

Resumen mundial de la epidemia de **VIH/SIDA**

Diciembre de 2002

**EMBARGO HASTA LAS
14.00 horas GMT,
26 de noviembre de 2002**



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID • OIT
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL



Organización Mundial
de la Salud

ONUSIDA/OMS - 2002
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)
Organización Mundial de la Salud (OMS)

ONUSIDA/02.46S (versión española, diciembre de 2002)
ISBN 92-9173-255-9

Versión original inglesa, UNAIDS/02.46E, diciembre de 2002 :
AIDS epidemic update: December 2002
Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS) 2002

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas conjuntamente por el ONUSIDA y la OMS pueden obtenerse solicitándolas al Centro de Información del ONUSIDA. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones del ONUSIDA –sea con fines comerciales o no- también deben dirigirse al Centro de Información por correo a la dirección indicada más abajo, por fax (+41 22 791 4187) o por correo electrónico publicationpermissions@unaids.org.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA o de la OMS, juicio alguno sobre la

condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

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

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

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Ginebra 27 – Suiza
Teléfono: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87
Dirección electrónica: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

ÍNDICE

RESUMEN MUNDIAL DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA; DICIEMBRE DE 2002	3
INTRODUCCIÓN	4
ASIA Y EL PACÍFICO	7
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	12
ÁFRICA SUBSAHARIANA	16
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	19
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE	22
PAÍSES DE INGRESOS ELEVADOS	23
EL VIH/SIDA Y LAS CRISIS HUMANITARIAS	27
El VIH/SIDA y la crisis alimentaria en África meridional	27
El VIH/SIDA en zonas en conflicto	31
MAPAS	33
Estimaciones mundiales para adultos y niños, final de 2002	34
Número estimado de adultos y niños que vivían con el VIH/SIDA a final de 2002	35
Número estimado de casos nuevos de infección por el VIH en adultos y niños en 2002	36
Número estimado de defunciones causadas por el VIH/SIDA en adultos y niños durante 2002	37

Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA, diciembre de 2002





Personas que vivían con el VIH/SIDA	Total	42 millones
	Adultos	38,6 millones
	<i>Mujeres</i>	<i>19,2 millones</i>
	Menores de 15 años	3,2 millones
Nuevas infecciones por el VIH en 2002	Total	5 millones
	Adultos	4,2 millones
	<i>Mujeres</i>	<i>2 millones</i>
	Menores de 15 años	800 000
Defunciones causadas por el SIDA en 2002	Total	3,1 millones
	Adultos	2,5 millones
	<i>Mujeres</i>	<i>1,2 millones</i>
	Menores de 15 años	610 000

INTRODUCCIÓN

La epidemia de SIDA se cobró más de tres millones de vidas en 2002, y se estima que cinco millones de personas contrajeron el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a lo largo del año, lo que eleva a 42 millones el número de personas que viven con el virus en todo el mundo.

Mientras la humanidad se adentra en la tercera década de la epidemia de SIDA, la evidencia de su impacto es irrefutable. Allí donde se ha propagado de forma descontrolada, la epidemia está arrebatando a los países los recursos y capacidades de los que dependen la seguridad y el desarrollo humanos. En

algunas regiones, el VIH/SIDA, en combinación con otras crisis, está sumiendo en la miseria a sectores cada vez más amplios de la población.

El mundo permaneció de brazos cruzados mientras el VIH/SIDA asolaba estos países. No podemos cerrar los ojos ante una epidemia que sigue propagándose

Progresos hacia la realización de la Declaración de compromiso

La Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA es un hito que puede marcar un antes y un después en la historia de la epidemia de VIH/SIDA. Aprobada por los gobiernos de todo el mundo en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, en junio de 2001, estableció por primera vez objetivos con plazos fijos en relación con los cuales pueden exigirse responsabilidades tanto a los gobiernos como a las Naciones Unidas.

El ONUSIDA y sus copatrocinadores han establecido una serie de criterios para vigilar los progresos hacia la realización de tales objetivos. En 2003 se iniciarán los trabajos para elaborar un primer informe que compruebe los logros conseguidos frente a dichos indicadores; el informe se basará en las notificaciones de progreso suministradas en marzo de 2003 por los 189 países que adoptaron la Declaración.

En cualquier caso, ya hay pruebas sustanciales de progreso. Un mayor número de países está reconociendo el valor de conjuntar recursos, experiencias y compromisos mediante la creación de iniciativas regionales para luchar contra la epidemia. Los ejemplos se están multiplicando, y entre ellos cabe citar los siguientes:

El Foro de Liderazgo de Asia y el Pacífico, cuya misión es proporcionar a estamentos decisivos clave un mejor conocimiento y comprensión del VIH/SIDA, así como de su impacto sobre diferentes sectores de la sociedad.

Los miembros de la Comunidad de Estados Independientes han desarrollado a nivel regional un Programa de Respuesta Urgente a la epidemia de VIH/SIDA, que fue refrendado por los jefes de gobierno en mayo de 2002.

A mediados de 2002, la Asociación Pan Caribeña contra el VIH/SIDA firmó un acuerdo con seis empresas farmacéuticas como parte de una iniciativa de mayor alcance para mejorar el acceso a fármacos antirretrovíricos más baratos.

En África subsahariana, 40 países han desarrollado estrategias nacionales para luchar contra el VIH/SIDA (casi tres veces más que hace dos años), y 19 ya tienen actualmente consejos nacionales sobre el SIDA (un incremento de seis veces respecto a 2000).

El nuevo Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo se está convirtiendo en una fuente importante de recursos adicionales. El organismo ya ha aprobado una ronda inicial de propuestas de proyectos, que totaliza US\$ 616 millones, unas dos terceras partes de los cuales se destinarán al VIH/SIDA. Los gobiernos y donantes se han comprometido a dotar el fondo con US\$ 2100 millones.

Pero el mundo sigue mucho más rezagado por lo que respecta al suministro de tratamiento, asistencia y apoyo adecuados para las personas que viven con el VIH/SIDA. A finales de 2001, en los países de ingresos bajos y medianos, recibían tratamiento antirretrovírico menos del 4% de las personas que lo necesitaban. Y menos del 10% de las personas con el VIH/SIDA tienen acceso a cuidados paliativos o tratamiento para infecciones oportunistas.

En muchos países, especialmente en África subsahariana y Asia, otras prioridades nacionales rivales impiden la asignación de recursos para ampliar el acceso a la asistencia, apoyo y tratamiento del VIH/SIDA. El precio inasequible sigue siendo el motivo citado con mayor frecuencia para explicar el acceso limitado a fármacos antirretrovíricos. La capacidad insuficiente de los sectores sanitarios, incluidas las infraestructuras y la falta de personal cualificado, es otro obstáculo importante para la prestación de servicios sanitarios en muchos países.

en algunas de las regiones y naciones más pobladas del planeta.

En Europa oriental y Asia central, el número de personas que vivían con el VIH en 2002 se elevó a 1,2 millones. El VIH/SIDA se está propagando rápidamente por los Estados bálticos, la Federación de Rusia y diversas repúblicas de Asia central.

En Asia y el Pacífico, 7,2 millones de personas viven actualmente con el VIH. El avance del VIH/SIDA en esta región es debido en gran medida a la epidemia creciente en China, donde un millón de personas viven hoy día con el VIH y donde las estimaciones oficiales prevén que esa cifra se multiplique inexorablemente durante la próxima década. También persiste un potencial considerable de crecimiento en la India, donde casi cuatro millones de personas están viviendo ya con el VIH.

En diversos países que se encuentran en las etapas iniciales de la epidemia, ciertos cambios económicos y sociales significativos están creando condiciones y tendencias que favorecen la propagación rápida del VIH; por ejemplo, las diferencias sociales amplias, el acceso limitado a los servicios básicos y el aumento de la migración.

Las mejores proyecciones actuales indican que, entre 2002 y 2010, otros 45 millones de personas contraerán el VIH en 126 países de ingresos bajos o medianos (que actualmente tienen epidemias concentradas o generalizadas), a menos que el mundo logre articular y potenciar drásticamente un esfuerzo global de prevención. Más del 40% de estas infecciones corresponderán a Asia y el Pacífico (una región que experimenta actualmente el 20% de las nuevas infecciones anuales).

Definir las tendencias del VIH

La medida más habitual de la epidemia de VIH/SIDA es la *prevalencia* de infecciones por el VIH en la población adulta de un país; dicho de otro modo, el porcentaje de la población adulta que vive con el virus. La prevalencia del VIH proporciona una buena perspectiva del *estado* global de la epidemia. Podría imaginarse como una fotografía fija del VIH/SIDA. En los países con epidemias generalizadas, esta imagen se basa principalmente en pruebas del VIH realizadas en muestras sanguíneas anónimas obtenidas de mujeres que acuden a dispensarios prenatales.

Pero la prevalencia ofrece una visión menos clara de las *tendencias* recientes en la epidemia, ya que no distingue entre personas que contrajeron el virus hace poco y aquellas que se infectaron hace una década o más. (Sin tratamiento antirretrovírico, una persona podría sobrevivir, en promedio, hasta 9-11 años después de contraer el VIH; con tratamiento, la supervivencia es considerablemente más larga.)

Por ejemplo, los países A y B podrían tener la misma prevalencia del VIH pero experimentar epidemias muy distintas. En el país A, la inmensa mayoría de las personas que viven con el VIH/SIDA (los casos prevalentes) podría haberse infectado 5-10 años atrás, con muy pocas infecciones recientes. En el país B, la mayoría de las personas que viven con el VIH/SIDA podría haber contraído el virus en los dos últimos años. Evidentemente, estas diferencias tendrían un enorme impacto en el tipo de esfuerzos de prevención y asistencia que deberían emprender ambos países.

En la misma línea, las tasas de prevalencia del VIH podrían permanecer constantes en el país C, lo que sugeriría que las nuevas infecciones se están produciendo a un ritmo estable. Pero tal vez no sea así. El país C podría estar experimentando tasas más elevadas de mortalidad por el SIDA (conforme fallece un gran número de personas infectadas hace aproximadamente una década) y un *incremento* en las nuevas infecciones. Las tasas globales de prevalencia del VIH no ilustran estos detalles sobre la epidemia de un país.

Así pues, una medida de la *incidencia* del VIH (es decir, el número de nuevas infecciones observadas durante un año en personas previamente no infectadas) ayudaría a completar la perspectiva de las tendencias actuales. Imagínese la incidencia como una película animada de la epidemia.

El problema es que medir la incidencia del VIH es caro y complicado, tanto que la mayoría de los países no puede permitírselo a escala nacional y a intervalos regulares.

Esto no significa, sin embargo, que las tendencias recientes constituyan un misterio. La determinación periódica de la prevalencia del VIH en grupos de jóvenes puede servir como parámetro sustituto, aunque imperfecto, de la incidencia del VIH entre ellos. Debido a su edad, los jóvenes habrán contraído la infección en fechas relativamente recientes. Por tanto, cambios significativos en la prevalencia del VIH en personas de 15-19 ó 15-24 años pueden reflejar nuevas tendencias importantes en la epidemia.

El descenso constante de los niveles de prevalencia del VIH en jóvenes ugandeses de 15-19 años, por ejemplo, indica una reducción de las infecciones recientes en este grupo de edad y proporciona una imagen más precisa de las tendencias actuales de la epidemia (y de la eficacia de los esfuerzos de prevención dirigidos a los jóvenes).

ESTADÍSTICAS Y CARACTERÍSTICAS REGIONALES DEL VIH/SIDA, DICIEMBRE DE 2002

Región	Inicio de la epidemia	Adultos y niños que viven con el VIH/SIDA	Adultos y niños infectados por el VIH	Prevalencia entre adultos*	Porcentaje de los adultos VIH-positivos que son mujeres	Principales modalidades de transmisión #
África subsahariana	finales de los 70 comienzos de los 80	29,4 millones	3,5 millones	8,8%	58%	Hetero
África del Norte y Oriente Medio	finales de los 80	550 000	83 000	0,3%	55%	Hetero, CDI
Asia meridional y sudoriental	finales de los 80	6,0 millones	700 000	0,6%	36%	Hetero, CDI
Asia oriental y Pacífico	finales de los 80	1,2 millones	270 000	0,1%	24%	CDI, Hetero, VSV
América Latina	finales de los 70 comienzos de los 80	1,5 millones	150 000	0,6%	30%	VSV, CDI, Hetero
Caribe	finales de los 70 comienzos de los 80	440 000	60 000	2,4%	50%	Hetero, VSV
Europa oriental y Asia central	comienzos de los 90	1,2 millones	250 000	0,6%	27%	CDI
Europa occidental	finales de los 70 comienzos de los 80	570 000	30 000	0,3%	25%	VSV, CDI
América del Norte	finales de los 70 comienzos de los 80	980 000	45 000	0,6%	20%	VSV, CDI, Hetero
Australia y Nueva Zelandia	finales de los 70 comienzos de los 80	15 000	500	0,1%	7%	VSV
TOTAL		42 millones	5 millones	1,2%	50%	
<p>* La proporción de adultos (15 a 49 años de edad) que viven con el VIH/SIDA en 2002, basándose en las cifras demográficas de 2002. # VSV: varones que tienen relaciones sexuales con varones; CDI: a través del consumo de drogas intravenosas; Hetero: heterosexual.</p>						

Estas previsiones pueden evitarse. Si en 2005 se pusiera en práctica un conjunto integral de medidas de prevención, el número de nuevas infecciones podría recortarse en 29 millones para 2010. Esto también contribuiría a alcanzar el objetivo de reducir en un 25% los niveles de prevalencia del VIH entre los jóvenes en 2010 (tal como se establece en la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, adoptada por los gobiernos de todo el mundo en junio de 2001). Pero cualquier demora en la ejecución de un programa exhaustivo de prevención cercenará los beneficios potenciales.

Especialmente positivas son las respuestas que involucran y confieren prioridad a los jóvenes, tal como lo demuestran las experiencias de Etiopía, Sudáfrica, Uganda y Zambia. Los niveles de prevalencia del VIH en mujeres jóvenes de Addis Abeba disminuyeron en más de un tercio entre 1995 y 2001. En adolescentes embarazadas de Sudáfrica, los niveles de prevalencia del VIH se redujeron en una cuarta parte entre 1998 y 2001. La prevalencia sigue siendo inaceptablemente alta, pero estas tendencias positivas confirman la utilidad de invertir en respuestas dirigidas a los jóvenes.

La trayectoria futura de la epidemia mundial de VIH/SIDA dependerá de que la humanidad sea capaz o no de proteger a los jóvenes, dondequiera que se encuentren, frente a la epidemia y sus secuelas.

Al igual que algunos sectores de la sociedad corren un riesgo especial de infección por el VIH, ciertas condiciones favorecen el crecimiento de la epidemia. Tal como demuestran las actuales urgencias alimentarias en África meridional, la epidemia de SIDA se está entremezclando progresivamente con crisis humanitarias más generales. El riesgo de propagación del VIH aumenta a menudo cuando arraiga la desesperación y se escinden las comunidades. Al mismo tiempo, también se deteriora la capacidad para frenar el crecimiento de la epidemia y proporcionar tratamiento, asistencia y apoyo adecuados.

Es fundamental que las actividades relacionadas con el VIH/SIDA pasen a ser una parte integral de esfuerzos más amplios para prevenir y superar las crisis humanitarias, tal como pone de relieve esta publicación (véase «El VIH/SIDA y las crisis humanitarias»)

ASIA Y EL PACÍFICO

Las posibilidades para controlar la epidemia de VIH/SIDA se están reduciendo rápidamente en Asia.

En Asia y el Pacífico, casi un millón de personas contrajeron el VIH en 2002, lo que eleva a 7,2 millones el número estimado de personas que viven actualmente con el virus (un incremento del 10% respecto a 2001). Se calcula que otras 490 000 personas fallecieron por causa del SIDA durante el pasado año. Hay unos 2,1 millones de jóvenes (de 15-24 años) que están viviendo con el VIH.

Con la excepción de Camboya, Myanmar y Tailandia, los niveles nacionales de prevalencia del VIH se mantienen comparativamente bajos en la mayoría de los países de Asia y el Pacífico. Esto, sin embargo, no es motivo para el exceso de confianza. En países tan inmensos y poblados como China, la India e Indonesia, los bajos niveles de prevalencia nacional enmascaran el verdadero rostro de la epidemia.

Por ejemplo, tanto China como la India están experimentando epidemias graves y localizadas que afectan a muchos millones de personas.

En la India, la tasa nacional de prevalencia del VIH en adultos, que es inferior al 1%, apenas apunta la gravedad de la situación a la que se enfrenta.

Existe una necesidad ineludible de ampliar las actividades enfocadas a las personas con mayor riesgo de infección. Pero las intervenciones enfocadas no bastan por sí solas para detener la epidemia. También son esenciales programas más extensos contra el VIH/SIDA que lleguen a la población general.

Se estima que a final de 2001 había 3,97 millones de personas que vivían con el VIH/SIDA, lo que significa que, después de Sudáfrica, es el segundo país del mundo con mayor número de casos. La prevalencia del VIH en mujeres atendidas en dispensarios prenatales excedía del 1% en Andhra Pradesh, Karnataka, Maharashtra, Manipur, Nagaland y Tamil Nadu.

Nuevos estudios de comportamiento en la India plantean que los esfuerzos de prevención dirigidos a poblaciones específicas (como las mujeres profesionales del sexo y los usuarios de drogas intravenosas) están obteniendo beneficios en algunos estados, en forma de niveles superiores de conocimiento del

VIH/SIDA y mayor uso de los preservativos (véase el recuadro). Sin embargo, en otros estados sigue aumentando la prevalencia del VIH en estos grupos clave, lo que subraya la necesidad de intervenciones bien planificadas, sostenidas y en gran escala.

La epidemia en China no muestra signos de retroceso. Las estimaciones oficiales situaban en un millón el número de personas que vivían con el VIH en China a mediados de 2002. A menos que se emprendan rápidamente respuestas eficaces, un total de 10 millones de chinos habrá contraído el VIH a finales de esta década, una cifra equivalente a toda la población de Bélgica.

Según fuentes oficiales, el número comunicado de nuevas infecciones por el VIH aumentó un 17% durante los primeros seis meses de 2002. Pero las tasas de incidencia del VIH podrían aumentar vertiginosamente en un país marcado por diferencias socioeconómicas cada vez más amplias y una migración masiva (se estima que unos 100 millones de chinos viven de forma transitoria o permanente fuera de sus hogares registrados), lo cual favorece la propagación del virus a través de múltiples cauces.

Se están observando diversas epidemias de VIH en ciertas poblaciones de diferentes partes de este inmenso país. Existen epidemias graves y localizadas de VIH entre usuarios de drogas intravenosas de nueve provincias, aparte de la Municipalidad de Pekín. Los brotes más recientes de VIH en usuarios de drogas intravenosas se han comunicado en las provincias de Hunan y Guizhou (donde la vigilancia centinela entre tales consumidores ha revelado tasas de prevalencia del VIH del 8% y 14%, respectivamente). También hay signos de epidemias de VIH de transmisión heterosexual que se están propagando en al menos tres provincias (Yunnan, Guangxi y Guangdong), donde la prevalencia del

Enseñanzas contrapuestas de la India

En la India, una nueva investigación nacional del comportamiento llevada a cabo en 2001-2002 realiza facetas importantes de la apuesta que ha hecho el país para contener la epidemia. El estudio demuestra claramente que, en las zonas donde se han ejecutado intervenciones sostenidas, ha sido posible un cambio de comportamiento. Pero también señala la dificultad de llegar a algunos grupos fundamentales (como los varones que tienen relaciones sexuales con varones) y a grandes sectores de la población general (en particular, las mujeres que viven en zonas rurales).

A nivel nacional, el conocimiento del VIH/SIDA es alto, de forma que aproximadamente las tres cuartas partes de los adultos indios (de 15-49 años de edad) saben que el uso correcto y sistemático de preservativos puede prevenir la transmisión sexual del VIH.

Pero, en general, el conocimiento y la sensibilización sobre el VIH/SIDA siguen siendo bajos en las zonas rurales y entre las mujeres. Más del 80% de los varones urbanos reconocían el valor protector del uso sistemático de los preservativos, en comparación con poco más del 43% de las mujeres rurales. No obstante, había excepciones notables, como Andhra Pradesh y Kerala, donde los niveles de conocimiento eran muy similares en varones y mujeres. De todos modos, incluso en esos estados, las mujeres referían niveles bajos de uso de preservativos (37% y 22%, respectivamente), una indicación de que muchas de ellas no son capaces de negociar unas relaciones sexuales seguras con sus parejas masculinas. La división entre sexos sigue siendo abismal.

Los datos del estudio revelan que los indios que no saben leer tienen una probabilidad seis veces menor de emplear preservativos durante una relación sexual ocasional que sus compatriotas que han superado la escuela secundaria. Asimismo, en comparación con las personas que viven en zonas urbanas, los residentes en zonas rurales tienen la mitad de probabilidades de utilizar preservativos con parejas ocasionales.

También resultan llamativos los elevados niveles de conocimiento y sensibilización sobre el VIH/SIDA —y la evidencia de un uso significativo de preservativos— entre poblaciones vulnerables de estados que han emprendido esfuerzos firmes de prevención. Por ejemplo, en Maharashtra, que tiene una epidemia generalizada y duradera, las respuestas al VIH/SIDA parecen haber producido niveles superiores de sensibilización y modificación del comportamiento entre las profesionales del sexo, sus clientes y los consumidores de drogas intravenosas (el 66%, 77% y 52% de los cuales, respectivamente, indican que siempre utilizan preservativos; esas tasas figuran entre las más altas de toda la India). Esto puede haber contribuido a impedir que se des controle la epidemia que sufre el estado.

De forma similar, los programas enfocados de Gujarat han ayudado a conseguir que alrededor de las tres cuartas partes de las profesionales del sexo utilizaran un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja comercial o esporádica. Pero el estado también recuerda que las respuestas al VIH/SIDA tienen que llegar a la población general si se pretende mantener bajo control la epidemia. (Por ejemplo, los niveles de conocimiento entre las mujeres y los habitantes de zonas rurales son muy bajos: sólo un 8% no tenía conceptos erróneos sobre cómo se transmite el VIH.) En cambio, en los lugares donde se han llevado a cabo intervenciones conjuntas para las poblaciones general y marginada, como en Kerala, tales intervenciones han ayudado a mantener una prevalencia del VIH baja.

El estudio pone de manifiesto que, en la India, una proporción significativa de los varones que tienen relaciones sexuales con varones también tienen relaciones sexuales con mujeres (casi el 31% había tenido relaciones sexuales con parejas femeninas durante un periodo de recuerdo de seis meses), y muchos (el 36% durante el mes previo) habían tenido relaciones con varones profesionales del sexo. Éstas eran, hasta ahora, facetas ocultas de la epidemia. Sin embargo, las tasas de uso de los preservativos eran bajas con las parejas comerciales (39% durante el último coito) y las parejas femeninas (36%). Esto señala la necesidad de una acción urgente, teniendo en cuenta el potencial de una propagación más amplia y rápida del VIH a través de estas redes sexuales múltiples.

Un reto importante al que se enfrenta actualmente la India es ampliar con rapidez la cobertura de sus programas del VIH/SIDA a todos los grupos vulnerables. Ese reto no puede deslindarse del desafío más genérico de asegurar que la respuesta llegue a los jóvenes, las poblaciones analfabetas y las comunidades rurales, especialmente las mujeres.

(Extraído del Nationwide Behavioural Surveillance Survey of general population and high-risk groups, 2001-2002 —Estudio Nacional de Vigilancia del Comportamiento de la población general y los grupos de alto riesgo, 2001-2002—, Organización Nacional para el Control del SIDA, India/ORG MARG.)

VIH en 2000 llegaba al 11% entre poblaciones centinela de profesionales del sexo.

La transmisión sexual progresiva del VIH por parte de personas que se infectaron al vender su sangre a centros de transfusión que no cumplían los procedimientos básicos de seguridad hematológica —y la necesidad de ofrecerles tratamiento y asistencia—

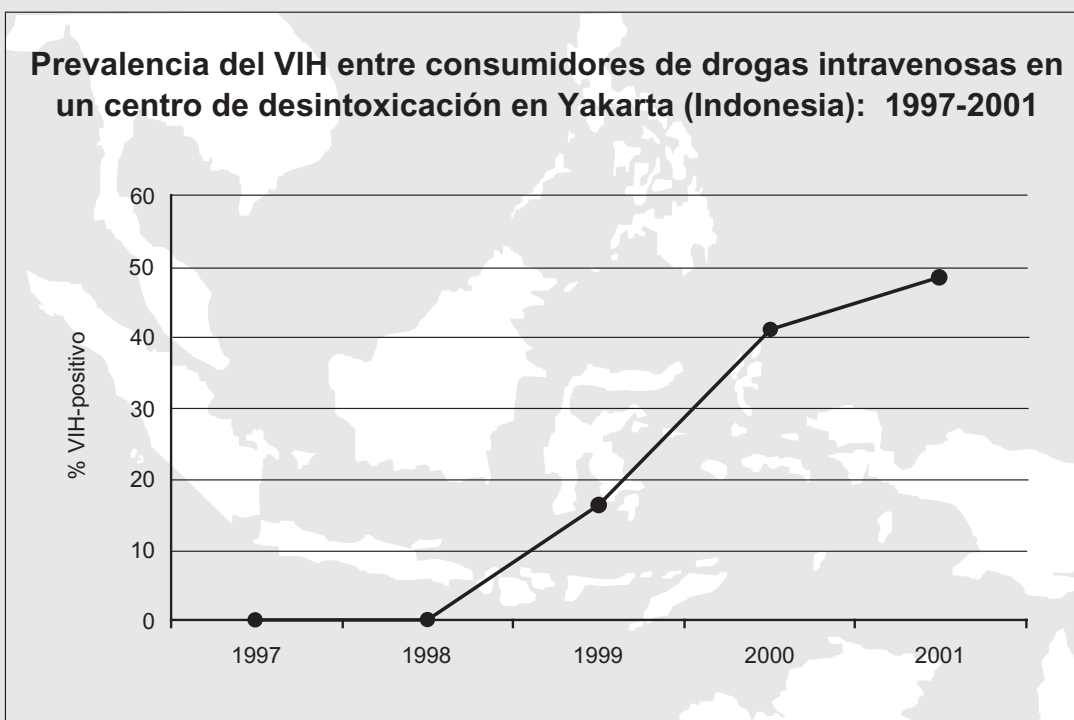
plantea un reto de incalculables proporciones. Subrayando la gravedad de la situación, un estudio llevado a cabo en 2001 en zonas rurales del este de China puso de manifiesto una prevalencia del VIH alarmantemente alta (12,5%) entre personas que habían donado plasma. La mayoría de los tres millones estimados de chinos que venden su sangre viven en comunidades rurales pobres, y ahora las

Una nueva tendencia peligrosa en Indonesia

Las recientes convulsiones sociales y económicas en Indonesia están favoreciendo aparentemente un incremento súbito en el consumo de drogas intravenosas y, con él, un riesgo cada vez mayor de propagación del VIH.

Prácticamente desconocido en Indonesia hasta hace una década, el consumo de drogas intravenosas es ahora un fenómeno en auge en la mayoría de las zonas urbanas. Las estimaciones oficiales indican que actualmente entre 124 000 y 196 000 indonesios se inyectan drogas. Y los datos del mayor centro de desintoxicación de drogas de Yakarta revelan que la prevalencia del VIH está aumentando con extrema rapidez en esta población, tal como muestra la figura siguiente.

Las estimaciones nacionales indican que unos 43 000 consumidores de drogas intravenosas ya están infectados por el VIH. Dado que es habitual la compartición de agujas, cabe prever que el VIH se extienda de forma mucho más amplia por esta población durante los próximos años. Si se mantiene



Fuente: Hospital RSKO y Ministerio Indonesio de Salud, Dirección General de Control de Enfermedades Transmisibles y Salud Ambiental, 2002..

el comportamiento actual de alto riesgo, se estima que en 2003 casi podría duplicarse el número de usuarios de drogas intravenosas que viven con el VIH, lo que representaría más del 80% de las nuevas infecciones por el VIH a nivel nacional.

La inmensa mayoría de los consumidores de drogas inyectables son varones, y los datos de comportamiento indican que más de las dos terceras partes tienen una vida sexual activa. Se calcula que ya hay 9000 mujeres infectadas sexualmente por varones que se inyectan drogas intravenosas.

personas con el VIH/SIDA en provincias como Henan (y también Anhui y Shanxi, donde podrían haberse producido tragedias similares) se enfrentan a un acceso limitado a los servicios de atención de salud, al tiempo que deben soportar una pesada carga de estigma y discriminación.

Es obvia la necesidad de una acción urgente. Ampliando los esfuerzos de prevención, tratamiento y asistencia a todo el país, China puede

Parece que la epidemia de Camboya se está estabilizando gracias a programas sostenidos de prevención que vinculan al Gobierno con la sociedad civil y engloban a diversos sectores de la comunidad.

evitar millones de infecciones por el VIH y salvar millones de vidas durante la próxima década. El plan quinquenal de acción contra el SIDA promulgado a mediados de 2001 señalaba un compromiso creciente para afrontar este desafío, como lo señalan las iniciativas recientes para negociar un tratamiento antirretrovírico financieramente accesible con las empresas farmacéuticas.

Se están detectando tasas elevadas de infección por el VIH en grupos específicos de población (principalmente usuarios de drogas intravenosas, profesionales del sexo y varones que tienen relaciones sexuales con varones) en países de toda la región de Asia y el Pacífico.

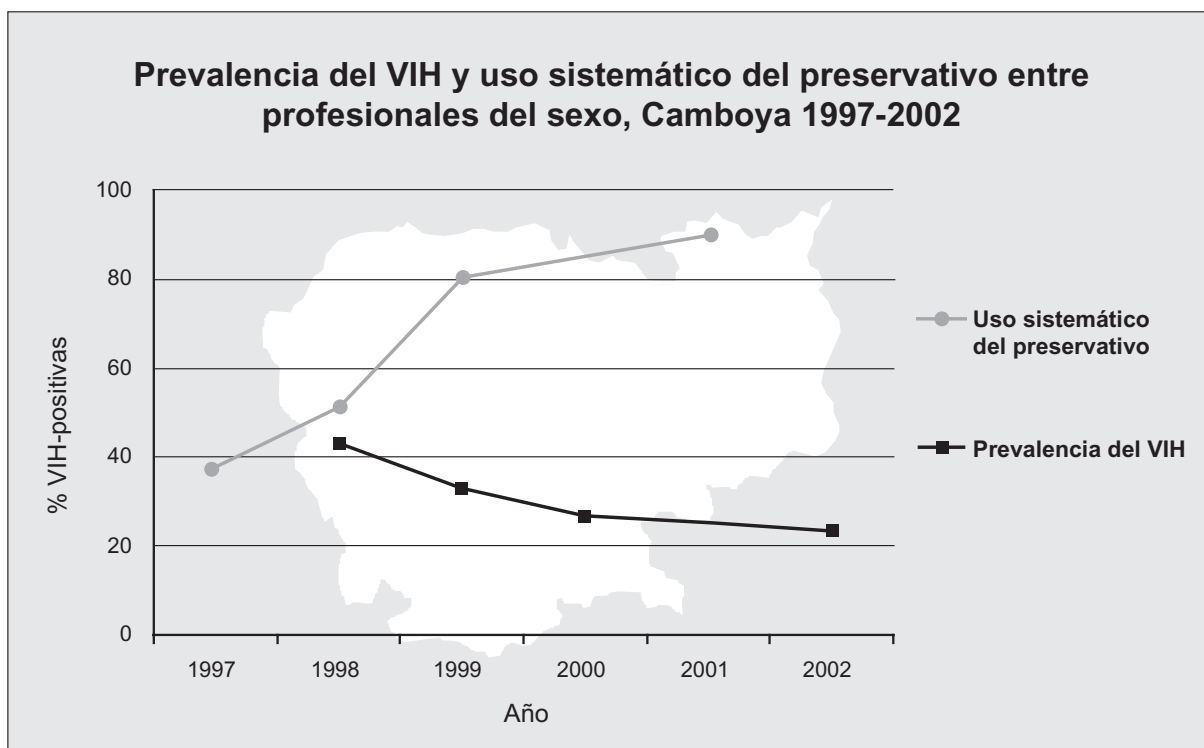
A lo largo y ancho de la región, el consumo de drogas intravenosas ofrece a la epidemia enormes posibilidades de crecimiento. Más del 50% de los usuarios de drogas intravenosas ya han contraído el virus en determinadas partes de Malasia, Myanmar, Nepal, Tailandia y en Manipur (India); al mismo tiempo, se están multiplicando rápidamente las infecciones por el VIH en una porción creciente de la población indonesia que consume drogas intravenosas (véase el recuadro). Se han documentado tasas muy altas de compartición de agujas en usuarios de Bangladesh y Viet Nam; en este último país hay pruebas de que una proporción considerable de los profesionales del sexo que trabajan en la calle también se inyectan drogas (un fenómeno detectado igualmente en otros países). Si se quiere contener la epidemia, es fundamental que los usuarios de drogas intravenosas tengan acceso a programas de reducción del daño y otros servicios preventivos.

Las relaciones sexuales entre varones, una práctica extendida por todos los países de la región, desempeñan un papel significativo en la epidemia. Los países que han determinado la prevalencia del

VIH en varones que tienen relaciones sexuales con varones han constatado cifras muy elevadas: en 2000, el 14% en Camboya, y un nivel similar en varones profesionales del sexo de Tailandia. La homofobia o las normas culturales imperantes implican que un gran número de varones que tienen relaciones sexuales con varones oculte esta faceta de su sexualidad. Muchos podrían casarse o tener relaciones sexuales con mujeres.

Entre los países y territorios de las islas del Pacífico, Papua Nueva Guinea es el que ha comunicado las tasas más elevadas de infección por el VIH. Nuevos datos de vigilancia revelan una prevalencia del VIH del 1% en mujeres que acuden a dispensarios prenatales de la capital, Port Moresby, lo que indica que en la ciudad se está propagando una epidemia de gran magnitud. En personas de la capital que en 2001 solicitaron tratamiento por otras infecciones de transmisión sexual, la prevalencia del VIH era del 7% (el doble que en 2000). Los niveles muy bajos en el uso de preservativos y la amplitud de las redes sexuales (junto con el escaso conocimiento y sensibilización sobre el VIH/SIDA) dan a entender que el país podría estar enfrentándose a una grave epidemia. Algunos datos que contribuyen a refrendar esta idea son que, en 2001, el 85% de los profesionales del sexo encuestados en Port Moresby y Lae no utilizaba preservativos de forma sistemática y que las tasas de otras infecciones de transmisión sexual llegaban al 36%. Existe la necesidad imperiosa de potenciar rápidamente los esfuerzos de prevención.

En Tailandia, por otra parte, los trabajos más recientes de elaboración de modelos señalan que están cambiando las principales vías de transmisión. Mientras que en los años noventa la mayor parte de la transmisión del VIH se producía por comercio sexual, en la actualidad la mitad de las nuevas infecciones por el VIH parece afectar a esposas y parejas sexuales de varones que se infectaron hace varios años. También hay indicios de que los comportamientos sexuales peligrosos están aumentando entre los jóvenes tailandeses. Esto recalca la necesidad de ampliar y revitalizar estrategias capaces de impedir que esta epidemia extremadamente adaptable continúe propagándose por Tailandia. Además,



Fuente: Centro Nacional para el VIH/SIDA, Dermatología y ETS, 2002.

el tratamiento y la asistencia adecuados deberían seguir siendo prioritarios.

Camboya, el país de Asia con la máxima prevalencia del VIH en adultos, ha comunicado la estabilización de la infección, con niveles cada vez más bajos de comportamientos de alto riesgo. Según los últimos datos disponibles, la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas de zonas urbanas importantes disminuyó ligeramente del 3,2% en 1996 al 2,8% en 2002. De acuerdo con los datos de vigilancia

profesionales del sexo parece ser el cambio de comportamiento más importante que se ha conseguido: aumentó del 37% en 1997 al 90% en 2001.

Los esfuerzos enfocados para proteger a las poblaciones vulnerables contra el VIH/SIDA son importantes y rentables. Por sí solos, sin embargo, no pueden detener la epidemia. Es fundamental que, en todas partes, las respuestas al SIDA se extiendan también a la población general, con la impartición de los conocimientos y el suministro

A pesar de la propagación de la epidemia entre usuarios de drogas intravenosas, en la mayor parte de la región no se dispone de servicios mínimos que puedan proteger a este subgrupo de personas contra la infección por el VIH.

más recientes, la prevalencia entre profesionales del sexo ha descendido del 42% en 1998 al 29% en 2002, y la reducción más acusada ha correspondido a los menores de 20 años. Teniendo en cuenta el alto índice de renovación entre los profesionales del sexo de Camboya (casi las tres cuartas partes realizan esta actividad durante menos de dos años), este descenso progresivo indica que los esfuerzos de prevención enfocados a los profesionales del sexo están obteniendo resultados positivos entre quienes se incorporan por primera vez al comercio sexual. El uso sistemático de preservativos por parte de los

de los servicios que las personas necesitan para protegerse a sí mismas y proteger a los demás contra el VIH/SIDA.

Puesto que muchos de los factores que favorecen la transmisión del VIH (como las crisis económicas periódicas y los altos índices de movilidad de la población) son endémicos en toda esta región, ningún país es inmune a una epidemia en gran escala que se propague con rapidez. Sin embargo, la mayoría de los países todavía tiene una posibilidad para emprender y sostener iniciativas contra el VIH/SIDA que impidan este nefasto desenlace.

EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL

La epidemia sigue expandiéndose con rapidez por la mayor parte de los países de esta vasta región.

La infausta distinción de tener la epidemia de VIH/SIDA de crecimiento más rápido en todo el mundo sigue correspondiendo a Europa oriental y Asia central. Se estima que en 2002 se produjeron 250 000 nuevas infecciones, lo que eleva a 1,2 millones el número de personas que viven actualmente con el VIH/SIDA.

En los últimos años, la Federación de Rusia ha experimentado un incremento excepcionalmente abrupto en las infecciones por el VIH notificadas. En menos de ocho años se han reconocido epidemias de VIH/SIDA en 30 ciudades y 86 de las 89 regiones del país. Hasta el 90% de las infecciones registradas se ha atribuido oficialmente al consumo de drogas intravenosas, lo que denota que los jóvenes se enfrentan a un alto riesgo de infección por el VIH como usuarios ocasionales o regulares de tales drogas. De hecho, casi el 80% de las nuevas infecciones registradas en la Comunidad de Estados Independientes entre 1997 y 2000 correspondió a jóvenes menores de 29 años. En la Federación de Rusia, el número total de infecciones por el VIH notificadas ascendió a más de 200 000 a mediados de 2002, un aumento colosal respecto a los 10 993 casos notificados a final de 1998, menos de cuatro años atrás.

Conviene señalar que probablemente los casos de VIH registrados subestiman en gran medida el número real de personas que viven con el virus. De hecho, el primer estudio de base comunitaria entre usuarios de drogas intravenosas –en la ciudad de Togliatti– ha revelado una prevalencia del VIH abrumadoramente alta (véase el recuadro). Además, los casos notificados podrían no reflejar con exactitud los posibles cambios en los patrones de transmisión del VIH (por lo que se refiere a los modos de transmisión y al sexo y grupos de edad de las personas que se están infectando). La insuficiencia de la vigilancia centinela y de los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH implica que la mayoría de esas pruebas se realice como parte de la evaluación sistemática de personas que tienen problemas con el sistema de represión o que utilizan servicios de asistencia sanitaria.

En toda Europa oriental y Asia central, la epidemia se está ensañando especialmente con los jóvenes. Se estima que hasta el 1% de la población de estos países se inyecta drogas, lo que expone a tales personas y a sus parejas sexuales a una situación de alto riesgo de infección. Los usuarios de drogas intravenosas pueden ser muy jóvenes, de tan sólo

Sale a relucir un enorme problema

Un estudio reciente en la ciudad rusa de Togliatti ha permitido obtener una imagen más clara de la epidemia de VIH/SIDA en el país, que revela la verdadera magnitud de la catástrofe.

El estudio en cuestión, realizado a finales de 2001 entre usuarios de drogas intravenosas reclutados de sus comunidades (el primero de este tipo en la Federación de Rusia), ha sacado a la luz una epidemia muy reciente y explosiva de VIH/SIDA entre ese grupo de población de esta ciudad de un millón de habitantes. Se comprobó que el 56% de los participantes en el estudio eran VIH-positivos, y una gran proporción de ellos había contraído el virus en los dos años previos. El estudio también constató que las tres cuartas partes de las personas que vivían con el virus no eran conscientes de su estado. Además, el 40% de las mujeres profesionales del sexo que se inyectaban drogas no acostumbraban a utilizar preservativos con sus parejas regulares, y un 25% tampoco lo hacía con sus parejas de intercambio sexual comercial.

El estudio contribuye a acrecentar la preocupación de que la epidemia de VIH en las ciudades rusas pueda ser mucho más grave de lo que indican las ya elevadas estadísticas oficiales. En los dos últimos años han proliferado los programas de reducción del daño y otros esfuerzos de prevención del VIH; no obstante, la cobertura sigue siendo limitada y, en casos como el de la ciudad de Togliatti, insuficiente. Los autores del estudio han subrayado la necesidad de ampliar el acceso a equipos de inyección estériles y potenciar los esfuerzos para reducir el riesgo de transmisión sexual del VIH entre los usuarios de drogas intravenosas y sus parejas.

13-14 años. Una encuesta entre estudiantes de escuelas secundarias de Moscú indicó que el 4% se había inyectado drogas.

En la Federación de Rusia y en muchas repúblicas de Asia central, la oleada de consumo de drogas intravenosas se correlaciona estrechamente con las convulsiones socioeconómicas que han arruinado los niveles de vida de decenas de millones de personas, junto con el aumento de las tasas de desempleo y

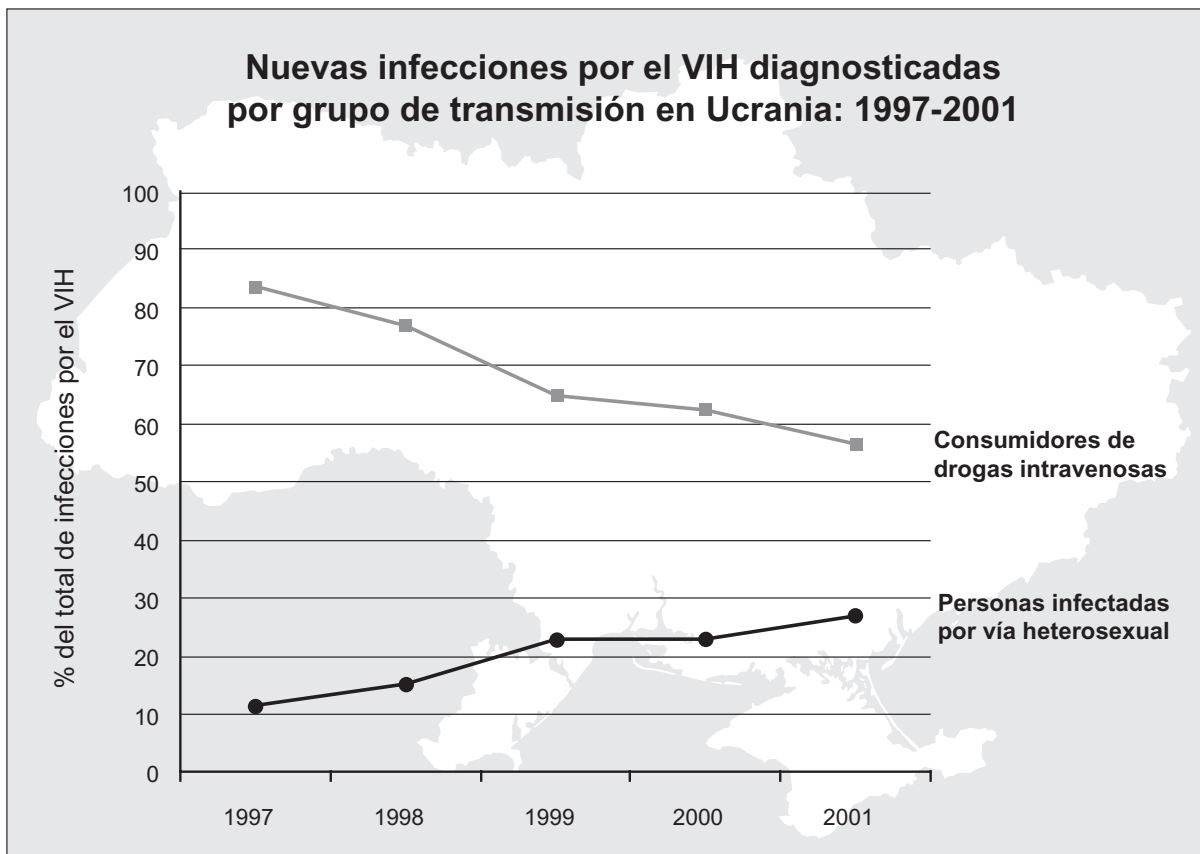
Georgia, Kirguistán, Tayikistán y Uzbekistán. En esas dos últimas repúblicas, la evidencia reciente de un mayor consumo de heroína agrava la preocupación de que ambos países estén a las puertas de grandes epidemias de VIH. En Uzbekistán ya se ha detectado un aumento espectacular en el número de infecciones por el VIH notificadas; así, durante los seis primeros meses de 2002 se registraron 620 nuevas infecciones, seis veces más que durante el mismo periodo de 2001.

Uzbekistán está experimentando un crecimiento explosivo: durante los seis primeros meses de 2002 hubo casi tantas nuevas infecciones por el VIH como las que se registraron en toda la década precedente.

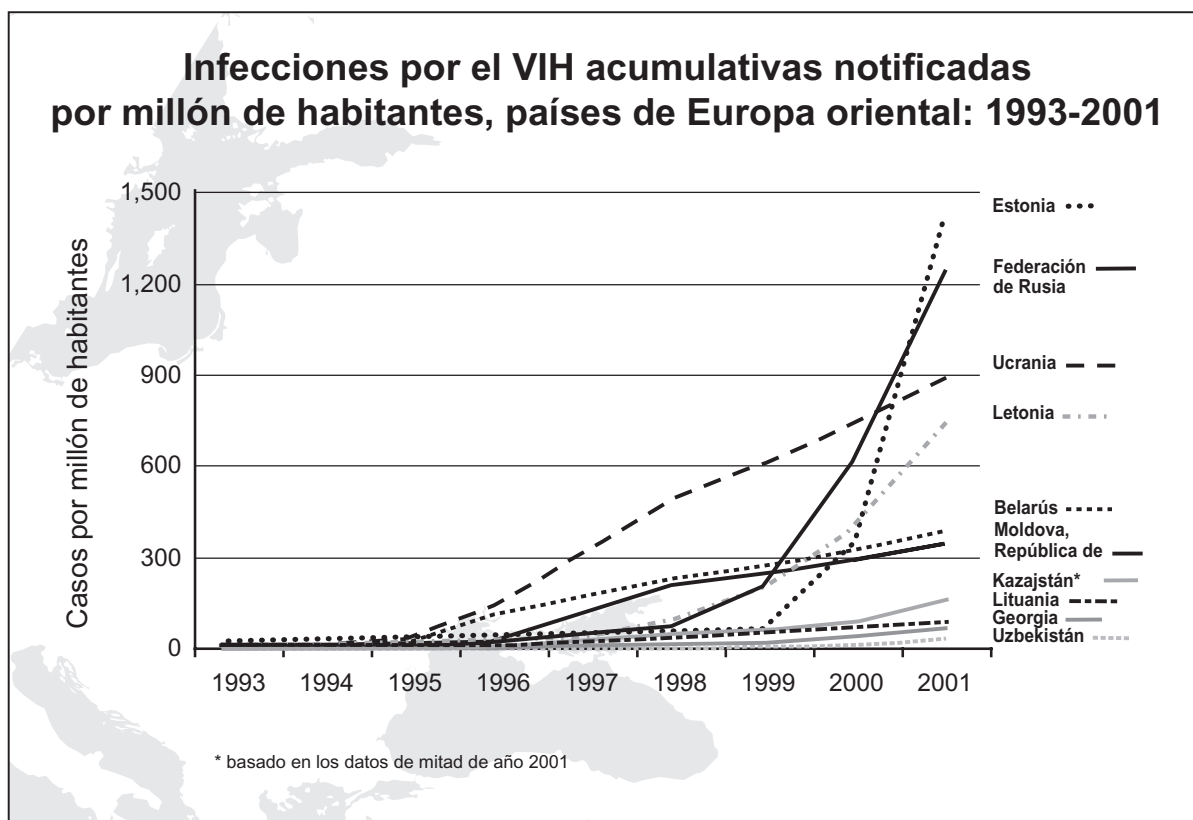
pobreza. Otro factor ha sido la cuadruplicación de la producción mundial de heroína durante la pasada década, que se ha acompañado de la apertura de nuevas rutas de tráfico a través de Asia central.

La epidemia está creciendo en Kazajstán, donde en junio de 2001 se había notificado un total de 1926 infecciones por el VIH. También se observa una propagación más importante del VIH en Azerbaiyán,

La incidencia del VIH notificada también está aumentando bruscamente en otras partes. En Estonia, por ejemplo, las infecciones notificadas pasaron de 12 en 1999 a 1474 en 2001. (En relación con el tamaño de la población, Estonia tiene actualmente la tasa más alta de nuevas infecciones por el VIH en esta región, que supera en un 50% a la de la Federación de Rusia.) También en Letonia



Fuente: Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del VIH. *HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 2001*. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2001. N° 66.



Fuente: Programas Nacionales del SIDA. Datos compilados por el Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del SIDA. *HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 2001*. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2001. N° 66.

puede apreciarse una epidemia en fase de expansión: de las 25 nuevas infecciones comunicadas en 1997 se pasó a 807 en 2001, y durante los seis primeros meses de 2002 se han registrado otros 308 nuevos casos de VIH.

El otro Estado báltico, Lituania, está experimentando un brote significativo de VIH en una de sus prisiones, donde 284 reclusos (el 15% del total) fueron diagnosticados seropositivos entre mayo y agosto de 2002. Esto confirma el papel importante –aunque a menudo ignorado– de las prisiones en la propagación del VIH por muchos de los países de la región. La concentración de un gran número de jóvenes en prisiones abarrotadas o correccionales juveniles, donde abundan las drogas pero escasean la información sobre el VIH, las agujas estériles y los preservativos, proporciona un terreno fértil para la propagación rápida del VIH entre los reclusos y, tras su liberación, hacia la población general.

Aunque el consumo de drogas intravenosas entre los jóvenes sigue siendo el modo predominante de transmisión del VIH en la Federación de Rusia y otros países de la región, el coito heterosexual se ha convertido ahora en una vía importante de transmisión en Belarús y Ucrania. Ese último país,

con una tasa estimada de prevalencia del VIH en adultos del 1%, es el más afectado de la región (y, de hecho, de toda Europa). Los nuevos diagnósticos de VIH en personas infectadas a través del coito heterosexual representaron el 28% de todos los nuevos casos comunicados durante los seis primeros meses de 2002, un incremento significativo respecto al 15,3% en 1998 (véase la figura *supra*). En Belarús se atribuyó a transmisión heterosexual la misma proporción de las nuevas infecciones registradas en 2001. Aunque muchas de esas infecciones pueden corresponder a parejas sexuales de usuarios de drogas intravenosas, la tendencia también puede indicar la propagación hacia la población general de estos países.

En algunas ciudades de la Federación de Rusia y Ucrania, por ejemplo, hasta el 30% de las mujeres que consumen drogas intravenosas también realizan actividades de comercio sexual. En términos más generales, algunos estudios recientes en profesionales del sexo de Donetsk, Moscú y San Petersburgo han revelado tasas de prevalencia del VIH del 13-17%.

Hay pruebas de que los jóvenes de varios países están iniciando la actividad sexual a edades más

tempranas y que están aumentando las relaciones sexuales prematrimoniales. Sin embargo, el conocimiento y la sensibilización sobre el VIH/SIDA siguen siendo desalentadores en muchos lugares. En Azerbaiyán y Uzbekistán, por ejemplo, un tercio de las mujeres jóvenes (de 15-24 años) nunca había oído hablar del SIDA, según un estudio de 2001.

Al mismo tiempo, siguen detectándose tasas muy elevadas de infecciones de transmisión sexual en

En cambio, hay motivos para un optimismo moderado en Europa central, donde algunos países continúan manteniendo a raya la epidemia; en general, la incidencia del VIH siguió siendo excepcionalmente baja en 2001 (7-10 infecciones comunicadas por millón de habitantes). La prevalencia se mantiene baja en países como la República Checa, Hungría, Polonia y Eslovenia, donde también se han implantado programas nacionales contra el VIH/SIDA bien concebidos.

En Belarús y Ucrania, el VIH/SIDA se está propagando progresivamente hacia la población general.

los países de Europa oriental y Asia central, lo que indica la generalización de las prácticas sexuales peligrosas y predice una mayor probabilidad de infección por el VIH. En la Federación de Rusia se notifican cada año entre 200 000 y 400 000 casos de sífilis.

Los varones que tienen relaciones sexuales con varones pueden enfrentarse a un riesgo significativo de transmisión del VIH, en especial cuando se superponen prácticas sexuales peligrosas y consumo de drogas intravenosas, tal como parece ocurrir en algunas comunidades y colectivos. Un estudio de 2001 en varones de Kazajstán que tenían relaciones sexuales con varones constató que el 9% también se inyectaba drogas y que sólo el 3% consideraba que el uso sistemático del preservativo era la forma más eficaz de protegerse contra la infección transmitida a través de las relaciones sexuales. Recientemente, varios colectivos *gays* han iniciado actividades de prevención del VIH para varones que tienen relaciones sexuales con varones en Belarús, Ucrania y diversas repúblicas de Asia central. En conjunto, sin embargo, la cobertura sigue siendo mínima.

Si se quiere llegar a controlar la epidemia, es necesario ampliar los esfuerzos alentadores que se han llevado a cabo recientemente para potenciar la lucha contra el VIH/SIDA en Europa oriental y Asia central. El Programa de Respuesta Urgente emprendido por miembros de la Comunidad de Estados Independientes constituye una plataforma importante para el progreso a nivel regional y nacional. Lo mismo ocurre con las asociaciones que se están forjando entre gobiernos, el sector privado y organizaciones no gubernamentales (siguiendo el ejemplo pionero de Ucrania). Igualmente positivos son los esfuerzos más generalizados para ampliar el acceso al tratamiento y asistencia, como las negociaciones para la reducción de precios de los fármacos antirretrovíricos, después de los logros conseguidos por la República de Moldova, Rumania y Ucrania.

El reto consiste en ampliar la cobertura; desarrollar e implantar estrategias más globales para reducir la vulnerabilidad de los jóvenes, y crear un mejor acceso a la asistencia para aquellos que ya han contraído la enfermedad.

ÁFRICA SUBSAHARIANA

El número anual de nuevas infecciones ha permanecido estable, pero esta estimación oculta ciertas tendencias dinámicas. En algunos países, la epidemia, a pesar de su gravedad, todavía sigue creciendo. Otros se enfrentan al peligro cada vez mayor de un crecimiento explosivo.

África subsahariana, con mucho la región más afectada del mundo, tiene en la actualidad a unos 29,4 millones de personas que viven con el VIH/SIDA. En 2002 se produjeron aproximadamente 3,5 millones de nuevas infecciones, y se estima que la epidemia se cobró la vida de unos 2,4 millones de africanos a lo largo del año. Viven con el VIH 10 millones de jóvenes (de 15-24 años) y casi tres millones de niños menores de 15 años.

Recibe tratamiento antirretrovírico una minúscula fracción de los millones de africanos que lo necesitan. Muchos millones tampoco disponen de medicamentos para tratar las infecciones oportunistas. Estas cifras reflejan la incapacidad mundial —a pesar de ciertos progresos en los últimos años— para desarrollar una respuesta en consonancia con la magnitud y gravedad de la epidemia de VIH/SIDA que está asolando el planeta.

En muchos países de África, la epidemia sólo empieza a manifestarse ahora en toda su extensión, a medida que enferma un número cada vez mayor de las personas que contrajeron el VIH durante los últimos años. En ausencia de esfuerzos masivos de prevención, tratamiento y asistencia, cabe esperar que la mortalidad por el SIDA en el continente siga aumentando antes de alcanzar una cota máxima hacia el año 2010. Esto significa que lo peor de la epidemia en estas sociedades se dejará notar en el curso de la próxima década y con posterioridad. No es demasiado tarde para introducir y potenciar medidas que permitan reducir el impacto, y esto incluye un acceso más amplio a medicaciones contra el VIH y unas políticas socioeconómicas que protejan realmente a los pobres frente a los peores efectos de la epidemia.

Está claro que lo peor de la epidemia todavía está por llegar, incluso en África meridional, donde el VIH/SIDA ha alcanzado ya magnitudes devastadoras. En cuatro países de esta región, la prevalencia nacional del VIH en adultos ha aumentado por encima de lo

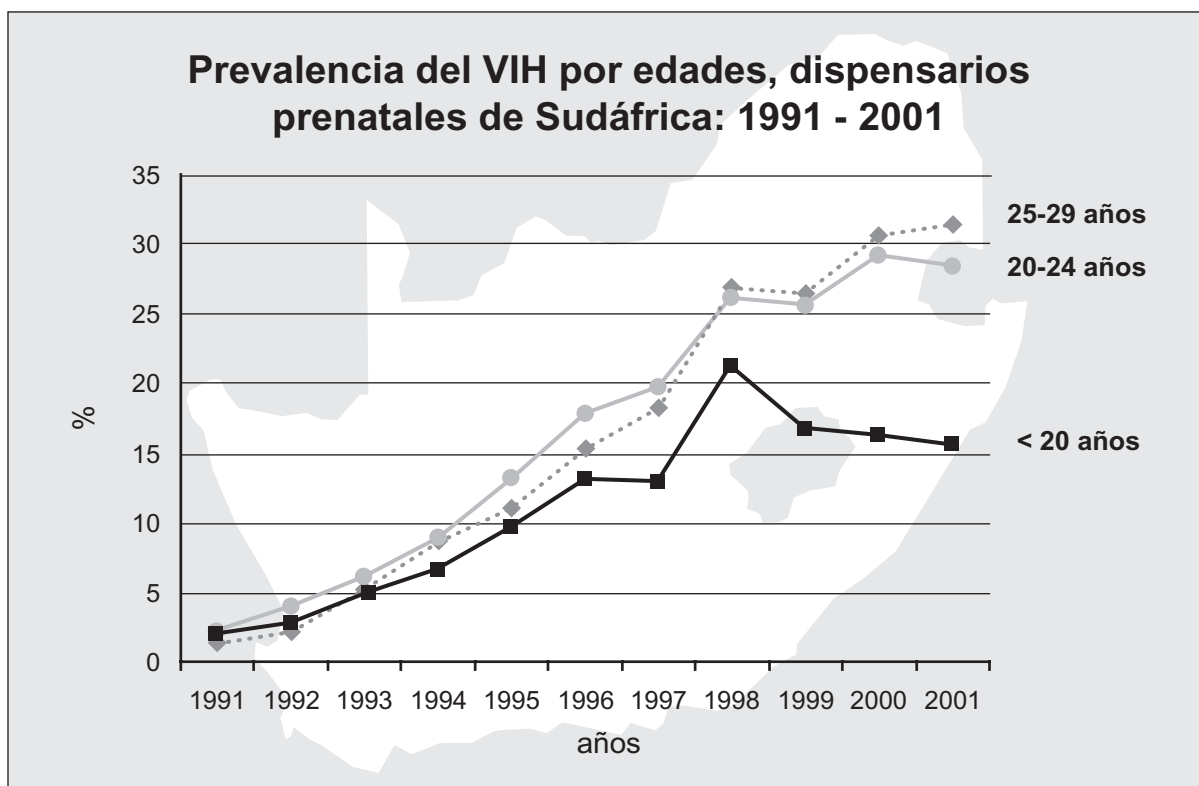
que se creía posible, superando el 30%: Botswana (38,8%), Lesotho (31%), Swazilandia (33,4%) y Zimbabwe (33,7%). Tal como demuestra el presente informe, las crisis alimentarias experimentadas por estos tres últimos países se relacionan estrechamente con la factura que se están cobrando sus ya largas epidemias de VIH/SIDA, especialmente en vidas de adultos jóvenes y productivos.

A pesar de todo, hay signos nuevos y esperanzadores de que la epidemia podría llegar a controlarse. Entre los jóvenes de diversos países parecen estar arraigando ciertas tendencias positivas.

En Sudáfrica, en mujeres embarazadas menores de 20 años, las tasas de prevalencia del VIH disminuyeron hasta el 15,4% en 2001 (en comparación con el 21% en 1998). Esto, junto con el descenso en las tasas de sífilis en mujeres embarazadas atendidas en dispensarios prenatales (que pasaron del 11,2% en 1997 al 2,8% en 2001), indica que las campañas de sensibilización y los programas de prevención están obteniendo sus frutos. Un reto importante ahora es sostener y aprovechar estos éxitos iniciales, en especial porque los niveles de infección por el VIH siguen aumentando en mujeres embarazadas de mayor edad, tal como refleja la siguiente figura.

También se ha detectado un descenso en la prevalencia del VIH en mujeres jóvenes de barrios céntricos de Addis Abeba (Etiopía). Los niveles de infección en mujeres de 15-24 años que acudían a dispensarios prenatales disminuyó del 24,2% en 1995 al 15,1% en 2001 (sin embargo, no se observaron tendencias similares en zonas periféricas de la ciudad, ni tampoco en otras partes del país).

Uganda sigue aportando pruebas de que la epidemia es susceptible a la intervención humana. Al parecer, las infecciones por el VIH recientes están disminuyendo en diversas partes del país, tal como denota la reducción progresiva de la prevalencia del VIH en jóvenes embarazadas de 15-19 años. Las tendencias en los indicadores de comportamiento concuerdan



Fuente: National HIV and Syphilis Sero-Prevalence Survey of Women Attending Public Antenatal Clinics in South Africa, 2001. Departamento de Salud de Sudáfrica, 2002. Informe resumido.

con este declive aparente en la incidencia del VIH. El uso de preservativos por parte de jóvenes solteras de 15-24 años casi se duplicó entre 1995 y 2000/2001, y, dentro de este grupo de edad, hay más mujeres que retrasan el coito sexual o que se abstienen por completo.

Aun siendo motivo de optimismo, estas tendencias positivas no contrarrestan todavía la gravedad de la epidemia en la región. Muchos países siguen afrontando dificultades colosales, no sólo para mantener

Se estima que la prevalencia del VIH supera el 5% en ocho países de África central y occidental, incluidos el Camerún (11,8%), la República Centroafricana (12,9%), Côte d'Ivoire (9,7%) y Nigeria (5,8%), un recordatorio oportuno de que ningún país o región está a salvo de la epidemia. El acusado incremento de la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas del Camerún (que, entre 1998 y 2000, se multiplicó por más de dos veces hasta superar el 11% en el grupo de edad de 20-24 años) da a entender la rapidez con la que puede emerger la epidemia.

Los datos procedentes de Etiopía y Sudáfrica indican que los esfuerzos de prevención están empezando a resultar fructíferos para las mujeres jóvenes, con un descenso de las tasas de prevalencia del VIH entre las adolescentes embarazadas.

y ampliar iniciativas satisfactorias de prevención, sino también para proporcionar tratamiento, asistencia y apoyo adecuados a los millones de personas que viven con el VIH/SIDA o que han quedado huérfanas a causa de la epidemia.

En África central y occidental, las tasas relativamente bajas de prevalencia del VIH en adultos en países como el Senegal (menos del 1%) y Malí (1,7%) quedan ensombrecidas por patrones de crecimiento más nefastos.

Diecinueve países africanos han creado consejos o comisiones nacionales sobre el VIH/SIDA a altos niveles gubernamentales, y las respuestas locales siguen creciendo en número y vigor. En toda la región, 40 países han elaborado planes estratégicos nacionales sobre el SIDA, lo que pone de manifiesto su determinación para alcanzar los objetivos esbozados en la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Otro signo alentador es la implicación activa de ciertos organismos regionales, como la Comisión Económica para

¿Por qué las mujeres jóvenes de África parecen tan propensas a la infección por el VIH?

A pesar de las tendencias positivas registradas últimamente en jóvenes (especialmente mujeres) de algunos países de África, en conjunto, en África subsahariana las mujeres jóvenes tienen una prevalencia de infección dos veces mayor que los varones. Según estimaciones de 2001, el 6-11% de las mujeres de 15-24 años vivían con el VIH/SIDA, en comparación con el 3-6% de los varones de la misma edad. Esto parece ser debido a una combinación de factores.

Las mujeres y muchachas suelen estar discriminadas por lo que respecta a acceso a educación, empleo, créditos, asistencia sanitaria, propiedades y herencia. Dado que la tendencia a la baja de muchas economías africanas está aumentando el número de personas que viven en la pobreza, las relaciones con los varones (esporádicas o formalizadas a través del casamiento) pueden proporcionar a las mujeres una oportunidad magnífica para asegurar su estabilidad económica o social, o para satisfacer aspiraciones materiales. En general, los varones de mayor edad tienen más probabilidades de ofrecer tal seguridad. Pero, en zonas de alta prevalencia, también tienen mayores probabilidades de haber contraído el VIH. La combinación de dependencia y subordinación puede hacer que las muchachas y mujeres tengan muchas dificultades para exigir prácticas sexuales seguras (incluso a sus esposos) o romper relaciones que acarreen un riesgo de infección.

Los estudios han demostrado que las mujeres jóvenes tienden a casarse con varones varios años mayores que ellas, y que el riesgo de infección aumenta si el esposo es tres o más años mayor que la mujer. Al mismo tiempo, la ignorancia sobre salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA sigue constituyendo un problema generalizado. En países africanos con epidemias extensas se ha comprobado que hasta el 80% de las mujeres de 15-24 años carece de un conocimiento suficiente sobre el VIH/SIDA. Esto, junto con la constatación de que las muchachas y mujeres jóvenes son biológicamente más propensas a la infección (el cuello uterino es susceptible a las lesiones), ayuda a explicar las grandes diferencias en la prevalencia del VIH entre muchachas y muchachos de 15-19 años de edad.

Se requieren esfuerzos masivos –del mundo en general– para proporcionar tratamiento y asistencia a los millones de africanos que los necesitan y, así, mitigar el impacto de la epidemia.

África, la Unión Africana y la Comunidad para el Desarrollo de África Meridional, en la lucha contra el VIH/SIDA como cuestión de desarrollo.

A pesar de estos progresos, todavía queda mucho camino por recorrer. La inmensa mayoría de los africanos –más del 90%– no ha contraído el VIH. Capacitarlos para que se mantengan sin el VIH supone un reto colosal, con el objetivo prioritario de proteger a los jóvenes.

Tratar y asistir a los millones de africanos que viven con el VIH/SIDA plantea otro desafío inexcusable para el continente y para el mundo en general. La relativamente próspera Botswana se ha convertido

en el primer país de África que ha adoptado una política que, en última instancia, pondrá la medicación antirretrovírica al alcance de todos los ciudadanos que la necesiten. No obstante, en el momento actual, sólo un número relativamente bajo de personas (alrededor de 2000) se está beneficiando de este compromiso. Además, una serie de empresas (como AngloGold, De Beers, Debswana y Heineken) ha anunciado planes para proporcionar antirretrovíricos a los trabajadores y algunos miembros de sus familias. Se trata de esfuerzos valiosos. Sin embargo, frente a la magnitud de la necesidad, son claramente insuficientes.

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Hay indicios de que la epidemia podría estar estabilizándose en la República Dominicana.

Las epidemias en América Latina y el Caribe están bien reconocidas. Si no se refuerzan las respuestas, existe el peligro de que puedan propagarse de forma más rápida y más extensa. Se calcula que en la región hay 1,9 millones de adultos y niños que viven con el VIH; esta cifra incluye a las 210 000 personas que, según las estimaciones, contrajeron el virus en 2002.

Doce países de esta región (incluidos la República Dominicana y Haití; algunos países de América central, como Belice y Honduras, y Guyana y Suriname) tienen una prevalencia estimada del VIH del 1% o superior en mujeres embarazadas. En varios países caribeños, las tasas de prevalencia del VIH en adultos sólo van a la zaga de las existentes

en África subsahariana, lo que convierte esta región en la segunda más afectada del mundo. En algunos de esos países, el VIH/SIDA es actualmente una de las principales causas de mortalidad. Haití sigue siendo el país más afectado (con una prevalencia nacional estimada del VIH en adultos superior al 6%), junto con las Bahamas (donde la prevalencia es del 3,5%).

Conviene señalar, sin embargo, que la calidad de los sistemas de vigilancia varía ampliamente entre los países, lo que suscita la posibilidad de que no se estén detectando epidemias graves y localizadas en ciertas partes de la región. Los datos de vigilancia centinela entre 1991 y 2001 sugieren que la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas

Luchar contra el estigma y la discriminación: la Campaña Mundial contra el SIDA 2002-2003

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA figuran entre los obstáculos más importantes –y generalizados– que entorpecen una respuesta eficaz a la epidemia de SIDA.

El estigma y la discriminación apuntan y dañan a quienes son menos capaces de disfrutar de sus derechos humanos: los más pobres, los menos instruidos y los más marginados. De hecho, el estigma, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos forman un círculo vicioso en el que todos los componentes se generan, refuerzan y perpetúan mutuamente.

El resultado, en un mundo con SIDA, es la amenaza para la vida. El estigma y la discriminación aumentan la vulnerabilidad de las personas y, al aislarlas y privarlas de tratamiento, asistencia y apoyo, agravan el impacto de la infección.

Éste es el motivo de que la Campaña Mundial contra el SIDA 2002-2003 se dirija a fomentar los esfuerzos mundiales para eliminar las barreras que suponen el estigma y la discriminación. Con el lema de «Vive y deja vivir», la Campaña está:

- alentando a líderes a todos los niveles, y en todos los aspectos de la vida, para que cuestionen abiertamente la discriminación asociada al VIH, encabecen la acción pública y luchen contra las múltiples formas de discriminación a las que se enfrentan las personas en relación con el VIH/SIDA;
- involucrando a las personas que viven con el VIH/SIDA en la respuesta a la epidemia;
- creando un medio jurídico positivo para combatir la discriminación;
- capacitando a las personas para que se enfrenten a la discriminación y reciban reparación a través de instituciones nacionales, y
- asegurando que todo el mundo tenga acceso a servicios de prevención, tratamiento, asistencia y apoyo.

se ha estabilizado o quizás ha empezado a disminuir en la República Dominicana (donde la prevalencia estimada del VIH en adultos era del 2,5% en 2001). Estos hallazgos parecen correlacionarse con la evidencia de un mayor uso de preservativos entre las profesionales del sexo y una reducción del número de parejas sexuales entre los varones.

Durante la pasada década, la relación entre varones infectados por el VIH y mujeres infectadas por el VIH se ha estrechado considerablemente, hasta 3:1 en América Latina y 2:1 en el Caribe. Por extraño que parezca, los varones que tienen relaciones sexuales con varones parecen desempeñar un papel importante en la creciente «feminización» de la epidemia: algunas investigaciones recientes han demostrado que una gran proporción de los varones que tienen relaciones sexuales con varones también tienen relaciones sexuales con mujeres. Aunque son

20% en Bogotá (Colombia) y el 28% en Guayaquil (Ecuador).

La mayoría de los países de la región ha emprendido programas de prevención orientados a los varones que tienen relaciones sexuales con varones. Sin embargo, su calidad varía considerablemente, y a menudo depende de los contextos jurídicos de los países y del nivel de implicación de una amplia gama de sectores sociales. El Brasil ofrece un ejemplo especialmente positivo en este contexto, con esfuerzos de prevención dirigidos también a contrarrestar la vulnerabilidad, estigma y discriminación que sufren los varones que tienen relaciones sexuales con varones. Otros ejemplos incluyen las actividades de prevención, asistencia y apoyo en Jamaica y Trinidad y Tabago. Sin embargo, muchas de estas iniciativas se ven socavadas por leyes discriminatorias contra la homosexualidad.

A pesar de múltiples limitaciones, la región –con Brasil marcando el camino– ha hecho progresos admirables en el suministro de tratamiento y asistencia. Aunque ya esté garantizado ahora en muchos países, el acceso al tratamiento antirretrovírico sigue siendo desigual en la región, debido principalmente a diferencias en el precio de los fármacos.

fundamentales los programas sobre el VIH/SIDA enfocados a los varones que tienen relaciones sexuales con varones, las identidades sexuales son más etéreas de lo que a menudo se supone. En esta región (como en muchas partes de Asia), los esfuerzos de prevención tienen que adaptarse a comportamientos bisexuales aparentemente generalizados, aunque ocultos.

Esto viene refrendado por la evidencia de que las prácticas sexuales peligrosas entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones son endémicas en toda la región. Por ejemplo, un estudio reciente en dos ciudades hondureñas reveló un nivel de prevalencia del VIH del 13%, tasas muy bajas de uso de preservativos, un gran número de parejas sexuales y una baja percepción de riesgo. Un estudio en siete países de América central ha constatado tasas de prevalencia del VIH entre el 8% y el 18% en varones que tienen relaciones sexuales con varones. También se han observado evidencias de prácticas sexuales peligrosas en varios estudios efectuados en países andinos de Sudamérica. En esta zona, las tasas de prevalencia del VIH entre varones que tienen relaciones sexuales con varones han oscilado desde en 14% en Lima (Perú) hasta el

La propagación del VIH a través de equipos de inyección compartidos constituye una preocupación creciente en varios países, en particular la Argentina, el Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay (en Sudamérica), la región septentrional de México y Bermudas y Puerto Rico (en el Caribe). Según las estimaciones, el consumo de drogas intravenosas es responsable del 40% de las nuevas infecciones comunicadas en la Argentina y del 28% en Uruguay; en ambos países, un número creciente de mujeres con el VIH consumen drogas intravenosas o son parejas sexuales de consumidores masculinos.

Al igual que la Argentina, el Brasil ha adoptado un enfoque menos punitivo para afrontar el problema doble que suponen el uso de drogas intravenosas y la infección por el VIH. Y con buenos resultados. Los programas de prevención para consumidores de drogas intravenosas han contribuido a un descenso sustancial de la prevalencia del VIH en este subgrupo de población en varias grandes áreas metropolitanas. Además, un estudio a escala nacional ha puesto de manifiesto un uso creciente de los preservativos entre consumidores de drogas intravenosas (del 42% en 1999 al 65% en 2000), un signo de que los esfuerzos sostenidos de educación

y prevención están obteniendo sus frutos. En 2001, la Argentina autorizó a su Ministerio de Salud para que introdujera una política nacional sobre reducción del daño, y está colaborando con Chile, Paraguay y Uruguay para establecer planes similares.

Se está arrojando nueva luz sobre una dimensión hasta ahora oculta de la epidemia: la infección por el VIH en la población reclusa. Un estudio en tres prisiones urbanas de Honduras ha revelado una prevalencia del VIH de casi el 7% entre los reclusos masculinos en general y de casi el 5% entre los de 16-20 años (que, a causa de su edad, es probable que hayan contraído la infección en fechas relativamente recientes). Menos del 10% de los varones indicaron el uso sistemático de preservativos. La probabilidad de que en otros países de la región se estén reproduciendo patrones similares de transmisión subraya la necesidad de nuevas investigaciones y de programas más sistemáticos que permitan proteger a los presos y sus parejas contra el VIH/SIDA. A pesar de la imperiosidad de los esfuerzos de prevención del VIH enfocados a la población reclusa, los obstáculos institucionales impiden a menudo desarrollar y evaluar tales programas.

Uno de los factores que favorecen la propagación del VIH por la región es una combinación de desarrollo socioeconómico desigual y alta movilidad de la población. La epidemia creciente de SIDA en

América central, por ejemplo, se concentra de forma mayoritaria en sectores de la población socialmente marginados, muchos de los cuales se ven obligados a emigrar en busca de trabajo y dinero. A menos que se superen, las dificultades económicas que están asolando varios países de la región contribuirán probablemente a consolidar un contexto socioeconómico que favorezca la propagación de la epidemia.

Al mismo tiempo, sin embargo, es más evidente que nunca la determinación de los países para frenar la epidemia y limitar su impacto, tal como demuestran sus esfuerzos para proporcionar fármacos antirretrovíricos a los pacientes con enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA. Se estima que a finales de 2001 recibían este tratamiento unas 170 000 personas (la mayoría de ellas en el Brasil). Países como la Argentina, Costa Rica, Cuba y Uruguay aseguran actualmente el acceso gratuito y universal a estos medicamentos a través del sector público, mientras que Honduras y Panamá han asegurado recientemente reducciones muy sustanciales en el precio de esos fármacos. A mediados de 2002, la Asociación Pan Caribeña contra el VIH/SIDA firmó un acuerdo con seis empresas farmacéuticas en un intento de mejorar el acceso a fármacos antirretrovíricos más baratos. Sin embargo, el acceso real a este tratamiento sigue siendo desigual en el conjunto de la región, debido en parte a la amplia variabilidad en el precio de los medicamentos.

ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE

La negación persistente entre los líderes sociales y políticos de algunos países proporciona a la epidemia un entorno idóneo para seguir propagándose.

Los datos disponibles apuntan a un incremento de las tasas de infección por el VIH; así, se calcula que unas 83 000 personas contrajeron el virus durante 2002. Esto eleva a 550 000 el número de personas que viven actualmente con el VIH/SIDA. La epidemia se cobró unas 37 000 vidas a lo largo del pasado año.

Sin embargo, la vigilancia sistemática sigue siendo insuficiente, lo que hace muy difícil deducir tendencias precisas. Es posible que epidemias ocultas se estén propagando por la región. La creación de mejores sistemas de vigilancia (como los introducidos en Irán, Jordania, el Líbano y Siria) permitirá que un mayor número de países rastree con precisión el desarrollo de la epidemia e instaure respuestas eficaces.

En aproximadamente la mitad de los países de la región, especialmente en el norte de África y la República Islámica del Irán, se han producido brotes significativos de infección por el VIH entre usuarios de drogas intravenosas.

A menos que los países introduzcan de inmediato programas de reducción del daño y otros servicios preventivos para los consumidores de drogas intravenosas, la epidemia puede crecer espectacularmente y propagarse hacia la población general.

Otros grupos infectados son los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los profesionales del sexo y sus clientes. En Marruecos, el Programa Nacional para el Control del SIDA ha detectado una prevalencia relativamente alta de otras infecciones de transmisión sexual, un signo de que las prácticas sexuales peligrosas son más comunes de lo que se supone habitualmente.

En el conjunto de la región ha aumentado el reconocimiento de la necesidad de esfuerzos preventivos más eficaces y de mayor alcance. Algunos países están forjando respuestas potencialmente enérgicas. Algunos ejemplos al respecto son la movilización de organizaciones no gubernamentales en torno a los

La insuficiencia de los sistemas de vigilancia en diversos países de esta región dificulta la valoración precisa de la epidemia y el establecimiento de respuestas eficaces.

En Irán, la transmisión del VIH está afectando principalmente a las 200 000-300 000 personas que, según las estimaciones, consumen drogas intravenosas, un 1% de las cuales se cree que están viviendo con el VIH. Los comportamientos de alto riesgo son habituales en esta población mayoritariamente masculina: casi la mitad de los usuarios de drogas intravenosas comparten los equipos de inyección, y se presume que otros tantos tienen relaciones sexuales extramatrimoniales. Según algunas estimaciones, un porcentaje significativo (superior al 30%) están casados. Sin embargo, el uso de preservativos es una práctica excepcional. Asimismo, se cree que un 10% de los reclusos se inyecta drogas intravenosas y que más del 95% de ellos comparten las agujas. La prevalencia del VIH en la población reclusa que consumía drogas intravenosas era del 12% en 2001.

programas de prevención en el Líbano, y las iniciativas de reducción del daño para usuarios de drogas intravenosas en la República Islámica del Irán.

Sin embargo, faltan datos apropiados de vigilancia sobre comportamientos e infecciones por el VIH; las capacidades todavía son limitadas, y las respuestas al VIH/SIDA siguen concentrándose casi exclusivamente en el sector sanitario. Al mismo tiempo, la tendencia a exagerar los efectos protectores del conservadurismo social y cultural continúa obstaculizando la implantación de una respuesta adecuada. En ausencia de mayor franqueza, mayor compromiso político y mejores programas de prevención, cabe anticipar una propagación más generalizada del VIH/SIDA.

PAÍSES DE INGRESOS ELEVADOS

La epidemia sigue desplazándose hacia las poblaciones marginadas que no tienen acceso a los servicios y la información que necesitan para protegerse del VIH/SIDA.

En los países de ingresos elevados, el VIH infectó a unas 76 000 personas a lo largo de 2002. En esos países hay actualmente unos 1,6 millones de personas que viven con el virus. Se estima que 23 000 personas fallecieron a causa del SIDA durante 2002.

En los últimos años han emergido algunos cambios dignos de mención. Desde la introducción de la terapia antirretrovírica en 1995/1996, ha disminuido sustancialmente la mortalidad relacionada con el VIH/SIDA, aunque esta tendencia ha empezado a estabilizarse con el cambio de siglo. La mayor supervivencia de las personas con el VIH/SIDA ha dado lugar a un aumento progresivo en el número de portadores del virus en los países de ingresos elevados. A finales de 2001 había unas 500 000 personas que estaban recibiendo medicación antirretrovírica, en un contexto, sin embargo, en el que medra el exceso de confianza y en el que han ido menguando los esfuerzos de prevención. Hay que potenciar los servicios de asesoramiento y prevención si se pretende evitar un resurgimiento en la transmisión del VIH.

En el Reino Unido, como en otros países europeos, una gran parte de las infecciones transmitidas por vía heterosexual se diagnostica en personas que proceden de zonas con una alta prevalencia del VIH, que han vivido en ellas o que las han visitado. Si se quiere llegar y beneficiar a estos diversos colectivos, las actividades de prevención, tratamiento y asistencia deben ser cultural y socialmente más adecuadas y pertinentes.

La mayoría de los países de ingresos elevados también se enfrenta a epidemias concentradas de VIH; esto incluye a los Estados Unidos de América, donde el consumo de drogas intravenosas representa una vía importante de infección (el 14% de todos los diagnósticos de VIH notificados). En España, en 2000, la prevalencia del VIH notificada en usuarios de drogas intravenosas fue del 20-30% a nivel nacional, mientras que en Francia las tasas de prevalencia oscilaron entre el 10% y 23%. En Portugal, la grave epidemia que se está cerniendo en los usuarios de drogas intravenosas representó más de la mitad de

El incremento de los comportamientos sexuales peligrosos subraya la necesidad de no ceder al exceso de confianza y revitalizar los programas de prevención para llegar a los millones de jóvenes que alcanzan la madurez sexual cada año.

En diversos países de Europa occidental, el coito heterosexual es responsable de una proporción creciente de los nuevos diagnósticos de VIH (un incremento del 59% entre 1997 y 2001). Más de la mitad de las 4279 nuevas infecciones por el VIH diagnosticadas en el Reino Unido en 2001 fueron consecuencia de relaciones heterosexuales, en comparación con el 33% de las nuevas infecciones en 1998. En Irlanda se aprecia una tendencia similar: el número de infecciones por el VIH transmitidas por vía heterosexual se ha cuadruplicado entre 1998 y 2001. Aunque en España el consumo de drogas intravenosas sigue siendo el principal modo de transmisión, las relaciones heterosexuales representan aproximadamente una cuarta parte de todas las infecciones por el VIH.

los nuevos diagnósticos de VIH tanto en 2000 como en 2001, aunque el número de infecciones comunicadas en este subgrupo de población ha disminuido significativamente desde entonces.

La cifra de infecciones por el VIH notificadas en jóvenes puede reflejar tendencias generales en la incidencia, ya que es probable que esas personas hayan estado expuestas a la infección por el VIH en fechas relativamente recientes. En las 34 áreas de los Estados Unidos que exigen notificación confidencial del VIH, la mayor parte de las infecciones en jóvenes de 13-19 años comunicadas entre julio de 2000 y junio de 2001 correspondió a mujeres (56%), un porcentaje desproporcionado de ellas, afroamericanas. La mayoría de las mujeres jóvenes ha contraído el virus a través del coito heterosexual.

Los últimos datos disponibles indican que persiste el desplazamiento de la epidemia hacia los sectores más pobres y marginados de la sociedad. Se estima

causa entre los varones hispanos del mismo grupo de edad. (En el Canadá, entre tanto, los aborígenes experimentaron el 9% de las nuevas infecciones por

La transmisión heterosexual del VIH representa una porción creciente de las nuevas infecciones; el riesgo es particularmente elevado entre los jóvenes y las personas más desfavorecidas.

que en 2000 el 54% de las nuevas infecciones por el VIH afectó a afroamericanos, a pesar de que sólo representan el 13% de la población de los Estados Unidos. Según un informe de los CDC de 2002, las enfermedades relacionadas con el SIDA siguieron siendo la principal causa de mortalidad entre los varones afroamericanos de 25-44 años, y la tercera

el VIH en 1999, aunque constituían menos del 3% de la población general.) Los niveles de prevalencia del VIH son excepcionalmente altos en varones afroamericanos que tienen relaciones sexuales con varones (hasta el 30% en personas de 23-29 años, según un estudio en seis ciudades). En 2001, cerca del 64% de las mujeres con diagnóstico seropositivo

Subtipos del VIH: dianas móviles

El VIH ha demostrado una capacidad notable para explotar los cambios en el entorno social y adaptarse a ellos. A nivel molecular, el virus también se está modificando constantemente.

Con el fin de rastrear la modificación genética del VIH-1, los científicos han clasificado las diferentes cepas del virus en tres grupos: M (principal), O (atípico) y N (no M, no O).

El grupo principal (M) se divide en diversos subtipos, así como en variantes derivadas de la combinación de dos o más subtipos, conocidas como formas recombinantes circulantes (CRF). Los subtipos se definen por tener genomas que son singulares en un 25% como mínimo. Se han identificado 11 subtipos, cada uno de los cuales se designa con una letra (subtipo A, B, C, etc.). Cuando los subtipos se mezclan entre sí (por ej., cuando un individuo se infecta por dos subtipos diferentes del VIH) y la combinación genética resultante se establece satisfactoriamente en el entorno, ésta se denomina CRF. Por el momento se han identificado 13 CRF.

Hasta ahora, algunos subtipos han quedado restringidos en gran medida a determinadas zonas geográficas. El subtipo C, por ejemplo, está muy extendido por África meridional, la India y Etiopía. El subtipo B es común en Europa, las Américas y Australia. Pero casi todos los subtipos pueden detectarse en África, junto con un cierto número de CRF.

Estas formas genéticas singulares del VIH están proporcionando a los epidemiólogos moleculares herramientas valiosas para rastrear la propagación de la epidemia.

Los subtipos se han estudiado lo suficiente para descubrir algunas tendencias clave. El subtipo C es el más común, y representa aproximadamente el 50% de todas las nuevas infecciones por el VIH. El subtipo A es la segunda variante más prevalente del VIH-1. Este subtipo es responsable de un 30% de las infecciones por el VIH en el este del continente, pero del 80% en África occidental.

En Europa oriental, el subtipo A apareció en la epidemia que se inició en Kaliningrado en 1995/96, mientras que, en otras partes, el subtipo B se propagó entre usuarios de drogas intravenosas. Ambas variantes se han recombinado ahora en una nueva CRF, conocida como AB, que se está propagando hacia el este de dicha región.

Otra forma recombinante, la CRF02_AG, está adquiriendo preeminencia en África occidental, una zona con una prevalencia del VIH relativamente estable durante varios años, pero en la que la epidemia ha empezado a expandirse con rapidez en los últimos tiempos (en el Camerún, por ejemplo). En esta región, el CRF02_AG está implicado actualmente en más del 30% de las nuevas infecciones.

En China se han identificado tres variantes. El subtipo E se estableció a lo largo de la costa (como consecuencia presumiblemente de relaciones sexuales de marineros en tránsito), mientras que el subtipo C llegó probablemente de la India, y el subtipo B circuló al principio entre usuarios de drogas



en los Estados Unidos era afroamericanas. Es posible que un número significativo de mujeres contraiga el virus a partir de varones que tienen relaciones sexuales con varones.

Las relaciones sexuales entre varones siguen siendo una vía importante de transmisión en diversos países, y representan una fracción creciente de las nuevas infecciones en el Japón. En la mayoría de los países con ingresos elevados, los casi legendarios éxitos conseguidos por –y entre– los varones que tienen relaciones sexuales con varones se han convertido ahora en una gesta del pasado. Parece que los esfuerzos de prevención no están llegando al gran número de varones cuyas prácticas sexuales peligrosas se están traduciendo en un aumento de las tasas de infecciones de transmisión sexual (por ej., en Australia, el Canadá, los Estados Unidos y algunos países de Europa occi-

dental). Paradigmática es, por ejemplo, la tendencia creciente hacia las prácticas sexuales peligrosas que se ha documentado en San Francisco entre varones que tienen relaciones sexuales con varones. Una encuesta autocumplimentada sobre comportamiento sexual ha revelado un aumento en el sexo anal no protegido (del 32% en 1999 al 38% en 2001), en gran parte entre parejas serodiscordantes (es decir, sólo uno de los miembros es seropositivo). El estudio también detectó tasas crecientes de otras infecciones de transmisión sexual en la población examinada.

La necesidad de esfuerzos redoblados de prevención, especialmente entre los jóvenes, queda refrendada por los hallazgos recientes de un aumento de los comportamientos de alto riesgo, un uso menos frecuente de preservativos y tasas más elevadas

intravenosas. Hay pruebas ahora de que los subtipos B y C se han recombinado y se están propagando hacia el norte de China.

No está claro si la existencia de diferentes subtipos tiene implicaciones importantes para la transmisibilidad o tratamiento del VIH. Algunos científicos han postulado, por ejemplo, que la cepa predominante en África meridional es más agresiva que las otras. Un estudio efectuado en la República Unida de Tanzania indicó que los subtipos A y C podían transmitirse con mayor facilidad de la madre al hijo. Otro estudio en el Senegal señaló que las profesionales del sexo tenían una probabilidad hasta ocho veces mayor de desarrollar el SIDA si se infectaban por los subtipos C, D o G, en lugar de por el A. Sin embargo, los estudios realizados en otras partes no han confirmado tales observaciones.

La buena noticia es que casi todos los subtipos identificados hasta ahora responden claramente a los antirretrovíricos. Aunque algunos estudios han encontrado ciertas variaciones en la forma en que los diferentes subtipos y CRF responden a los antirretrovíricos, otras investigaciones no han detectado tales discrepancias. La mejor comprensión clínica de si los diferentes subtipos tienen diferentes implicaciones terapéuticas (por ej., en la combinación de los fármacos utilizados o en sus dosificaciones) permitirá incrementar sustancialmente el acceso a antirretrovíricos en poblaciones en las que predominen subtipos distintos del B.

Sin embargo, aparte de las variaciones entre poblaciones, el VIH está mutando constantemente dentro de los individuos, y esto tiene implicaciones importantes tanto desde un punto de vista clínico como de salud pública. Junto con la variación «natural», los genes del VIH también mutan en respuesta a presiones externas, como el sistema inmunitario de una persona o el uso de fármacos antirretrovíricos.

Desde 1995-1996, cuando los antirretrovíricos empezaron a introducirse de forma generalizada, tanto en las Américas como en Europa se ha comunicado un aumento de mutaciones resistentes en personas infectadas *de novo*. Últimamente se han documentado nuevas cepas con resistencia a múltiples fármacos.

La variabilidad genética del VIH es uno de los motivos que explica por qué los científicos tienen tantas dificultades para desarrollar una vacuna. Es posible que algunas vacunas potenciales sólo actúen contra subtipos concretos, de modo que la subtipificación ha influido en las pruebas de las vacunas. En Tailandia, por ejemplo, una vacuna experimental se modificó cuando los epidemiólogos moleculares comunicaron que el subtipo B dominante había sido sustituido por otro subtipo –el E– en la población de usuarios de drogas intravenosas en la que iba a llevarse a cabo el ensayo. Los fabricantes modificaron la vacuna incluyendo dos componentes vacunales dirigidos contra ambos subtipos.

La esperanza radica ahora en que los científicos puedan descubrir aspectos del virus que sean lo suficientemente constantes para que una vacuna provoque una respuesta inmunitaria eficaz contra múltiples variantes del VIH. Si se demuestra que existen tales características víricas, crecerá la esperanza de poder desarrollar una vacuna de eficacia general. Las investigaciones, mientras tanto, siguen su curso.

de infecciones de transmisión sexual en diversos países. En el Reino Unido, por ejemplo, las tasas de blenorragia, sífilis e infecciones por clamidias se han multiplicado por un factor superior a dos desde 1995, y también se han registrado incrementos en otros países de Europa occidental.

En el Japón, donde tan sólo 621 personas (en su mayoría varones) contrajeron el VIH en 2001, el virus se está propagando de forma progresiva entre los jóvenes. La tendencia creciente de algunos jóvenes a tener relaciones sexuales con múltiples parejas (los

llamados *sokusutomo*, o «amigos del sexo»), junto con el descenso en las ventas de preservativos, señala la posibilidad de que se extiendan significativamente nuevos patrones de propagación del VIH. En 2001, casi el 40% de las nuevas infecciones por el VIH correspondió a personas en la segunda o tercera década de la vida, hecho que parece concordar con los informes de un incremento de las tasas de infecciones de transmisión sexual entre varones y mujeres japoneses menores de 24 años (del 21% y 14%, respectivamente, entre 1998 y 2000).

EL VIH/SIDA Y LAS CRISIS HUMANITARIAS

Debilitadas por el SIDA, las estrategias de afrontamiento tradicionales pasan a ser demasiado frágiles para hacer frente a ulteriores crisis.

Las crisis humanitarias adoptan múltiples formas. Algunas implican conflictos violentos. Otras derivan de una combinación de catástrofes naturales y producidas por el hombre. Invariablemente amenazan un gran número de vidas a causa de la escasez de alimentos y la pérdida de cobijo y seguridad básica, a una escala y con una gravedad que desafían la capacidad de afrontamiento de las personas.

Cada vez resulta más obvio que la epidemia de VIH/SIDA puede ser un factor potente en tales crisis. De hecho, las actuales emergencias alimentarias en África meridional subrayan la interacción potencialmente dinámica entre el VIH/SIDA y otras crisis, así como la necesidad de afrontarlas al unísono.

En los países y comunidades donde la prevalencia del VIH es muy alta, la epidemia ya constituye por sí misma una crisis importante. Millones de personas han fallecido. Si continúan las actuales tendencias, muchos millones más se verán abocadas al mismo destino.

Las epidemias graves y duraderas están sumiendo a millones de personas en la miseria y la desesperación, a medida que se debilita su capacidad laboral, menguan los ingresos, se dilapidan los bienes y se desintegran los hogares. Desgastadas por el SIDA, las estrategias tradicionales de afrontamiento se vuelven demasiado débiles para superar ulteriores amenazas, como los conflictos armados, las cosechas malogradas o las catástrofes naturales. Tal como se pone de manifiesto actualmente en África meridional, un conjunto de desgracias puede converger para crear una crisis.

La epidemia puede arrebatarse a los hogares y comunidades la capacidad para producir o adquirir alimentos, lo que convierte una escasez alimentaria en una crisis alimentaria. Si se permite que perduren, las emergencias de este tipo pueden generar un mayor desarraigo social, ruptura de los sistemas educativo y sanitario, migraciones masivas y exacerbación de la explotación sexual de las mujeres y niños, factores todos ellos que favorecen la ulterior propagación del VIH/SIDA.

Pero éstas no son consecuencias inevitables. La acción y la inacción humanas las han instigado. La acción humana también puede prevenirlas.

EL VIH/SIDA Y LA CRISIS ALIMENTARIA EN ÁFRICA MERIDIONAL

Las urgencias alimentarias que asolan el sur de África subrayan lo vulnerables que son muchos países a las convulsiones que interrumpen la producción y consumo de alimentos. En cada uno de los países afectados, la epidemia de VIH constituye por sí misma una convulsión de proporciones considerables.

Cuando 2002 toca a su fin, se estima que 14,4 millones de personas corren riesgo de morir por inanición en los seis países más afectados por la hambruna: Lesotho, Malawi, Mozambique, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe.

Una cadena de circunstancias negativas

La crisis alimentaria de África meridional no es simplemente una catástrofe «natural» provocada por patrones meteorológicos desfavorables. También deriva de un entramado complejo de desgracias y errores políticos, que varían de un país a otro. Entre los factores implicados figuran sequías o inundaciones; mala administración y desgobierno; reformas equivocadas del mercado; falta de tierra y de otros servicios de apoyo para los agricultores depauperados; abolición de las protecciones a los consumidores (permitiendo que los precios se disparen a medida que se agrava la urgencia), e inestabilidad política. Así es la epidemia de VIH/SIDA en cada uno de los países que se enfrenta actualmente a una emergencia alimentaria.

En los lugares donde es mayor la carencia de alimentos o la falta de acceso asequible a ellos, la prevalencia del VIH también es alarmantemente alta: las tasas de prevalencia del VIH en adultos oscilan del 15% en Malawi al 33% en Swazilandia y Zimbabwe.

Desde la gran sequía que devastó el sur de África en 1992, esta subregión se ha convertido en la morada de la mayor epidemia de VIH/SIDA en el mundo. A final de 2001, casi 15 millones de personas estaban viviendo con el VIH en África meridional, y se estima que otros 1,1 millones fallecieron a causa del SIDA durante el pasado año, la mayoría de ellos en la etapa más productiva de su vida.

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), siete millones de trabajadores agrícolas en 25 países africanos muy afectados han fallecido como consecuencia del SIDA desde 1985. La FAO advierte de que otros 16 millones podrían fallecer en los próximos 20 años si no se emprenden programas masivos y eficaces.

En general, las familias son capaces de alcanzar la seguridad alimentaria cuando pueden producir can-

tidades suficientes de alimentos nutritivos, ganar el dinero necesario para comprarlos, vender bienes o canjearlos por comida en tiempos difíciles y contar con la ayuda de redes sociales de apoyo. La epidemia de VIH/SIDA está erosionando todos estos métodos de afrontamiento. Reduce las capacidades de los hogares para producir y comprar alimentos, arruina sus bienes y agota sus redes de seguridad social.

La tasa creciente que hay que pagar

A medida que se agrava su impacto, la epidemia despoja a los hogares y comunidades de un poder laboral valioso. Los adultos enferman y son menos capaces de atender a sus labores agrícolas u otros trabajos, incluidos los remunerados. En 2001, cerca del 60% de los agricultores comerciales y minifundistas de Namibia indicaron que habían sufrido pérdidas de mano de obra como consecuencia del

Foco de atención en Malawi

A principios de 2002, Malawi cruzó la línea divisoria que separa la escasez alimentaria estacional de una emergencia alimentaria a gran escala que amenaza la vida de más de tres millones de personas. Se dice que es la peor crisis que se recuerda, y los agricultores más viejos la comparan con la que siguió a la devastadora sequía de 1949-1950.

Las adversas condiciones meteorológicas constituyen uno de los factores —entre los que también figura la epidemia de VIH/SIDA— que han contribuido a desencadenar esta crisis humanitaria. La decisión de vender todas las reservas de grano dejó a Malawi sin apenas ninguna red de seguridad en caso de que se malograran las cosechas. El recorte de un programa satisfactorio de suministro de semillas y fertilizantes gratuitos contribuyó al desplome de la producción alimentaria; al mismo tiempo, el Gobierno también ha reducido otros programas que ayudaban a los agricultores en el cultivo y comercialización de sus cosechas. Entre las causas subyacentes cabe citar una pobreza crónica y cada vez más profunda, favoritismos en el acceso a la tierra, mala gestión de los recursos agrícolas, confianza excesiva en un único cultivo (maíz) y altos niveles de inflación.

La epidemia de VIH/SIDA severa y prolongada que sufre Malawi es un factor que está contribuyendo poderosamente a la crisis alimentaria en ese país, donde se estima que el 70% de la mortalidad hospitalaria se relaciona actualmente con el SIDA y donde la epidemia ha dejado huérfanos a unos 470 000 niños menores de 15 años.

La epidemia ha provocado cambios demográficos drásticos en las comunidades agrícolas, con un número creciente de hogares encabezados actualmente por mujeres, niños o abuelos. Muchos de ellos carecen de conocimientos prácticos y capacidad laboral para llevar a cabo las tareas agrícolas de forma provechosa. En 2002, un estudio de campo realizado en Malawi por la FAO y el Programa Mundial de Alimentos identificó una serie de vínculos entre la epidemia y el inicio de la inseguridad alimentaria en los hogares. Estos nexos incluyen la pérdida de mano de obra capacitada, la pérdida de remesas de familiares que trabajen, la carga adicional de cuidar a huérfanos, las familias encabezadas por niños y los mayores gastos en servicios sanitarios y funerarios.

Otro estudio de 2002 en la región central de Malawi ha indicado que el 70% de los hogares examinados había sufrido pérdidas de mano de obra como consecuencia de enfermedades. El estudio también constató que más del 50% de las familias pobres afectadas por enfermedades crónicas, como el VIH/SIDA, retrasaban sus propias labores agrícolas con el fin de intentar ganar dinero en otras partes para cubrir los gastos básicos. Estos retrasos reducían generalmente la producción agrícola, y en las zonas secas podían significar una producción cero. Además, escasean las oportunidades de trabajo remunerado a destajo.

La epidemia también está socavando la capacidad del Gobierno para apoyar a los pequeños agricultores. A pesar de la creciente mortalidad entre los trabajadores del campo, la formación y reclutamiento de trabajadores de recambio se interrumpió en 1995.

VIH/SIDA. Otros miembros de las familias –en general, mujeres y niños– tienen que ocuparse del cuidado de los enfermos, lo que reduce el tiempo y energía que pueden dedicar a trabajos remunerados o labores agrícolas. En las zonas más afectadas, las obligaciones funerarias regulares pueden tener efectos similares.

En estas circunstancias, las familias no pueden sostener la producción agrícola ni obtener ingresos suplementarios por salarios u otros trabajos remunerados, algo vital para la seguridad alimentaria en muchos países de ingresos bajos o medianos. Es más probable que los campos se queden yermos y que se cultiven tan sólo pequeñas parcelas, que no se efectúe la escarda, que no se repare la infraestructura (como cercas y acequias de riego) y que los plaguicidas resulten demasiado caros.

Diversos estudios llevados a cabo en África meridional y oriental han indicado que las familias realizan diversos reajustes con el fin de afrontar la situación. En algunos casos cambian los cultivos comerciales con requisitos de mano de obra intensiva por cultivos de alimentos menos exigentes y de producción más rápida. En la región central de Malawi, por ejemplo, aproximadamente una cuarta parte de las familias pobres ha cambiado la combinación de sus cultivos, ha abandonado algunos de ellos o ha dejado yerma la tierra si los miembros de la familia están gravemente enfermos.

Los frutos, sin embargo, son escasos, en especial si concurren otros contratiempos. En general, estos reajustes se traducen a menudo en un descenso de los ingresos agrícolas, lo que, a su vez, limita la capacidad para adquirir alimentos a los precios de mercado. En Kenya, por ejemplo, el fallecimiento de un cabeza de familia se asociaba a una reducción del 68% en el valor neto de la producción agrícola, debido principalmente a que la pérdida de mano de obra obligaba a los granjeros a cultivar parcelas de tierra mucho más pequeñas. En Zimbabwe, otro estudio constató que, en pequeños minifundios, el fallecimiento de un miembro de la familia a causa del SIDA se asociaba a un descenso de la producción del 29% en el ganado, del 49% en las verduras y hortalizas y del 61% en el maíz.

A medida que disminuyen los ingresos por actividades agrícolas, las mujeres y niños tienen que buscar a menudo trabajos asalariados, que escasean en la mayoría de los países de África meridional. En consecuencia, cada vez resulta más difícil afrontar la situación. Generalmente, la casa y otros bienes constituyen un seguro valioso en las comunidades rurales. En tiempos de penuria, como en el caso de malas

cosechas, estas propiedades pueden venderse o cambiarse, lo que permite comprar comida, por ejemplo. Pero las familias afectadas por el VIH/SIDA se ven obligadas a deshacerse de todas sus pertenencias a media que aumentan los gastos médicos, funerarios y de otras índoles.

En África subsahariana, las mujeres y muchachas constituyen la mayoría de las personas que viven con el VIH/SIDA. También son responsables del 50-80% de la producción de alimentos, incluidas la mayoría de las labores intensivas, como la plantación, abono, riego, escarda, recolección y comercialización. Sus obligaciones también abarcan la preparación de la comida y las actividades de crianza. La epidemia descontrola esta división del trabajo, a menudo con resultados desastrosos.

Las investigaciones en la República Unida de Tanzania han revelado que las mujeres dedican hasta un 60% menos de tiempo a las labores agrícolas cuando sus esposos caen gravemente enfermos. Y cuando éstos fallecen, las esposas pueden perder el acceso a créditos, subsidios agrícolas y redes de distribución; incluso pueden verse desposeídas de sus derechos a la tierra, casa, ganado y otros bienes que han ayudado a generar y mantener.

La enfermedad o el fallecimiento de una mujer adulta también puede poner en peligro la seguridad alimentaria, y conduce a menudo a la disolución de la familia. Un estudio efectuado en 2000 en dos distritos de Zimbabwe comprobó que se habían desintegrado y dispersado las dos terceras partes de las familias que habían perdido a una mujer adulta clave.

El fallecimiento prematuro de padres agricultores rompe la transmisión de conocimientos teóricos y prácticos de una generación a otra. Los niños que crecen huérfanos tienen menos oportunidades de aprender a utilizar y sostener la tierra y preparar comida nutritiva para los miembros de la familia. La pérdida generalizada de este bien intangible, pero esencial, podría tener consecuencias nefastas y duraderas para la seguridad alimentaria en la región. Por el momento, apenas se están tomando medidas para contrarrestar esta realidad creciente.

El efecto final es que la elevada mortalidad y la penuria generalizada están disolviendo progresivamente las redes tradicionales de seguridad que, en el pasado, habían permitido que las familias y comunidades hicieran frente a adversidades periódicas.

Niños y huérfanos

Los niños se ven seriamente afectados en las familias acosadas por las enfermedades y la falta de alimen-

tos. A medida que los padres enferman y fallecen, la carga de las responsabilidades familiares recae sobre los niños. Muchos no disponen de tiempo ni dinero para continuar la escolarización normal. Optar por abandonar la escuela puede ayudar a cubrir las necesidades económicas a corto plazo, pero, a la larga, consolida la pobreza en el hogar y coloca al niño en situación de alto riesgo de infección por el VIH. El resultado es un círculo vicioso que conecta pobreza, inseguridad alimentaria y VIH/SIDA.

La inseguridad alimentaria también aviva la epidemia

El hambre y la malnutrición se están cebando en una región en la que el acceso a los medicamentos contra el VIH es extremadamente inusual. En tales circunstancias, una buena nutrición constituye uno de los pocos baluartes contra las enfermedades relacionadas con el SIDA y la muerte prematura. Sin embargo, también puede ser un lujo. En septiembre de 2002, por ejemplo, se comunicó que varios pacientes se negaban a ser dados de alta de un hospital de Zambia (el Hospital del Distrito de Choma) porque tenían miedo de morir de hambre si volvían a casa.

La crisis alimentaria también amenaza con intensificar y prolongar la epidemia, al reforzar algunas de las condiciones en las que aumentan las probabilidades de transmisión del VIH. A falta de comida, las personas se ven obligadas a adoptar estrategias de supervivencia que pueden poner en peligro su vida. Algunos migran, a menudo a barrios urbanos de chabolas donde es probable que vivan en circunstancias marginales y carezcan de educación y atención sanitaria (incluidos servicios de prevención y asistencia del VIH). Las mujeres y niños se ven forzados, como último recurso, a intercambiar sexo por empleo, comida u otros productos esenciales. Un gran número de niños abandona la escuela para buscar trabajo o comida. Las comunidades y redes sociales se rompen. Y el VIH/SIDA medra entre el desarraigo social y la desintegración.

Afrontar la crisis

Abordar la crisis exige una respuesta integrada que dé prioridad a la asistencia alimentaria; amplíe los servicios de prevención, tratamiento y asistencia del VIH/SIDA; proporcione más apoyo (como subsidios y planes de distribución de respuesta rápida) para la indigencia o la desintegración de las familias más vulnerables (las encabezadas por mujeres, niños o ancianos), e implante estrategias a largo plazo para reforzar la vida y el sustento de los pobres en las zonas rurales.

Los organismos de las Naciones Unidas han hecho un llamamiento conjunto para ayudar a las personas que pasan hambre en África meridional y han solicitado a los donantes más de US\$ 600 millones, incluidos US\$ 507 millones para auxilio alimentario a través de la Operación de Emergencia del Programa Mundial de Alimentos (PMA).

Algunas operaciones de alivio ya se están centrando en las familias más vulnerables, como las afectadas por el VIH/SIDA y las encabezadas por mujeres, niños o ancianos. Por ejemplo, en Lusaka (Zambia), donde un 85% de las familias que viven en los barrios pobres de la periferia están cuidando a huérfanos, el PMA y las organizaciones no gubernamentales locales están llevando a cabo programas urbanos de alimentación escolar para ayudar a los niños huérfanos por el SIDA a que continúen en la escuela y permitir que las familias afectadas costeen los precios cada vez más altos de los alimentos. Muchos de los programas establecidos por las sociedades de la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (FICR), como los programas de distribución de alimentos, también incluyen a las familias afectadas por el VIH/SIDA.

En colaboración con el PMA, el UNICEF participa en diversas actividades en países afectados, proporcionando alimentos a familias y niños vulnerables (incluidas comidas cocinadas en las escuelas), agilizando la sustitución de los maestros desaparecidos a causa del SIDA, propugnando la supresión de las matrículas escolares y respaldando proyectos de educación para cooperantes en tareas humanitarias, así como para camioneros, policías y personal militar.

También es evidente la necesidad de abordar los factores estructurales a largo plazo que siguen avivando la crisis. Estas medidas pueden variar de un país a otro, pero deberían incluir:

- Mejorar el acceso a semillas, fertilizantes y otros productos agrícolas a precios razonables.
- Asegurar que las mujeres tengan un acceso equitativo a educación y asistencia sanitaria, planes de crédito y programas de apoyo a la agricultura, y proporcionarles un trato igualitario en cuanto a empleo, legislación conyugal y herencia.
- Introducir proyectos de generación de ingresos, incluidos planes de trabajo público, para que las familias puedan restañar sus pérdidas económicas.
- Asegurar que se mantiene la capacidad humana para proporcionar programas de extensión agrícola.

- Valorar el impacto de los reajustes de políticas —incluidas las intervenciones agrícolas, comerciales y macroeconómicas— sobre las perspectivas de seguridad alimentaria y las capacidades de las comunidades para evitar o afrontar crisis como la epidemia de VIH/SIDA.

EL VIH/SIDA EN ZONAS EN CONFLICTO

Las emergencias alimentarias en África meridional subrayan la interacción entre el VIH/SIDA y las crisis humanitarias, y también la necesidad urgente de adaptar las respuestas a esta realidad. Pero hay otras circunstancias en las que este vínculo no se valora ni se aborda convenientemente.

Las guerras y conflictos armados desembocan habitualmente en crisis humanitarias más amplias, conforme los civiles se convierten en objetivo o quedan atrapados entre el fuego cruzado, son expulsados de sus hogares y ciudades y se enfrentan desvalidos a los elementos, el hambre y las enfermedades.

Durante la última década, ninguna región del mundo permaneció a salvo de conflictos armados graves. El número de estados involucrados en guerras aumentó más del doble (de 11 en 1989 a más de 22 el pasado año). Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), a finales de 2001 había casi 20 millones de refugiados y personas desplazadas en todo el mundo. La mayor parte de esta población migra en o hacia países con una alta prevalencia del VIH.

Estos conflictos generan y arraigan muchas de las condiciones y violaciones de los derechos humanos entre las que prospera la epidemia de VIH/SIDA. Las guerras y conflictos armados exacerbaban la pobreza, la impotencia y la inestabilidad social, factores todos ellos que tienden a favorecer la transmisión del VIH. La violencia física y sexual, el desplazamiento forzado y la miseria repentina, el derrumbamiento de las estructuras sociales y la desintegración del imperio de la ley pueden colocar a las personas en una situación de mucho mayor riesgo de infección por el VIH.

Un ejemplo bien documentado es el de Rwanda, donde la guerra y el genocidio precipitaron una epidemia de VIH/SIDA que se propagó de las ciudades a las zonas rurales. Antes del genocidio de 1994, los estudios habían indicado que las tasas de prevalencia del VIH eran elevadas en algunas zonas urbanas (del 10% y superiores), pero bajas (poco

más del 1%) en el campo. En 1997, un estudio bien diseñado puso de manifiesto una prevalencia del VIH de aproximadamente el 11% tanto en poblaciones urbanas como rurales. Durante el genocidio fueron violadas casi el 3% de las mujeres, la mitad de ellas adolescentes. (Entre las mujeres violadas, el 17% tuvo una prueba positiva del VIH, en comparación con el 11% de las que permanecieron indemnes.)

De hecho, la violación se emplea a menudo como arma de guerra y terror, principalmente contra las mujeres y muchachas jóvenes. En el conflicto de los Balcanes, por ejemplo, se estima que fueron violadas entre 30 000 y 40 000 mujeres. Un estudio de 2001 constató que el 9% de las mujeres desplazadas (de 50 000 a 64 000) a causa del conflicto bélico de Sierra Leone en 1997-1999 habían sido víctimas de abusos sexuales por parte de combatientes. El estudio llegó a la conclusión de que, en un contexto de guerra, la violación y otras formas de violencia sexual son prácticas generalizadas que se aplican a las personas desplazadas dentro del propio país. Un estudio de 1998 indicó que la prevalencia de agresiones sexuales relacionadas con la guerra era aún mayor en Liberia (15%)*.

La amalgama de civiles con fuerzas armadas aumenta el riesgo de transmisión del VIH, especialmente en épocas de conflicto. El ONUSIDA estima que, en promedio, las tasas de infección por el VIH en miembros de las fuerzas armadas son mayores que en la población civil. Así, un estudio realizado en Uganda en 1997 puso de manifiesto que la tasa nacional de prevalencia del VIH en adultos era del 9,5%, mientras que la prevalencia en soldados ugandeses era del 27%.

Los conflictos interrumpen invariablemente el acceso a las necesidades básicas y fragmentan las familias, lo que obliga a muchos a desplazarse o huir en busca de seguridad y sustento. Entre tanta desesperación, las personas (especialmente mujeres y niños) son más vulnerables a la depredación sexual de los varones que pueden controlar el acceso a la propiedad, comida, cobijo y protección. Por ejemplo, en las regiones centrales y orientales del Sudán, un país devastado por la guerra, los estudios han demostrado que aproximadamente una cuarta parte de las mujeres solteras comerciaba con el sexo a fin de sobrevivir. Los estudios efectuados en Sierra Leone en 1995 pusieron de manifiesto que las profesionales del sexo de Freetown tenían tasas de infección por el VIH del 26,7%. En 1997, con la guerra asolando gran parte del país, dichas tasas se habían elevado al 70,6%.

*Los estatutos del Tribunal Penal Internacional han declarado la violación como un crimen de guerra y contra la humanidad.

El cese de los combates no elimina necesariamente el mayor riesgo de propagación del VIH/SIDA. Lo más habitual es que los ejércitos se desmovilicen sin pruebas del VIH, asesoramiento o educación, a pesar de que el retorno de soldados VIH-positivos puede acarrear un enorme riesgo de infección para sus parejas sexuales.

Existe una lamentable falta de datos contemporáneos fiables acerca de la propagación del VIH en zonas en conflicto. No es de extrañar. Las conflagraciones armadas tienden a deteriorar seriamente los sistemas sanitarios; en las últimas décadas, los hospitales y dispensarios, al igual que los médicos y demás personal sanitario, se han convertido en objetivos deliberados de las facciones en combate. Como resultado, los sistemas y estructuras utilizados habitualmente para la vigilancia centinela (como dispensarios de infecciones de transmisión sexual y de asistencia prenatal) quedan a menudo inservibles. En Sierra Leone, casi las dos terceras partes de las unidades rurales de asistencia sanitaria estaban fuera de funcionamiento el pasado año.

La escasez de datos fidedignos dificulta una mejor comprensión de las formas complejas en que enraiza –o, quizás incluso, no llega a asentarse– el VIH/SIDA en las zonas en conflicto. En los Balcanes, por ejemplo, han concurrido durante la última década muchos de los factores de riesgo que se asocian habitualmente a la propagación del VIH, como los desplazamientos masivos, violencia sexual, regreso de un gran número de combatientes y refugiados, trata de mujeres, etc. Sin embargo, los datos disponibles indican tasas muy bajas de infección por el VIH en esta región. Esto puede ser debido al bajo nivel de prevalencia del VIH al comienzo de la guerra de los Balcanes o a otros factores que todavía no se comprenden plenamente.

En otras partes del mundo, los datos de vigilancia centinela prenatal recopilados en 2001 en ocho campos de refugiados de Tanzania indicaban que la prevalencia mediana del VIH en refugiadas atendidas en dispensarios prenatales era menor que la de los países de origen de las mujeres y que la del país de acogida.

Evidentemente, se requieren con urgencia mejores sistemas de recopilación de datos e investigaciones y análisis más extensos con el fin de alcanzar una mejor comprensión de los factores compensatorios que podrían estar actuando en determinados contextos.

Los gobiernos, donantes, organismos de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales han respondido de forma desigual frente a los peligros de propagación del VIH/SIDA en emergencias complejas.

En campos de desplazados donde los trabajadores se ven acuciados para cubrir necesidades básicas, como la alimentación y la vivienda, es normal que no pueda disponerse de información sanitaria, preservativos y otros servicios más complejos, como los dirigidos a prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH.

Sin embargo, en algunas zonas de acogida de refugiados más estables y a largo plazo se están llevando a cabo programas de vigilancia centinela y se proporcionan ciertos servicios de los que carecen a menudo las comunidades colindantes, como asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH y prevención de la transmisión maternoinfantil.

Algunos progresos recientes abren la esperanza de nuevas mejoras. Se han alcanzado acuerdos con todos los organismos humanitarios para que integren los componentes del VIH/SIDA en sus planes de paliación. El ACNUR, la OMS y el ONUSIDA han desarrollado un «conjunto de servicios iniciales básicos» (CSIB) que incluye programas esenciales de información sobre el VIH/SIDA, acceso a preservativos y materiales para precauciones universales en los campos de refugiados y desplazados. En marzo de 2002 se creó el Grupo de Referencia sobre el VIH/SIDA del Comité Permanente Interorganismos de las Naciones Unidas con objeto de mejorar la coordinación entre las organizaciones en sus esfuerzos para ejecutar actividades relacionadas con el VIH/SIDA en situaciones de emergencia. El Grupo está revisando actualmente las *Guidelines on HIV Interventions in Emergency Settings (Directrices sobre el VIH/SIDA en intervenciones en contextos de emergencia)*, elaboradas por el ONUSIDA, la OMS y el ACNUR en 1996, con el fin de incluir unos criterios mínimos de intervención para el VIH/SIDA en situaciones de conflicto y posconflicto.

Mientras tanto, algunos organismos de las Naciones Unidas, como el UNICEF y el ACNUR, están formando a jóvenes desplazados en Eritrea, Etiopía y Uganda para que actúen como educadores sobre el VIH/SIDA en distintos campos de refugiados. Asimismo, en Afganistán, la educación sobre el VIH forma parte de un programa para niños que han sido separados de sus padres.

Prevenir los conflictos armados puede ser muy difícil. Pero es posible reducir el mayor riesgo de propagación del VIH/SIDA entre las personas a las que dichos conflictos han obligado a abandonar sus hogares, siempre que los esfuerzos para controlar el VIH/SIDA se integren de manera más eficaz en las iniciativas humanitarias, paliativas y de pacificación.

MAPAS

Estimaciones mundiales para adultos y niños, final de 2002

Número estimado de adultos y niños que vivían con el VIH/SIDA a final de 2002

Número estimado de casos nuevos de infección por el VIH en adultos y niños en 2002

Número estimado de defunciones causadas por el VIH/SIDA en adultos y niños durante 2002

ESTIMACIONES MUNDIALES PARA ADULTOS Y NIÑOS, FINAL DE 2002



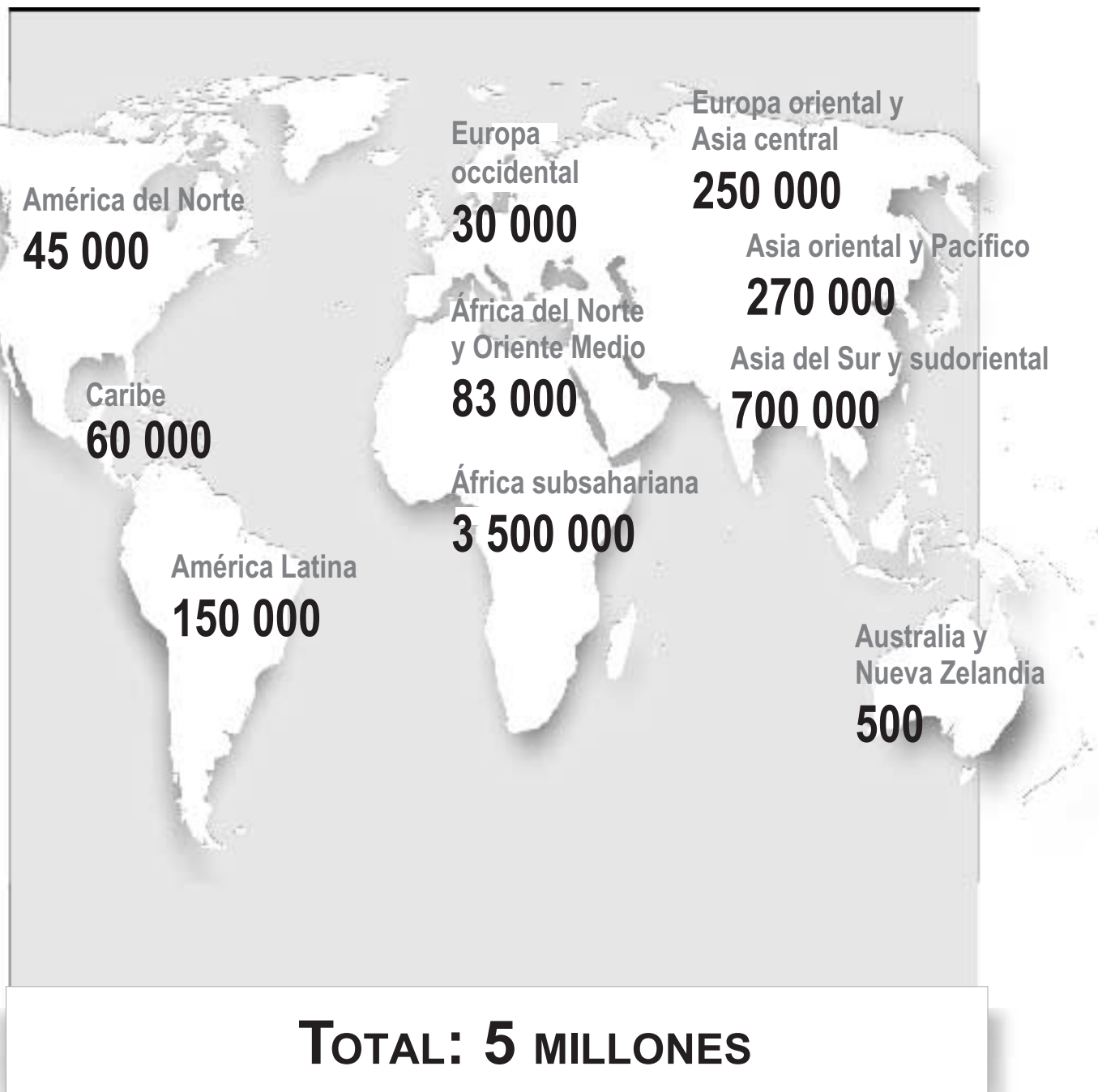
Personas que vivían con el VIH/SIDA	42 millones
Nuevas infecciones por el VIH en 2002	5 millones
Defunciones causadas por el VIH/SIDA en 2002 ...	3,1 millones



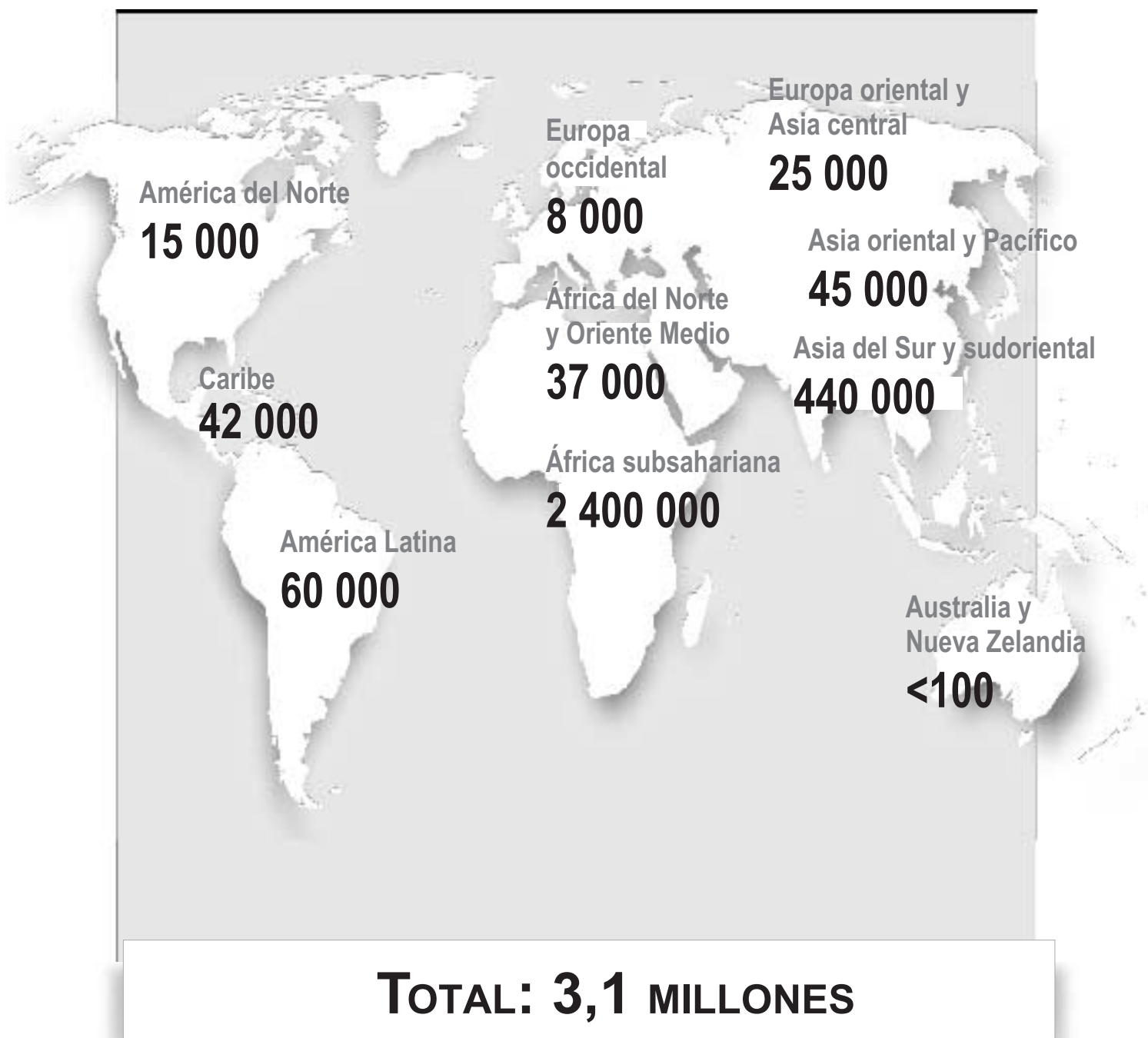
NÚMERO ESTIMADO DE ADULTOS Y NIÑOS QUE VIVÍAN CON EL VIH/SIDA A FINAL DE 2002



NÚMERO ESTIMADO DE CASOS NUEVOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN ADULTOS Y NIÑOS EN 2002



NÚMERO ESTIMADO DE DEFUNCIONES CAUSADAS POR EL VIH/SIDA EN ADULTOS Y NIÑOS DURANTE 2002



Nota explicativa sobre las estimaciones del ONUSIDA/OMS

Las estimaciones del ONUSIDA/OMS presentadas en el presente documento, que son provisionales, están basadas en los datos más recientes disponibles sobre la propagación del VIH en los países de todo el mundo. El ONUSIDA y la OMS, juntamente con expertos de los programas nacionales del SIDA y con instituciones de investigación, revisa y actualiza periódicamente las estimaciones a medida que están disponibles nuevos datos sobre la epidemia, valiéndose también de los progresos realizados en los métodos para obtenerlas. Debido a esos progresos y a los que se alcancen en el futuro, las nuevas estimaciones no se pueden comparar directamente con las de años anteriores ni con las que puedan publicarse subsiguientemente.

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

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

El *Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA* informa anualmente de la evolución de la epidemia. La edición correspondiente a 2002, acompañada de mapas y resúmenes regionales, proporciona las estimaciones más recientes del alcance de la epidemia y de la mortalidad que causa, examina las nuevas tendencias en su evolución y presenta una sección especial en que se abordan las relaciones entre el VIH/SIDA y las crisis humanitarias.

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

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

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

Vive y deja vivir.

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Ginebra 27 – Suiza
Teléfono: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87
Dirección electrónica: unaids@unaids.org
Internet: <http://www.unaids.org>