instalaciones médicas pueden exponer a los trabajadores de salud y los pacientes a sangre y otros humores que contengan el VIH. La indebida eliminación de jeringas, agujas y otro equipo médico también presentan riesgo.

Las expectativas culturales de atención médica pueden elevar el riesgo de transmisión iatrogénica del VIH. En algunos lugares se considera que la consulta médica no está completa si no se pone una inyección (generalmente inyecciones innecesarias de antibióticos, vitaminas, analgésicos o cloroquina). El VIH puede mantenerse vivo en las agujas que se usan para las inyecciones intramusculares y subcutáneas, y existe el riesgo de transmisión si se rehúsan<sup>53</sup>. En el año 2000, la reutilización de equipo de inyecciones se estima que causó el 5% de todas las nuevas infecciones del VIH<sup>54</sup>.

La transmisión entre los proveedores de atención médica y los pacientes también es un riesgo en contextos de servicios de salud. Los trabajadores de salud comúnmente se ven expuestos a sangre o productos infecciosos en el curso de sus labores habituales. Si se toman las precauciones universales, como usar guantes y máscaras, se puede evitar el estigma en la atención de forma sistemática, sea o no el paciente seropositivo.

Los curanderos son una importante fuente de atención a la salud en muchas regiones del mundo, y pueden participar en actividades que quizás les expongan a ellos mismos, o a sus pacientes al VIH. Algunos creen que la fuente del VIH no es biológica, por lo que puede parecer innecesario tomar precauciones. El contacto con equipo contaminado puede ocurrir por prácticas culturales comunes, como la escarificación, la circuncisión femenina y masculina, y los tatuajes.

## Tratamiento del VIH y el SIDA

Se estima que en 2005 alrededor de 6,5 millones de personas necesitaban tratamiento antirretroviral, pero sólo 15% (1 millón) tuvieron acceso al mismo. En África subsahariana, alrededor del 11% de los que necesitaban tratamiento lo recibieron<sup>55</sup>. Las principales razones de esta deficiencia son el alto costo del tratamiento, las dificultades para obtenerlo, la deficiente estructura de salud, incluida la falta de proveedores

\* Los antirretrovirales que se usan más frecuentemente para tratar el SIDA son de tres clases principalmente: los inhibidores nucleótidos de transcriptasa reversa, los inhibidores no-nucleótidos de transcriptasa reversa y los inhibidores de proteasa. Existe actualmente una cuarta clase denominada inhibidores de entrada (entre los que se encuentran los inhibidores de fusión), que funcionan impidiendo que el VIH entre a las células T. La existencia de células T saludables es esencial para la defensa del organismo contra patógenos como el VIH.

de atención sanitaria, el débil compromiso político a nivel nacional, insuficientes o inciertos recursos financieros y el continuo estigma que suele impedir a la gente buscar la atención que necesita.

Los objetivos clínicos de la terapia antirretroviral son reprimir la reproducción del virus y restituir el funcionamiento del sistema inmunológico, reducir la posibilidad de resistencia viral a los medicamentos antirretrovirales, y reducir la morbilidad y mortalidad debidas al VIH.

Desde la introducción de los antirretrovirales en 1996, la terapia de medicamentos ha transformado la infección del VIH, de una enfermedad mortal progresiva, a un estado crónico manejable. Los medicamentos pueden ralentizar o revertir la progresión del SIDA, aunque no lo curan. Los medicamentos antirretrovirales actuales (que pueden clasificarse en tres categorías principales\*) funcionan bloqueando enzimas que son importantes para la duplicación y el funcionamiento del VIH en el organismo<sup>56</sup>. Existe una nueva clase de antirretrovirales (los inhibidores de entrada) que funcionan de forma diferente, puesto que atacan al VIH después de haber infectado el sistema inmunológico. Estos medicamentos ofrecen esperanza a personas que han desarrollado resistencia a los medicamentos actuales. La combinación de diferentes tipos de medicamentos es la terapia más efectiva para obstaculizar la progresión al SIDA, porque el virus puede desarrollar resistencia a ciertos medicamentos si se utilizan de forma aislada. Para combatir el cáncer y la tuberculosis también se emplea un enfoque similar con varios fármacos.

Estudios recientes han demostrado que los regímenes de bajo costo pueden prevenir algunas de las infecciones oportunistas que comúnmente ocurren con el VIH, incluida la tuberculosis, la neumonía por neumocistis carinii, así como otras importantes causas de enfermedad, como las infecciones de salmonela no tifoidea y la toxoplasmosis cerebral. La terapia de prevención de la tuberculosis sería especialmente eficaz en el África subsahariana, donde la tuberculosis es una importante causa de muerte entre personas con VIH. El uso de cotrimoxazole para tratar a los pacientes seropositivos con neumonía por neumocistis carinii puede reducir considerablemente las hospitalizaciones y la mortalidad debido a otras infecciones bacterianas oportunistas<sup>57</sup>. Las infecciones de hongos, una importante causa de enfermedad y muerte entre pacientes seropositivos responden a terapia preventiva con fluconazole<sup>58</sup>.

Estas simples terapias preventivas ofrecen la posibilidad de reducir la morbilidad en las personas seropositivas. Su costo relativamente bajo significa que podrían extenderse a mayor número de personas que los antirretrovirales que son más caros. Pero se necesita mayor investigación sobre quién debe recibirlas y por cuánto tiempo, y cómo la terapia afecta la resistencia a los medicamentos a largo plazo.

El objetivo general del tratamiento clínico (incluida la terapia de medicamentos) es mejorar la calidad de vida de los infectados por el VIH, elevando el acceso a programas integrales de prevención y tratamiento. La evidencia, tanto de países en desarrollo como países desarrollados, indica que la terapia antirretroviral puede prolongar drásticamente la vida

de los infectados con el VIH, y permitirles continuar como miembros productivos de sus comunidades, mantener a sus familias y criar a sus hijos.

Los programas de atención clínica también pueden ayudar a reducir el número de huérfanos y niños vulnerables, al prolongar las vidas de los padres, reducir la transmisión materno-infantil y aminorar el riesgo de transmisión sexual (por la menor carga viral en los humores del cuerpo humano). Los programas de atención también combaten el estigma y la discriminación relacionados con el VIH y el SIDA.

La atención paliativa es un componente importante del cuidado integral de los infectados. Muchas personas sufren de dolor, diarrea, náuseas, tos, dificultad para respirar, fatiga, fiebre y un estado de confusión, así como una tensión psicológica malsana debido a la enfermedad, el estigma de la misma y la proximidad de la muerte. Al prevenir los síntomas mediante atención paliativa se puede impedir el dolor y las visitas innecesarias a las instalaciones de atención sanitaria, y las personas con SIDA pueden permanecer activas el mayor tiempo posible en su comunidad. Los curanderos, los remedios a nivel local y una serie de servicios de apoyo también pueden jugar un papel considerable. La capacitación de proveedores de atención domiciliaria, voluntarios de la comunidad o familiares para la administración de paliativos puede mejorar la calidad de vida de la gente que vive con el SIDA.

La atención domiciliaria tiene una variedad de ventajas para las personas que viven con el VIH y el SIDA, y sus familias, especialmente para aquellos que no siempre cuentan con acceso a instalaciones de atención sanitaria; y los proveedores de atención domiciliaria tienen una gran oportunidad para detectar si hay niños en el hogar que estén expuestos y necesitan servicios.

## Mayor acceso a tratamiento

El reciente y dramático incremento en el financiamiento mundial, firmes iniciativas internacionales y el menor costo de los antirretrovirales han incrementado el acceso a tratamiento en varios países.

Los programas de tratamiento más exitosos a nivel nacional en los países en desarrollo están en Brasil y Botswana (ver el Recuadro 2, en la página 14). El programa de Brasil demuestra la importancia de contar con voluntad política, recursos nacionales adecuados, estrecha participación de la sociedad civil y programas integrales de prevención y tratamiento. También señala el considerable nivel de recursos que se necesitan para ofrecer acceso universal y servicios de prevención y tratamiento. El gobierno brasileño contribuyó casi el 90% de estos recursos. La asignación de grandes recursos ciertamente ha funcionado bien en Brasil (un país de ingreso medio), pero la mayoría de las naciones en desarrollo quizás no puedan costear tratamiento gratuito para todos los que lo necesitan<sup>59</sup>.

El programa de las Alianzas Africanas Integrales contra el VIH/SIDA (*African Comprehensive HIV/AIDS Partnerships, ACHAP*) en Botswana es un esfuerzo conjunto entre el gobierno del país, la Fundación Bill y Melinda Gates y la Fundación de la Compañía Merck/Merck Company Inc., que

ha mejorado drásticamente el acceso nacional a tratamiento. El programa se lanzó en el 2000 y había proporcionado terapia antirretroviral a 42.000 personas (el 56% de los necesitados) para diciembre de 2004.

La cobertura de tratamiento continúa mejorando en varios países, como resultado de mayores recursos provenientes del Plan de emergencia del Presidente de EE.UU. para alivio al SIDA y el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. El Plan de emergencia del Presidente espera entrar en contacto con 2 millones de personas para 2008 en los 15 países donde se concentra. El Fondo Mundial ha asignado casi EE.UU. \$2.500 millones al VIH/SIDA y estima que

más de 1,8 millones de personas recibirán antirretrovirales mediante donaciones (ver el Recuadro 3, en la página 17).

A pesar de estos esfuerzos, la gran mayoría de las personas que viven con el VIH no tendrán tratamiento adecuado durante varios años más. Muchos de los que viven con el VIH carecen de acceso a instalaciones de salud y no pueden costear las contrapartidas de pago, que si bien reducen el costo del tratamiento, siguen siendo considerables. Muchos países en desarrollo no tienen los recursos financieros ni la infraestructura para apoyar un programa de tratamiento contra el VIH a gran escala. Los más desatendidos generalmente son los niños, las mujeres, los residentes rurales y las poblacio-

### Recuadro 3

#### Financiamiento de iniciativas para combatir el VIH y el SIDA

Varias importantes iniciativas han ampliado el arsenal de armas contra el VIH y el SIDA. A continuación se ponen de relieve tres de ellas:

##### Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria

En 2001, las Naciones Unidas crearon el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, con el objetivo de recabar EE.UU. \$9.000 millones para apoyar enfoques integrados de prevención, atención, apoyo y tratamiento. El establecimiento del Fondo ayudó a redirigir la atención, no sólo hacia el VIH, sino también a otros dos importantes problemas internacionales de salud: la tuberculosis y la malaria.

El Fondo Mundial entrega fondos a entidades de ejecución, un grupo diverso que representa a múltiples sectores de la sociedad. Entre los donantes al Fondo Mundial se encuentran los gobiernos de más de 50 países, así como fundaciones, empresas y particulares. El Fondo también financia programas contra la malaria y la tuberculosis, que son enfermedades altamente extendidas en muchos países con gran prevalencia del VIH.

El Fondo ha prometido EE.UU. \$2.500 millones para programas de prevención, atención y tratamiento contra el VIH en países en todo el mundo<sup>1</sup>. Entre 2001 y 2005, proporcionó tratamiento para 220.000 personas con VIH, más de 1,1 millón con malaria y 600.000 con tuberculosis<sup>2</sup>.

Si se financia totalmente el Fondo planea proporcionar medicamentos antirretrovirales a 1,8 millones de personas, y asesoría y pruebas de detección voluntarias a 62 millones, así como ofrecer servicios médicos y educación, y atención comunitaria a más de 1 millón de huérfanos

##### Plan de emergencia del Presidente de los EE.UU. para el alivio del SIDA

En 2003 se inició el Plan de emergencia del Presidente de los EE.UU. para el alivio del SIDA. Se trata de un plan quinquenal mundial, valorado en EE.UU. \$15.000 millones, para combatir el VIH y el SIDA fuera de los Estados Unidos. Dicho Plan pone gran énfasis en la atención y el tratamiento; dedica el 55% de los fondos a tratamiento, el 15% a atención paliativa, un 20% a la prevención del VIH/SIDA (con al menos un 33% asignado a promover la abstinencia hasta el matrimonio) y un 10% para ayudar a huérfanos y niños vulnerables.

Los quince países focales (Botswana, Côte d'Ivoire, Etiopía, Guyana, Haití, Kenya, Mozambique, Namibia, Nigeria, Rwanda, Sudáfrica, Tanzania, Uganda, Zambia y Viet Nam) reciben dinero del mismo. Se ha proporcionando terapia antirretroviral a más de 235.000 personas con el VIH, y se ha entrado en contacto con más de 1,1 millón para ofrecerles servicios esenciales de atención sanitaria. Puede que se eleve el tratamiento a mayor ritmo, porque ahora pueden aplicarse los fondos a medicamentos antirretrovirales mucho menos caros, después de la

disposición establecida en 2005 por la entidad que reglamenta los alimentos y los fármacos en los EE.UU. (*Food and Drug Administration*)<sup>3</sup>.

##### La Iniciativa de "3 para el 5"

La lanzaron la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONUSIDA en septiembre de 2003. Su objetivo es proporcionar medicamentos antirretrovirales a 3 millones de personas con SIDA en los países en desarrollo para finales de 2005 (3 millones para el 2005), y entrar en contacto al menos con la mitad de las personas que necesitan atención. Esta iniciativa de ONUSIDA y la OMS se basó en las alianzas establecidas mediante el Fondo Mundial, el Plan de emergencia, el Banco Mundial, los gobiernos nacionales y las organizaciones no gubernamentales. A mediados de 2005 aproximadamente 1 millón de personas en el mundo en desarrollo tenía acceso a antirretrovirales (2 millones por debajo del total deseado). Catorce países de ingreso medio y bajo superaron el objetivo de "3 para el 5" de ofrecer antirretrovirales a más del 50% de quienes los requerían, pero tan sólo se logró entrar en contacto con alrededor del 15% de los necesitados, es decir muy por debajo del 50% previsto.

La metas del "3 para el 5" resultaron ser demasiado ambiciosas, considerando los muchos obstáculos para elevar rápidamente el acceso a los antirretrovirales, especialmente en países pobres. Algunos países carecían del compromiso político necesario para elevar dicho acceso en poco tiempo. Otros problemas importantes fueron atolladeros en el suministro, falta de personal, altos precios e infraestructura deficiente en muchos países en desarrollo. El financiamiento de los donantes resultó ser con frecuencia imprevisible e insuficiente, y la asistencia técnica de la OMS y otras entidades no bastó para sobreponerse a la deficiente infraestructura en muchos países. Aunque las metas del "3 para el 5" no llegaron a alcanzarse, el plan ayudó a muchos países a entregar antirretrovirales a más personas, a mejorar la infraestructura de sanidad y, lo que es más importante, a demostrar que es posible tratar a un gran número de personas con SIDA en el mundo en desarrollo<sup>4</sup>.

##### Referencias

1. The Global Fund, "Monthly Progress Update – 15 Noviembre 2005", visto en Internet en [www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org), el 23 de enero, 2006.
2. Bernard Rivers, "Stalled Growth: The Global Fund in Year Four", *Global Fund Observer* 52, no. 7 (2005), visto en Internet en [www.aidspace.org/gfo](http://www.aidspace.org/gfo), el 25 de enero, 2006.
3. Departamento de Estado de los EE.UU., dirección en Internet de la Oficina del Coordinador mundial sobre el SIDA, visto en Internet en [www.state.gov/s/gac](http://www.state.gov/s/gac), el 13 de febrero, 2006.
4. International Treatment Preparedness Coalition, "Missing the Target: A Report of the HIV/AIDS Treatment Access From the Frontlines" (2005), visto en Internet en <http://aids-treatment-access.org>, el 13 de febrero, 2006.

nes marginadas, como las trabajadoras sexuales y los usuarios de drogas inyectadas. Los programas de terapia de medicamentos tienen que hacer estrechamente partícipe a la sociedad civil, especialmente a las organizaciones comunitarias de personas que viven con el VIH, y garantizar la igualdad de acceso a atención clínica para las mujeres, los niños y otras poblaciones vulnerables y marginadas.

El tratamiento de niños con VIH presenta dificultades especiales. Sin tratamiento por lo menos la mitad de los infectados mueren antes de cumplir los dos años de edad, pero es difícil incluso conocer su estatus seropositivo a una edad tan temprana. Las pruebas de anticuerpos que se utilizan en los países en desarrollo no pueden detectar la infección del VIH en niños menores de 18 meses; y casi nunca pueden obtenerse las pruebas de antígenos, que son más costosas, para medir la infección en niños muy pequeños. Los niños también son vulnerables porque generalmente no pueden defender su derecho a la atención sanitaria, sino que dependen de sus padres o tutores para iniciar las visitas al médico. Los niños tienen limitadas opciones de tratamiento (la mayor parte de los medicamentos contra el SIDA no son apropiados para los niños) y hay que vigilar continuamente los regímenes de tratamiento porque las dosis efectivas cambian a medida que crece el niño. Sólo alrededor del 5% de los 700.000 niños que se estima necesitan terapia antirretroviral la estaban recibiendo en 2005.

### Transmisión materno-infantil

La gran mayoría (90%) de los niños seropositivos adquirieron el virus de su madre. El riesgo de la transmisión de la madre al niño es de entre 15% y 30%, y se incrementa hasta un 45% si la lactancia es prolongada<sup>60</sup>. Aproximadamente 800.000 lactantes quedan infectados anualmente con el VIH, casi todos en los países en desarrollo. El 90% de los niños infectados viven en el África subsahariana.

El riesgo de transmisión depende de factores como el virus, la madre, el nacimiento, el bebé y la forma en que se alimenta. Durante el embarazo y el parto, la salud de la madre, la disrupción de la barrera que forma la placenta, el parto antes de tiempo y la presencia de hemorragias son importantes indicadores del riesgo de infección infantil. Después del parto, la lactancia materna es el factor de riesgo más importante. Sin tratamiento se estima que uno de cada siete niños amamantados por madres seropositivas acabará infectado por la leche materna.

Entre los enfoques actuales para prevenir la transmisión materno-infantil se encuentran la prevención primaria de la infección en niñas y mujeres, la asesoría y realización de pruebas de detección del virus en mujeres embarazadas, los servicios de planificación familiar para limitar el embarazo de madres infectadas, la terapia antirretroviral preventiva, el tratamiento y la atención posterior para la madre y el lactante, y asesoría nutritiva y de sucedáneos de la leche materna si se considera apropiado. La terapia de medicamentos más efectiva, de entre las probadas hasta el momento, es la terapia a largo plazo de antirretrovirales altamente activos, que puede reducir la transmisión al 2%. La complejidad y el costo de

esta terapia han limitado su uso en contextos de bajos recursos. Existen otros regímenes menos costosos, de menor duración y más simples. El más práctico y menos caro (EE.UU. \$4 por dosis) es el de nevirapina. Se puede administrar una sola dosis a las madres y al bebé en el momento del parto. Boehringer-Ingelheim, la empresa que fabrica la nevirapina, ofrece el medicamento gratuitamente en los países menos desarrollados para prevenir la transmisión materno-infantil pero muchas mujeres están desarrollando resistencia a la nevirapina, y otros medicamentos similares, por lo que no serán de tanta utilidad en el futuro. Un estudio reciente informó que puede que hasta el 69% de las mujeres adquieran resistencia a este tipo de medicamentos, entre uno y cuatro meses después de dejar de recibir dicho tratamiento profiláctico<sup>61</sup>. La OMS está reconsiderando actualmente las implicaciones normativas de dicho hallazgo y probablemente recomiende una combinación de terapia antirretroviral altamente activa para prevenir la transmisión materno-infantil.

Basándose en los datos de los ensayos realizados en Zambia, la OMS, UNICEF y ONUSIDA recomiendan el uso de cotrimoxizole para estos efectos. En regiones donde los niños menores de 18 meses no pueden recibir pruebas de detección fiables, se recomienda el uso de cotrimoxizole como profiláctico para todos los niños que nacen de madres infectadas. El cotrimoxizole también puede prevenir y tratar la neumonía neumoquística y otras infecciones oportunistas en niños infectados por el VIH.

### Ayuda a los huérfanos y niños vulnerables

Debido a que el VIH es infeccioso, existe alto riesgo de que un niño que pierda a uno de sus padres por el SIDA acabe perdiendo al otro también. Si bien la mayor disponibilidad de tratamiento reducirá el índice de orfandad por el SIDA, el número de huérfanos y niños vulnerables continuará en aumento en un futuro previsible. Cuando los niños se quedan sin padres, las comunidades tienen que responder a sus necesidades, para que no sean explotados, garantizar su bienestar y promover su desarrollo saludable.

La mayoría de los niños huérfanos del SIDA en el África subsahariana son cuidados por sus familiares, quienes pueden ellos mismos estar infectados por el VIH o tener bajo su cargo a otros miembros de la familia con el VIH o el SIDA, lo que crea cargas financieras y emocionales. Muchas familias no pueden cubrir el pago de colegiaturas, alimento y atención sanitaria de niños adicionales. En muchas regiones con alta prevalencia del VIH, las organizaciones basadas en la comunidad ayudan a las familias a satisfacer las necesidades de los hogares donde hay huérfanos, mediante apoyo material, financiero, emocional o psicológico para los niños y la persona que los cuida. Este apoyo de la comunidad a las familias es más eficaz que otras opciones que están probando los países, incluida la de construcción o ampliación de orfanatos. Si bien los orfanatos pueden satisfacer las necesidades urgentes e inmediatas del niño, no son la mejor solución a largo plazo. Los orfanatos son caros de mantener y con frecuencia

no satisfacen las necesidades de desarrollo del niño, además de que pueden aislar a los niños de los sistemas de apoyo de la comunidad.

## Ampliación de la asesoría y pruebas de detección

Los servicios de consejería y pruebas de detección del VIH hace tiempo que constituyen un componente de los programas de prevención y atención del VIH en los países más desarrollados, y están resultando ser una forma costo efectiva de reducir las conductas de riesgo y de atraer a los pacientes a otros servicios (ver el Gráfico 8, en la página 19). Un estudio de datos de Kenya, Tanzania y Trinidad documentó una reducción del 43% en el sexo sin protección entre personas que habían recibido asesoría y pruebas de detección del VIH voluntarias<sup>62</sup>.

Los programas de asesoría y pruebas de detección implican elevar la toma de conciencia de la comunidad, proporcionar asesoría antes y después de la prueba, así como apoyo psicológico y remisión a los servicios pertinentes. La asesoría ayuda a las personas a superar la ansiedad y a tomar decisiones sobre su infección<sup>63</sup>. Permite a la persona, o a la pareja, evaluar su riesgo de contraer o transmitir el VIH, y evitarlo. La asesoría también ayuda a las personas a superar el estigma y la discriminación por el VIH. Por ejemplo, el simple hecho de someterse a la prueba de detección puede tener consecuencias negativas en comunidades donde las personas seropositivas son estigmatizadas.

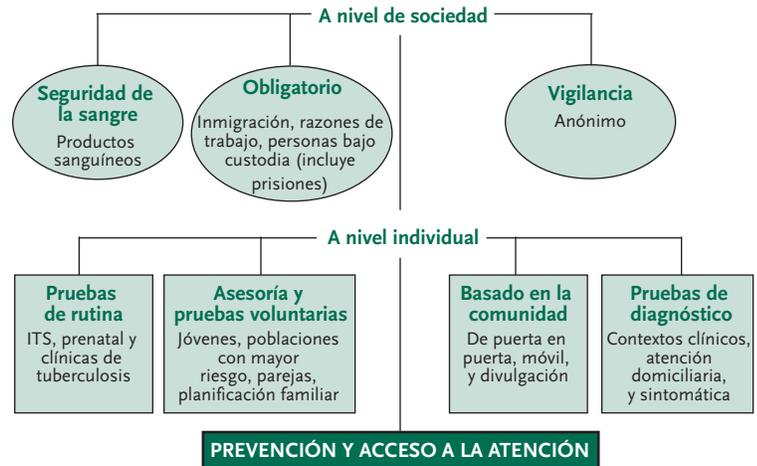
A pesar de su importancia, los servicios de asesoría y pruebas tienden a ser de limitada calidad y cobertura en los países menos desarrollados. La ausencia de personal capacitado, el temor a falta de confidencialidad, el estigma y la discriminación, la falta de conocimiento del cliente de que existen servicios y los limitados recursos son algunas de las razones por las que los programas de asesoría y pruebas de detección no son apropiados o no se usan lo suficiente.

Muchos países están aumentando la disponibilidad y el uso de ambos servicios, al pasar de los voluntarios (en que la persona acude a las instalaciones sanitarias con el fin principal de hacerse la prueba) a los de rutina (en los que se ofrece la prueba habitualmente a todos los pacientes que llegan a las instalaciones). Las pruebas que dan los resultados el mismo día también elevan el uso, al eliminar la necesidad de tener que volver en otro momento a la clínica para recibir los resultados, y más pacientes acaban enterándose de su estado.

Varios países han logrado elevar sus servicios de asesoría y pruebas de detección. Botswana, uno de los de mayor prevalencia, fue el primero en el África en ofrecer pruebas del VIH de forma habitual, en clínicas públicas y privadas. Hay cada vez mayor evidencia que sugiere que si las pruebas de detección del VIH son parte de la atención estándar, se reduce el estigma de la enfermedad y se eleva el número de personas que optan por someterse a la prueba. Las pruebas de rutina, las campañas de los medios de comunicación para promover la importancia de saber si uno está infectado, la divulgación

Gráfico 8

### Modelos de pruebas de detección del VIH para diferentes necesidades y contextos: La puerta para la prevención y el acceso a tratamiento



Fuente: Family Health International, 2006.

de los beneficios del tratamiento y su extensa disponibilidad, todo ello ha incrementado drásticamente el uso de los servicios de asesoría y pruebas de detección en Botswana<sup>64</sup>.

En Kenya la introducción de pruebas de rutina (con opción a rehusarlas) en las clínicas de atención antenatal duplicó el uso de las mismas y los servicios de consejería, de 37% a 75% en un mes<sup>65</sup>. Lesotho ha llevado el concepto de pruebas de rutina a un nivel superior, al ofrecer el servicio de puerta a puerta, en su campaña de KYS (*Know Your Status* — conoce tu situación). Es un intento de aumentar considerablemente el número de personas que saben si están infectadas. En la actualidad tan sólo el 9% de los hombres y el 13% de las mujeres son conscientes de su situación, en un país donde la prevalencia del VIH entre los adultos es del 30%. El programa incluye la capacitación de los líderes de la comunidad para apoyar la prevención y el tratamiento, la participación de las personas que viven con el VIH en las actividades de prevención y adhesión al tratamiento, y el reclutamiento de 7.500 trabajadores de salud para la asesoría y la administración de las pruebas de detección<sup>66</sup>.

## Dificultades en controlar el VIH

A pesar de los grandes avances médicos y tecnológicos, la epidemia del SIDA continúa su inexorable propagación en muchos países de bajos recursos. El SIDA sigue siendo uno de los más devastadores y grandes problemas mundiales de salud pública y de desarrollo. Pero el control del VIH y el SIDA compite con otro tipo de emergencias, como los disturbios civiles, los desastres naturales y la continua posibilidad de que surjan enfermedades infecciosas como el ébola, el síndrome de respiración aguda severa y la influenza aviar. Las tres dificultades claves de cara al futuro son controlar la

mayor propagación de la epidemia entre lactantes y jóvenes adultos, tratar, cuidar y dar apoyo a los millones de personas desatendidas que viven con el VIH, y mitigar el impacto de la epidemia sobre los millones de personas afectados por el SIDA en países de limitados recursos. Para hacer frente a dichos obstáculos la comunidad internacional y los gobiernos nacionales y la sociedad civil, tienen que dar una serie de pasos entre los que se encuentran los siguientes:

- incrementar los recursos disponibles para la prevención, la atención y el tratamiento integral y los servicios de apoyo;
- asegurarse de que la prevención siga siendo lo principal en los programas para controlar el SIDA, incluso tras ampliar el acceso al tratamiento;
- mejorar la infraestructura de salud y la capacidad de prestación de servicios;
- mejorar las tecnologías para el tratamiento y la prevención del SIDA;
- reducir la pobreza, el analfabetismo y otros elementos sociales, económicos y políticos que elevan la vulnerabilidad a la infección; y
- reducir el estigma y la discriminación en contra de quienes viven con el VIH.

## Elevar los recursos para los programas del VIH

Los recursos disponibles para el VIH y el SIDA han aumentado, de EE.UU. \$300 millones en 1996 a EE.UU. \$10.000 millones en 2006, pero a pesar de este incremento ONUSIDA estima que se necesitan EE.UU. \$22.000 millones para 2008, para garantizar una respuesta adecuada a la creciente epidemia del SIDA. Dicha respuesta incluiría la terapia antirretroviral altamente activa, el tratamiento de enfermedades oportunistas y el apoyo a huérfanos y niños vulnerables<sup>67</sup>. El apoyo requerirá importantes incrementos en las asignaciones gubernamentales, mayor ayuda del sector privado, y considerables mejoras en la asistencia internacional.

Los programas de prevención y tratamiento contra la pandemia del SIDA han sido insuficientes, se han aplicado tan sólo a pequeña escala y han estado fragmentados en la mayoría de los países, especialmente en las regiones menos desarrolladas. Con unas pocas excepciones dichos esfuerzos no han sido capaces de menguar la propagación del virus ni reducir los efectos negativos de la pandemia, pero los expertos en políticas y salud pública citan una serie de estrategias que podrían ayudar a responder a la necesidad de una respuesta ampliada e integral.

Para que la respuesta sea efectiva debe incluir planificación estratégica, un enfoque multi-sectorial y la participación activa de las organizaciones no gubernamentales (ONG). Lo ideal es que los programas del VIH también incluyan los planteamientos técnicos más avanzados, una distribución adecuada de recursos a nivel de la comunidad, el desarrollo de la capacidad humana y competencia técnica y operativa, y mejor gerencia y suministro de los medicamentos e insumos<sup>68</sup>.

Los planificadores de los programas también necesitan anticipar el costo de una mayor cobertura, así como de la evaluación de los programas y de los avances tecnológicos futuros. Una respuesta ampliada e integral requiere asimismo mejorar la capacidad de los sectores público y privado para ampliar los servicios de atención y tratamiento, incluidas nuevas tecnologías como la terapia antirretroviral altamente activa y vacunas. Pero el reto más apremiante es la eficaz aplicación de las tecnologías actuales a una escala lo suficientemente grande para restringir el avance de la epidemia, elevar el acceso a atención y tratamiento, reducir el estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH, y dar apoyo y protección a los huérfanos y niños vulnerables.

## Integración de la prevención y del tratamiento

Los programas de prevención de la transmisión del VIH con frecuencia compiten con los de tratamiento de personas que sufren de SIDA, en la obtención de los escasos recursos y de apoyo político. Pero los nuevos modelos matemáticos confirman que existe una sinergia entre los esfuerzos de prevención y tratamiento, y que ambas cosas son cruciales para controlar la epidemia del SIDA<sup>69</sup>. Los programas de prevención que dan resultado contribuyen a reducir el número de nuevas infecciones y, en último término, el número de personas que necesitan tratamiento; los que tienen éxito en el tratamiento, no sólo prolongan la vida de las personas que viven con el VIH, sino que también ralentizan la propagación del VIH, al reducir la carga viral. Los programas efectivos de atención y tratamiento pueden reducir las muertes de SIDA, pero la reducción a largo plazo se logrará previniendo nuevas infecciones. Los programas de tratamiento también pueden elevar los esfuerzos de prevención al reducir el estigma. Si se elevan los esfuerzos, tanto de prevención como de tratamiento, se podrá evitar alrededor de la mitad de las nuevas infecciones e impedir aproximadamente una cuarta parte de las muertes relacionadas con el SIDA en las próximas dos décadas.

## Búsqueda de una vacuna

Una vacuna segura, estable, eficaz, costeable y accesible contra el VIH elevaría considerablemente la prevención y contribuiría a controlar la epidemia mundial. En los últimos años se ha avanzado tremendamente en el desarrollo y la puesta a prueba de una vacuna contra el VIH, especialmente con la Iniciativa Mundial para la Vacuna contra el VIH (*Global HIV Vaccine Initiative*), una agrupación de organizaciones independientes que comparten información y trabajan en cooperación para acelerar el desarrollo de una vacuna<sup>70</sup>.

Los investigadores del VIH dicen que tendrán que pasar por lo menos entre 7 y 10 años para desarrollar la vacuna ideal por las muchas dificultades científicas, éticas, legales y financieras. La infección del VIH y la respuesta del sistema inmunológico humano son muy complejas, y la investigación y el desarrollo son costosos y llevan tiempo. Por otra parte,

tampoco existen ensayos adecuados en animales o modelos alternativos para investigar posibles vacunas.

Los ensayos clínicos en personas dan lugar a consideraciones éticas y legales, especialmente porque el VIH es un agente mortal infeccioso. A mediados del 2005 se sometieron a ensayos clínicos más de 30 posibles vacunas. Uno de los ensayos de la eficacia de la vacuna, que se completó a gran escala en 2003, demostró que la gente estaba dispuesta a participar en tales experimentos. La búsqueda de una vacuna no se limita a las personas que viven en países de alto ingreso. Nueve países en desarrollo están actualmente haciendo, o en vías de hacer ensayos de vacunas<sup>71</sup>. Para garantizar que la vacuna sea efectiva en contra de diferentes subtipos del virus, es importante la total participación de las personas que viven en las áreas más afectadas.

Uno de los mayores obstáculos para lograr una vacuna efectiva es la falta de incentivo financiero para producirla. La inversión en su desarrollo en la actualidad asciende a alrededor de EE.UU. \$682 millones anuales, que es menos de 1% del gasto total en el desarrollo de productos de salud<sup>72</sup>. La participación del sector privado en dicho desarrollo ha sido limitada, y sólo cuatro empresas farmacéuticas están haciendo ensayos de vacunas en la actualidad. Los gobiernos, las empresas pequeñas de biotecnología y las ONG han ampliado la investigación, pero se necesitan más recursos para acelerar el progreso.

Si se obtiene una vacuna efectiva, la comunidad internacional tendrá que enfrentar nuevas dificultades, incluida la decisión de quién se beneficiará más y cómo garantizar el acceso equitativo a la misma; también habrá que entender los temas de comportamiento que surjan en torno a la vacuna, así como desarrollar nuevas pruebas de detección, para distinguir entre la infección inducida por la vacuna y la del VIH activo, y recaudar suficientes recursos para distribuir la vacuna.

## Desarrollo de microbicidas

Millones de mujeres en todo el mundo no pueden protegerse contra la infección del VIH. La mayoría de los enfoques de prevención se basan en la abstinencia, la monogamia, el uso de condones, el menor número de compañeros sexuales y el tratamiento de las ITS; pero muchas mujeres se encuentran imposibilitadas para exigir el uso de condones o rehusar tener relaciones sexuales. La mujer puede estar en riesgo de contraer el VIH por las diferentes compañeras sexuales que su esposo haya tenido.

El uso de microbicidas daría a las mujeres mucho más control sobre su riesgo de infección. Los microbicidas son sustancias (generalmente un gel, crema o supositorio) que pueden aplicarse en la vagina o el recto para prevenir, o reducir considerablemente, el riesgo de transmisión de las ITS o del VIH. Los microbicidas pueden matar o inmovilizar al organismo patógeno, al crear una barrera entre éste y la vagina o el recto, o impidiendo que se duplique, una vez que haya entrado en las células. La mujer podría usar el microbicida si su pareja no quiere ponerse el condón, o además del condón, como protec-

ción adicional en caso de que éste se rompa. Los microbicidas pueden aplicarse antes de la relación sexual, y sin conocimiento del otro miembro de la pareja.

La búsqueda de un microbicida tuvo un retraso importante cuando un estudio en Camerún mostró que el nonoxinol-9 (N-9), un espermicida de amplio uso, no protegía contra el VIH, e incluso podía elevar el riesgo de infección ligeramente si se usaba con frecuencia.

Existen alrededor de 30 microbicidas en diferentes etapas de desarrollo en 2006. Cinco de ellos están a punto de someterse a ensayos clínicos a gran escala<sup>73</sup>. El desarrollo de un microbicida efectivo y costeable pondría la prevención del VIH en manos de las mujeres, y podría en potencia impedir entre 2,5 y 3,7 millones de infecciones en tres años<sup>74</sup>.

El medicamento antirretroviral tenofovir también podría ser efectivo antes de la exposición al virus, como profiláctico. Puede ingerirse una vez al día y tiene pocos efectos secundarios en las personas infectadas con el VIH. La investigación con animales no infectados ha mostrado que tenofovir puede reducir el riesgo de contraer la infección si se ingiere antes de ser expuesto al virus<sup>75</sup>. Los ensayos clínicos en Camboya, Nigeria y Camerún (evaluar la eficacia de tenofovir en prevenir la infección) se detuvieron en 2004 y 2005, debido a presión de grupos activistas, por razones éticas; pero no obstante estos obstáculos, se han iniciado nuevos ensayos para determinar su efectividad en proteger a los seres humanos contra la infección del VIH.

## Protección de los derechos humanos

La protección de los derechos humanos es esencial para reducir la vulnerabilidad al VIH, defender la dignidad de las personas afectadas por el virus y compartir los avances médicos con los países menos desarrollados.

Los derechos de la mujer son especialmente importantes en la lucha contra el VIH. Al combatir la desigualdad de género se aborda una de las causas básicas de la epidemia: la incapacidad de las mujeres para protegerse contra el VIH<sup>76</sup>. Los expertos del SIDA han señalado varias formas de mejorar los derechos de la mujer y reducir su vulnerabilidad y exposición al VIH, tales como promover la responsabilidad sexual entre los hombres jóvenes y adultos, desarrollar métodos de prevención controlados por la mujer, como el uso de microbicidas, y elevar las oportunidades económicas de las mujeres.

La violación de los derechos de quienes viven con el VIH es algo que se ha documentado en todo el mundo, y ha incluido la negación de atención médica, violaciones del derecho a la confidencialidad, restricciones en la oferta de información sobre el VIH a ciertas poblaciones, y discriminación en el empleo y vivienda. Según la ley internacional los gobiernos tienen la obligación de respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de las personas vulnerables al VIH, los que viven con el VIH/SIDA, y los afectados por la enfermedad.

El derecho de las personas en los países menos desarrollados a tener acceso a medicamentos que salvan vidas es un tema esencial de derechos humanos respecto al VIH. Los acti-

vistas del SIDA alegan que la falta de recursos de las personas y las naciones, las deficientes infraestructuras de sanidad y la protección de la inversión y las patentes de las empresas farmacéuticas no pueden seguir siendo razones aceptables para negar acceso a tratamiento a los pacientes de SIDA en los países menos desarrollados<sup>77</sup>. Los grupos de derechos humanos, las personas que viven con el VIH, y los dirigentes políticos y civiles se han unido en la demanda para que los tratamientos del VIH estén a disposición, y al alcance económico, de los países menos desarrollados. Por ello los precios de antirretrovirales han bajado drásticamente; se han ofrecido terapias a los países menos desarrollados, a bajo costo o de forma gratuita, se está empezando a disponer de recursos para tratamiento y atención, y los derechos de patentes de las empresas farmacéuticas están poniéndose en entredicho. Pero, a pesar de todos estos cambios, la gran mayoría de las personas que viven con el VIH en los países menos desarrollados no tendrán acceso a tratamiento en el futuro previsible.

## Conclusión

El VIH es una tragedia humana en todo el mundo, pero especialmente en países de bajos recursos. A pesar del esfuerzo concertado para controlar la epidemia y los muchos logros, la infección continúa avanzando sin piedad. La propagación se debe, al menos en parte, a la incapacidad de la comunidad mundial para ofrecer suficiente atención a millones de personas que viven con el VIH. El VIH y el SIDA han recrudecido los efectos de otras enfermedades infecciosas serias, como la malaria y la tuberculosis, especialmente en el África subsahariana.

Existe el conocimiento para combatir de forma eficaz la epidemia, pero no se ofrece suficiente tratamiento eficaz contra el SIDA en los países menos desarrollados. “Seis mil quinientos africanos continúan muriendo día tras día de una enfermedad prevenible y tratable, por falta de medicamentos que podemos comprar en cualquier farmacia”, dijo Bono, el cantante y activista contra el SIDA, ante un grupo de legisladores estadounidenses en febrero 2006<sup>78</sup>.

En el África 150.000 personas mueren cada mes de algo totalmente evitable. Es increíble que una enfermedad infecciosa pueda en tan poco tiempo revertir los avances en salud y desarrollo de los últimos 50 años. La comunidad internacional y la mayoría de los países en desarrollo siguen sin demostrar que cuentan con la voluntad política, el empeño y los recursos para realizar programas efectivos que pongan paro al avance del VIH y el SIDA.

Los compromisos recientes de financiamiento mundial, así como el incremento del acceso a tratamiento y atención, y el creciente número de logros nacionales son rayos de esperanza que prometen un futuro mejor. Los líderes en la lucha contra el VIH/SIDA exigen una respuesta sin precedentes para una epidemia nunca vista. “Las reglas normales del ‘comercio convencional’ no pueden aplicarse en este caso”, dijo Peter Piot, Director Ejecutivo de ONUSIDA en noviembre de 2005. “En esta coyuntura, en que se empieza a atisbar el éxito, tenemos que intensificar nuestros esfuerzos más que nunca. Hemos avanzado tanto que no podemos permitirnos fracasar ahora”<sup>79</sup>.

## Recursos sugeridos

**Lamprey, Peter R. y Helene D. Gayle, eds.** *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs*. Arlington, VA: Family Health International (FHI), 2001.

**Lamprey, Peter, Paul Zeitz y Carol Larivee, eds.** *Strategies for an Expanded and Comprehensive Response to a National HIV/AIDS Epidemic*. Arlington, VA: FHI: 2001.

**Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) Network.** *AIDS in Asia: Face the Facts. 2004*. Puede verse en Internet en [www.fhi.org](http://www.fhi.org).

**Ritzenthaler, Robert.** *Delivering Antiretroviral Treatment in Resource-Constrained Settings*. Arlington, VA: FHI, 2005.

**Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).** *AIDS in Africa: Three Scenarios to 2025*. Ginebra: ONUSIDA, 2005.

**ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS).** *AIDS Epidemic Update: December 2005*. Ginebra: ONUSIDA/OMS, 2005.

**ONUSIDA.** *The Three Ones in Action: Where We Are and Where We Go From Here*. Ginebra: ONUSIDA, 2005.

## Sitios en Internet con información sobre el VIH/SIDA

### AIDSMap

[www.aidsmap.com](http://www.aidsmap.com)

### Centers for Disease Control and Prevention

[www.cdc.gov/hiv/](http://www.cdc.gov/hiv/)

### Family Health International

[www.fhi.org](http://www.fhi.org)

### HIV InSite

Center for HIV Information (CHI), University of California San Francisco  
<http://hivinsite.ucsf.edu/>

### Integrated Regional Information Networks (IRIN)

PlusNews, HIV/AIDS News Service for Africa  
[www.irinnews.org/AIDSfp.asp](http://www.irinnews.org/AIDSfp.asp)

### Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)

[www.unaids.org](http://www.unaids.org)

### Monitoring the AIDS Pandemic Network

[www.mapnetwork.org/reports.shtml](http://www.mapnetwork.org/reports.shtml)

### The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

[www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org)

### The Henry J. Kaiser Family Foundation

Global Health Reporting  
[www.globalhealthreporting.org](http://www.globalhealthreporting.org)

### The Synergy Project

[www.synergyaids.com](http://www.synergyaids.com)

## Referencias

- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS), *Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2005* (Ginebra: ONUSIDA, 2005): 2.
- Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional (USAID), "Leading the Way: USAID Responds to HIV/AIDS" (Washington, DC: USAID, 2001).
- Organización Internacional del Trabajo (OIT), *An ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work* (Ginebra: OIT, 2001).
- Daniel Tarantola, "Reducing HIV/AIDS Risk, Impact, and Vulnerability", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 78, no. 2 (2000): 236-37.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network, "AIDS in Asia: Face the Facts" (2004); y ONUSIDA/OMS, *Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2005*.
- ONUSIDA/OMS, *Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2005*; y ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 4º informe mundial* (Ginebra: ONUSIDA, 2004).
- Peter K. Lamptey, Kristen Ruckstuhl y Willard Cates, "HIV/AIDS Evolving Impact on Global Health", en *Dawning Answers: How the HIV/AIDS Epidemic Has Strengthened Public Health*, ed. Ron Valdiserri (Nueva York: Oxford University Press, 2002).
- ONUSIDA, *Women and AIDS: UNAIDS Point of View* (Ginebra: ONUSIDA, 1997).
- Heidi Worley, "Obstacles Remain to Wide Adoption of Female Condom", Population Reference Bureau (Noviembre 2005), visto en Internet en [www.prb.org](http://www.prb.org), el 4 de enero, 2006.
- ONUSIDA/OMS, *Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2005*; y ONUSIDA/OMS, *Epidemiological Fact Sheet: Nicaragua* (2004 actualización) (Ginebra: ONUSIDA/OMS, 2004).
- ONUSIDA, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis* (2004), visto en Internet en [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org), el 13 de febrero, 2006.
- ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 4º informe mundial*.
- Inter-Agency Standing Committee, "Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings" (2003), visto en Internet en [www.humanitarianinfo.org](http://www.humanitarianinfo.org), el 4 de enero, 2006.
- Elisabeth Rehn y Ellen Johnson Sirleaf, "Women, War, Peace: The Independent Experts' Assessment on the Impact of Armed Conflict on Women and Women's Role in Peace-Building" (Nueva York: UNIFEM, 2002).
- ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 4º informe mundial*.
- Laurie Garrett, *HIV and National Security: Where are the Links?* (Nueva York: Council on Foreign Relations, 2005).
- OIT, "Meeting Report 3: Technical Workshop on Population Mobility, Migration, and HIV/AIDS, Geneva, March 18, 2002", visto en Internet en [www.ilo.org](http://www.ilo.org), el 3 de enero, 2006.
- ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 4º informe mundial*.
- ONUSIDA y UNICEF, *A Call to Action: Children, The Missing Face of AIDS* (Nueva York: UNICEF, 2005), visto en Internet en [www.unicef.org](http://www.unicef.org), el 6 de enero, 2006.
- ONUSIDA, UNICEF y USAID, *Children on the Brink 2004: A Joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action* (Washington, DC: USAID, 2004).
- UNICEF, *Children Orphaned by AIDS: Front Line Responses From Eastern and Southern Africa* (1999), visto en Internet en [www.unicef.org](http://www.unicef.org), el 19 de enero, 2006.
- OMS, "Tuberculosis: Fact Sheet N104, April 2005", visto en Internet en [www.who.int](http://www.who.int), el 4 de enero, 2006; Claire Nullis-Kapp, "Africa is Worst Hit By Dual Epidemic", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 83, no. 3 (2005): 165-66; y ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 4º informe mundial*.
- Sally Hargreaves y Laura Hakokongas, "Running Out of Breath? TB Care in the 21st Century", *2004 Activity Report, Doctors Without Borders* (2004), visto en Internet en [www.doctorswithoutborders.org](http://www.doctorswithoutborders.org), el 8 de febrero, 2006; y ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 4º informe mundial*.
- Roll Back Malaria, "Malaria in Africa", visto en Internet en [www.rbm.who.int](http://www.rbm.who.int) el 24 de enero, 2006; y James Whitworth, "Malaria and HIV", *HIV InSite* (Abril 2005), visto en Internet en <http://hivinsite.ucsf.edu> el 23 de enero, 2006.
- División de Población de las Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2004 Revision, Highlights*, visto en Internet en [www.un.org/population](http://www.un.org/population), el 17 de enero, 2006.
- Anthony Kinghorn, Malcolm Steinberg y Alan Whiteside, "Responding to the Socioeconomic Impact of HIV/AIDS" en *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs*, ed. Peter R. Lamptey y Helene D. Gayle (Arlington, VA: Family Health International (FHI), 2001): 55-84.
- OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2004 – cambiamos el rumbo de la historia* (Ginebra: OMS, 2004).
- ONUSIDA, "Funding for AIDS: Fact Sheet", visto en Internet en [www.unaids.org](http://www.unaids.org), el 4 de enero, 2006.
- OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2004*.
- OIT, *HIV/AIDS and Work: Global Estimates, Impact, and Response* (Ginebra: OIT, 2004).
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), "AIDS—A Threat to Rural Africa: Fact Sheet", visto en Internet en [www.fao.org](http://www.fao.org), el 3 de enero, 2006; y OIT, *HIV/AIDS and Work*.
- ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 4º informe mundial*.
- OIT, *HIV/AIDS and Work*.
- Programa Mundial de Alimentos (WFP), "HIV/AIDS and Nutrition: Food in the Fight Against AIDS, Fact Sheet, July 2004", visto en Internet en [www.wfp.org](http://www.wfp.org), el 4 de enero, 2006.
- Garrett, *HIV and National Security*.
- Per Strand et al., *HIV/AIDS and Democratic Governance in South Africa: Illustrating the Impact on Electoral Processes* (Pretoria, Sudáfrica: Institute for Democracy in South Africa, 2004).
- OIT, *HIV/AIDS and Work*.
- ONUSIDA, *Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/SIDA, 2003* (Ginebra: ONUSIDA, 2003).
- Banco Mundial, *Intensifying Action Against HIV/AIDS in Africa: Responding to a Development Crisis* (Washington, DC: Banco Mundial, 1999): 15; y Banco Mundial, *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic* (Nueva York: Oxford University Press, 1997).
- OMS, *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: An Update on '3 by 5'* (Ginebra: OMS, 2005).
- Robert Colebunders et al., "Management of HIV Disease and Its Complications in Resource-Constrained Settings" en *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs*, ed. Peter R. Lamptey and Helene D. Gayle (Arlington, VA: FHI, 2001): 603-29.
- Karen R. Davis y Susan C. Weller, "The Effectiveness of Condoms in Reducing Heterosexual Transmission of HIV", *Family Planning Perspectives* 31, no. 6 (1999): 272-79.
- ONUSIDA, "Global Fact Sheet, 2005", visto en Internet en [www.unaids.org](http://www.unaids.org), el 19 de enero, 2006.
- Pedro Chequer, "Strengthening the National Response to HIV/AIDS in Brazil Through Civil Society Partnerships", presentación para el Programa Brasileño de ETS/SIDA, Ministerio de Salud, 3ra Conferencia Internacional de la Sociedad contra el SIDA, Río de Janeiro, 25 de julio, 2005; y Theo Smart, "Brazil's HIV/AIDS Programme", *HIV & AIDS Treatment in Practice* no. 53 (18 de agosto, 2005), visto en Internet en <http://hivinsite.ucsf.edu>, el 7 de febrero, 2006.
- John Bongaarts et al., "The Relationship Between Male Circumcision and HIV Infection in African Populations", *AIDS* 3, no. 6 (1989): 373-77; John C. Caldwell y Patricia Caldwell, "The African AIDS

- Epidemic", *Scientific American* 274, no. 3 (1996): 62-68; y Stephen Moses et al., "Geographical Patterns of Male Circumcision Practices in Africa: Association With HIV Seroprevalence", *International Journal of Epidemiology* 19, no. 3 (1990): 693-97.
46. Bertran Auvert et al., "Randomized, Controlled Intervention Trial of Male Circumcision for Reduction of HIV Infection Risk: The ANRS 1265 Trial", *PLoS Medicine* 2, no. 11 (2005): e298; y Maggie Fox, "Male Circumcision May Cut HIV Transmission", *The Toronto Star*, 10 febrero 2006.
  47. Auvert et al., "Randomized, Controlled Intervention Trial of Male Circumcision".
  48. Emmanuel Lagarde et al., "Acceptability of Male Circumcision as a Tool for Preventing HIV Infection in a Highly Infected Community in South Africa", *AIDS* 17, no. 1 (2003): 89-95; Beth E. Scott, Helen A. Weiss y J.I. Viljoen, "The Acceptability of Male Circumcision as an HIV Intervention Among a Rural Zulu Population, KwaZulu-Natal, South Africa", *AIDS Care* 17, no. 3 (2005): 304-13; y Christine L. Mattson et al., "Acceptability of Male Circumcision and Predictors of Circumcision Preference Among Men and Women in Nyanza Province, Kenya", *AIDS Care* 17, no. 2 (2005): 182-94.
  49. Andrew Ball y Nick Crofts, "HIV Risk Reduction in Injection Drug Users", en *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs*, ed. Peter R. Lampthey y Helene D. Gayle (Arlington, VA: FHI, 2001).
  50. ONUSIDA, "Global Fact Sheet, 2005".
  51. Eve Lackritz y Brian McClelland, "Ensuring the Safety of Blood and Blood Products", en *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs*, ed. Peter R. Lampthey y Helene D. Gayle (Arlington, VA: FHI, 2001): 477-500.
  52. Ministerio de Salud, China, ONUSIDA y OMS, *2005 Update on the HIV/AIDS Epidemic and Response in China* (2006): 3, visto en Internet en [www.unchina/unaid](http://www.unchina/unaid), el 8 de febrero, 2006.
  53. Josiah D. Rich et al., "Detection of HIV-1 Nucleic Acid and HIV-1 Antibodies in Needles and Syringes Used for Non-Intravenous Injection", *AIDS* 12, no. 17 (1998): 2345-50.
  54. Gerald Dziekan et al., "The Cost-Effectiveness of Policies for the Safe and Appropriate Use of Injection in Healthcare Settings", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 81, no. 4 (2003): 277-85.
  55. OMS, *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy*.
  56. "Quick Links: HIV Medications", *The Body: The Complete HIV/AIDS Resource*, visto en Internet en [www.thebody.com](http://www.thebody.com), el 23 de febrero, 2006.
  57. Colebunders et al., "Management of HIV Disease and Its Complications in Resource-Constrained Settings".
  58. Alison Grant, Jonathan Kaplan y Kevin de Cock, "Preventing Opportunistic Infections Among Human Immunodeficiency Virus-Infected Adults in African Countries", *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 65, no. 6 (2001): 810-21.
  59. Chequer, "Strengthening the National Response to HIV/AIDS in Brazil".
  60. Kevin De Cock et al., "Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission in Resource-Poor Countries", *Journal of the American Medical Association* 283, no. 9 (2000): 1175-82.
  61. Tinker Ready, "WHO to Take on Nevirapine Resistance", *Medscape* (25 febrero, 2005), visto en Internet en [www.medscape.com](http://www.medscape.com), el 14 de febrero, 2006.
  62. The Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group, "Efficacy of Voluntary HIV-1 Counseling and Testing in Individuals and Couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad: A Randomized Trial", *Lancet* 356, no. 9924 (2000): 113-21.
  63. Rachel Baggaley, Ignatius Kayawe y David Miller, "Counseling, Testing, and Psychosocial Support" en *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs*, ed. Peter R. Lampthey y Helene D. Gayle (Arlington, VA: FHI, 2001): 547-78.
  64. Kaiser Family Foundation, "Global Challenges—AP/CNN.com Examines Botswana's Routine HIV Testing Policy", *Daily HIV/AIDS Report* (9 enero, 2006), visto en Internet en [www.kaisernetwork.org](http://www.kaisernetwork.org), el 13 de febrero, 2006.
  65. Dorothy Mbori-Ngacha, CDC/MOH, Kenya, comunicación personal, 2004.
  66. Ministerio de Salud y Bienestar Público de Lesotho (Dirección de ETS, VIH y SIDA, y entidades asociadas), "Know Your Status' Campaign Operational Plan 2006-7" (Maseru, Lesotho, 1 dec., 2005); y Madeleine Morris, "Lesotho to Offer Free HIV Tests", *BBCNEWS*, 29 de noviembre, 2005, visto en Internet en [news.bbc.co.uk](http://news.bbc.co.uk), el 14 de febrero, 2006.
  67. ONUSIDA, "Resource Needs for an Expanded Response to AIDS in Low- and Middle-Income Countries", presentación ante una reunión de la Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA, Ginebra, 27-29 junio, 2005.
  68. Peter R. Lampthey, Paul Zeitz y Carol Larivee, *Strategies for an Expanded and Comprehensive Response (ECR) to a National HIV/AIDS Epidemic* (Arlington, VA: FHI, 2001).
  69. Joshua A. Salomon et al., "Integrating HIV Prevention and Treatment: From Slogans to Impact", *PLoS Medicine* 2, no. 1 (2005).
  70. Richard G. Lugar y Patty Stonesifer, "Speeding an AIDS Vaccine", *The Washington Post*, 19 enero 2005.
  71. International AIDS Vaccine Initiative, "The State of Global Research", visto en Internet en [www.iavi.org](http://www.iavi.org), el 19 de diciembre, 2005.
  72. Alliance for Microbicide Development et al., *Tracking Funding for Preventive HIV Vaccine Research and Development: Estimates of Annual Investments and Expenditures 2000 to 2005*, visto en Internet en [www.iavi.org](http://www.iavi.org), el 24 de febrero, 2006.
  73. Carolyn J. Plescia y Franka N. des Vignes, "Update on the Microbicide Research and Development Database (MRDD)", *Microbicide Quarterly* 3, nos. 3-4 (2005), visto en Internet en [www.microbicide.org](http://www.microbicide.org), el 7 de febrero, 2006; e INFO Project, "Microbicides: New Potential for Protection", *INFO Reports* 3 (2005), visto en Internet en [www.inforhealth.org](http://www.inforhealth.org), el 7 de febrero, 2006.
  74. Anna M. Foss et al., "Shifts in Condom Use Following Microbicide Introduction: Should We Be Concerned?", *AIDS* 17, no. 8 (2003): 1227-37.
  75. Koen K.A. Van Rompay et al., "Two Low Doses of Tenofovir Protect Newborn Macaques Against Oral Simian Immunodeficiency Virus Infection", *Journal of Infectious Diseases* 184 (2001): 429-38; y Koen K.A. Van Rompay et al., "Topical Administration of Low-Dose Tenofovir Disoproxil Fumarate to Protect Infant Macaques Against Multiple Oral Exposures of Low Doses of Simian Immunodeficiency Virus", *Journal of Infectious Diseases* 186 (2002): 1508-13.
  76. Sofia Gruskin y Daniel Tarantola, "HIV/AIDS, Health, and Human Rights", en *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs*, ed. Peter R. Lampthey y Helene D. Gayle (Arlington, VA: FHI, 2001): 661-72.
  77. Lampthey, Ruckstuhl, y Cates, "HIV/AIDS Evolving Impact".
  78. Bono, Palabras pronunciadas en el Desayuno Nacional para la Oración, Washington, DC, 6 de febrero, 2006, visto en Internet en [www.data.org](http://www.data.org), el 17 de febrero, 2006.
  79. Peter Piot, discurso pronunciado en Nueva Delhi, el 21 de noviembre, 2005, visto en Internet en <http://data.unaids.org>, el 14 de febrero, 2006

# Publicaciones afines del PRB

## **Global Demographic Divide**

por *Mary M. Kent and Carl Haub, 2005*

La gran disparidad en los índices de natalidad y mortalidad entre los diversos países del mundo ha creado un cisma demográfico. De una parte están predominantemente los países pobres, con índices de natalidad relativamente altos y baja esperanza de vida; y de la otra predominantemente los países ricos, con bajos índices de natalidad y poblaciones que envejecen rápidamente. Entre estos dos extremos se encuentran los países que contienen la mayoría de la población del planeta en 2005. Sólo disponible en inglés. (BUL60.4)



## **China Confronts HIV/AIDS**

por *Drew Thompson, 2005*

La China se enfrenta a importantes retos en su esfuerzo por contener la grande y creciente crisis del VIH/SIDA que podría afectar a más de 10 millones de personas para 2010. Si bien la epidemia inicialmente se centró en los usuarios de drogas intravenosas y los ex donantes de plasma, en la actualidad se está propagando por relaciones sexuales heterosexuales y entre hombres. Disponible en inglés o mandarín. (AIDSCHINA)

## **La promoción de comportamientos saludables**

por *Elaine M. Murphy, 2005*

Este *Boletín de salud* examina el papel clave de la conducta humana como principal causa de muerte y discapacidad, y en la prevención o mitigación de dichas causas. El informe describe los marcos, basados en investigación, que se usan para entender e influir sobre las conductas que afectan la salud, y presenta casos específicos y lecciones aprendidas. (IPHB)



## **Cuadro de la población mundial**

por *Carl Haub, 2005*

El *Cuadro de la población mundial* (2005) del PRB contiene las últimas estimaciones demográficas, proyecciones y otros indicadores claves sobre más de 200 países, incluidas tasas de natalidad y mortalidad, mortalidad infantil, fecundidad global, esperanza de vida población urbana, prevalencia del VIH/SIDA, uso de anticonceptivos, ingreso per capita, acceso a agua sana, y uso de energía. (DS05W)

## El desafío mundial del VIH y el SIDA

La epidemia del SIDA puede convertirse en la catástrofe de salud más devastadora de la historia de la humanidad. La enfermedad continúa destruyendo a familias y comunidades en todo el mundo. Aparte de los 25 millones de personas que habían muerto de SIDA para finales de 2005, existen por lo menos 40 millones infectados con el VIH en la actualidad. Se estima que 4,9 millones contrajeron el virus en 2005 (el 95% de ellos en el África subsahariana, Europa oriental y Asia); y, si bien en algunos lugares se ha mitigado la epidemia, en otros está aumentando.

A medida que el mundo se enfrenta a la pandemia, los expertos aprenden cómo abordar la prevención y el tratamiento entre poblaciones de alto riesgo, y qué da mejores resultados en situaciones específicas. Es posible ralentizar el avance de la epidemia, pero sólo con el compromiso político y el apoyo de dirigentes a muchos niveles.



POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Avenue, NW, Suite 520  
Washington, DC 20009-5728, EE.UU.  
202-483-1100  
[www.prb.org](http://www.prb.org)