

La población, el desarrollo y el VIH/SIDA, con especial referencia a la pobreza

Informe conciso



Naciones Unidas

La población, el desarrollo y el VIH/SIDA, con especial referencia a la pobreza

Informe conciso



Naciones Unidas • Nueva York, 2005

Departamento de Asuntos Económicos y Sociales

El Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas es el enlace indispensable entre las políticas mundiales en materia económica, social y ambiental y las medidas adoptadas en el plano nacional. El Departamento trabaja en tres esferas interrelacionadas principales: i) compila, prepara y analiza una amplia variedad de datos e información de carácter económico, social y ambiental, en los que se basan los Estados Miembros de las Naciones Unidas para examinar los problemas comunes y evaluar las posibles políticas; ii) facilita las negociaciones de los Estados Miembros en numerosos órganos intergubernamentales con miras a la adopción de modalidades de acción conjunta para afrontar los problemas mundiales actuales y los que se presenten en el futuro; y iii) asesora a los gobiernos interesados respecto de los medios de plasmar los marcos normativos elaborados en las conferencias y cumbres de las Naciones Unidas en programas que se ejecuten en el ámbito nacional y, mediante la asistencia técnica, contribuye a la creación de capacidad en el plano nacional.

Nota

Las denominaciones que se utilizan y la presentación del material que figura en esta publicación no entrañan la expresión de opinión alguna por parte de la Secretaría de las Naciones Unidas respecto de la situación jurídica de ningún país, territorio, ciudad o zona ni de sus autoridades, ni tampoco en cuanto a la delimitación de sus fronteras o límites.

Las denominaciones de “regiones más desarrolladas” y “regiones menos desarrolladas” son sólo a los efectos estadísticos y no expresan necesariamente un juicio acerca de la etapa de desarrollo alcanzada por un determinado país o zona.

El término “país”, como se lo utiliza en el texto de esta publicación, se aplica también, según corresponda, a territorios o zonas.

ST/ESA/SER.A/247

ISBN.....

Publicación de las Naciones Unidas

Número de venta:

Naciones Unidas, 2005
Reservados todos los derechos

Prefacio

El presente informe se ha preparado de conformidad con la decisión 2004/1 de la Comisión de Población y Desarrollo, en que la Comisión reafirmó que el tema especial de su 38º período de sesiones sería “La población, el desarrollo y el VIH/SIDA, con especial referencia a la pobreza”.

En los últimos 25 años, la pandemia del SIDA ha ido en aumento y se ha extendido a todas las regiones del mundo. Aunque el SIDA afecta a los ricos y a los pobres, los países más castigados se encuentran entre los más pobres del mundo. A menos que se tomen medidas más enérgicas para luchar contra la enfermedad y sus efectos, la epidemia del VIH/SIDA augura un futuro sombrío para muchos países, especialmente los más pobres. En el informe se llega a la conclusión de que el método más eficaz para detener el avance de la epidemia del VIH/SIDA es aplicar una combinación de estrategias que reduzca los riesgos, haga disminuir la vulnerabilidad y mitigue las consecuencias.

El informe fue preparado por la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas. La División de Población reconoce la contribución del Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) en la preparación de la sección II, relativa a los factores determinantes del VIH/SIDA, y la sección VIII, sobre prevención, tratamiento y asistencia.

Para obtener más información sírvase comunicarse con la oficina de la Sra. Hania Zlotnik, Directora de la División de Población de las Naciones Unidas, Nueva York 10017, Estados Unidos de América.

Índice

	<i>Página</i>
Introducción.	1
I. Población, VIH/SIDA y pobreza: perspectiva general	3
II. Factores determinantes del VIH/SIDA	11
III. Mortalidad, crecimiento demográfico y orfandad.	15
IV. Fertilidad y comportamiento sexual.	22
V. Movilidad geográfica	30
VI. VIH/SIDA, desarrollo y pobreza	34
VII. Opiniones y políticas de los gobiernos	38
VIII. Prevención, tratamiento y asistencia	44
IX. Conclusiones	51
Cuadros	
1. Indicadores demográficos para grupos de países, por región y nivel de prevalencia del VIH/SIDA	6
2. Indicadores medios de pobreza para grupos de países, por zona principal y nivel de prevalencia del VIH	9
3. Previsión de muertes adicionales por el SIDA comparada con una previsión en que no existiera el SIDA, correspondiente a grupos de los países afectados en las zonas principales, 1995-2000, 2000-2005 y 2010-2015	15
4. Número estimado y previsto de muertes en siete países con una prevalencia del VIH entre la población adulta del 20% o más, 1995-2015.	16
5. Esperanza de vida al nacer estimada y prevista en siete países con una prevalencia del VIH entre la población adulta del 20% o más, 1995-2015.	17
6. Efectos estimados y previstos del VIH/SIDA en el tamaño de la población y el crecimiento demográfico, 1995-2015.	19
7. Porcentaje de hombres y mujeres en edad reproductiva que mantuvieron relaciones sexuales de alto riesgo en el año anterior a la encuesta y porcentaje que utilizó preservativo en la última relación sexual de este tipo	28
8. Distribución de países según las políticas aplicadas con respecto al VIH/SIDA: el mundo y zonas principales, 2004	41
Gráficos	
I. Esperanza de vida al nacer: estimaciones y previsiones con y sin VIH/SIDA, 1970-2015.	16
II. Esperanza de vida al nacer en los siete países con mayor prevalencia del VIH, 1985-1990 y 2000-2005	17
III. Muertes adicionales estimadas y previstas a causa del SIDA en 53 países, 1990-2025.	18
IV. Tamaño de la población y estructura por edades con y sin SIDA, Botswana, 2000 y 2005	20

V.	Tendencias de las relaciones sexuales prematrimoniales en determinados países y años . . .	25
VI.	Tendencias de la utilización del preservativo en la última relación sexual de alto riesgo: hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años en determinados países, 1994-2004	26
VII.	Tasa de gobiernos que expresan gran inquietud por el VIH/SIDA en las regiones más desarrolladas y las menos desarrolladas y entre los países menos adelantados, 1996 y 2003	39
VIII.	Tasas de prevalencia del VIH en las regiones desarrolladas, en desarrollo y menos adelantadas, 2003	51
Recuadro		
	Estimaciones y previsiones de los efectos demográficos del VIH/SIDA	3

Notas explicativas

Las firmas de los documentos de las Naciones Unidas se componen de letras mayúsculas y cifras.

En los cuadros del informe se han utilizado los símbolos siguientes:

Dos puntos (..) indican que no se dispone de datos o que éstos no se presentan por separado.

Una doble raya (--) indica que el valor es cero o insignificante.

Un guión (-) indica que la partida no se aplica al caso en cuestión.

Un signo menos (-) señala una disminución.

La coma (,) separa los decimales.

Un guión (-) entre dos años, por ejemplo, 1995-2000, representa la totalidad del período, del 1° de julio del año inicial al 1° de julio del año final.

Las referencias a dólares corresponden a dólares de los Estados Unidos, a menos que se indique otra cosa.

Las sumas de las cifras y los porcentajes que figuran en los cuadros no coinciden necesariamente con los totales, debido al redondeo.

El grupo de países menos adelantados se compone actualmente de 49 países: Afganistán, Angola, Bangladesh, Benin, Bhután, Burkina Faso, Burundi, Camboya, Cabo Verde, República Centroafricana, Chad, Comoras, República Democrática del Congo, Djibouti, Guinea Ecuatorial, Eritrea, Etiopía, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haití, Kiribati, República Democrática Popular Lao, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Maldivas, Malí, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Nepal, Níger, Rwanda, Samoa, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona, Islas Salomón, Somalia, Sudán, Togo, Tuvalu, Uganda, República Unida de Tanzania, Vanuatu, Yemen y Zambia.

Introducción

La epidemia del VIH/SIDA ha ido en aumento durante casi un cuarto de siglo y, en la actualidad, sigue siendo uno de los principales problemas a nivel mundial. El SIDA encuentra sus víctimas tanto en los países ricos como en los pobres. No hay ninguna región del mundo en que el VIH/SIDA no suponga una grave amenaza en potencia para la población.

Hasta la fecha, el África subsahariana ha sido la zona más castigada por los estragos del SIDA, y la región continúa experimentando altas tasas de infección. Alrededor de 3 millones de personas de la región se infectaron con el virus en 2004. Actualmente, los países de Europa oriental y Asia son los lugares del mundo donde la tasa de infección por el VIH aumenta con mayor rapidez, y China, la India e Indonesia, países con un gran número de habitantes, resultan especialmente preocupantes. En algunos países más desarrollados hay indicios de un resurgimiento de las prácticas sexuales de riesgo entre los hombres.

El VIH/SIDA ya se reconoció como una amenaza mundial para la salud y el desarrollo en 1994, fecha en que se aprobó el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo¹. La epidemia estaba estrechamente relacionada con los principales intereses de la Conferencia en materia de población y desarrollo. En el Programa de Acción se recomendaron diversas medidas para prevenir la infección por el VIH y prestar apoyo a las personas y las familias afectadas por la enfermedad. Cinco años después, en 1999, mientras la epidemia del VIH/SIDA continuaba extendiéndose, en las medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (resolución S-21/2 de la Asamblea General, anexo), aprobadas en el vigésimo primer período extraordinario de sesiones de la Asamblea, se incluyeron nuevas recomendaciones para luchar contra la epidemia.

La urgencia de la crisis del SIDA se expresó en la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, aprobada por la Asamblea General en su vigésimo sexto período extraordinario de sesiones de junio de 2001 (resolución S-26/2 de la Asamblea, anexo). La contención de la propagación de la epidemia del SIDA ha resultado ser un problema para el logro de los ocho objetivos de desarrollo del Milenio, acordados en 2000 por 147 Jefes de Estado y de Gobierno en las Naciones Unidas. Detener la propagación del VIH/SIDA no sólo es uno de los objetivos, sino que el éxito o el fracaso en su consecución influirá profundamente en la capacidad para lograr la mayoría de los demás objetivos. En una sesión plenaria de alto nivel que se celebrará en 2005 se examinarán los avances logrados para conseguir esos objetivos y cumplir todos los compromisos que figuran en la Declaración del Milenio (véase la resolución 55/2 de la Asamblea).

A nivel mundial, las tasas más altas de prevalencia del VIH se dan en los países pobres, pero en regiones como África, no siempre son los países más pobres los que tienen las tasas de prevalencia más elevadas. Pese a todo, la pobreza hace aumentar la vulnerabilidad ante el VIH/SIDA y agrava los estragos de la epidemia. La pobreza priva a las personas de los medios para hacer frente al VIH/SIDA. Los pobres suelen carecer de los conocimientos y la sensibilización que les permitirían protegerse del virus y, una vez infectados, su capacidad para acceder a la asistencia y a tratamientos que les prolonguen la vida es menor.

La comunidad internacional ha respondido al problema del SIDA con un nivel sin precedentes de recursos financieros, pero esa cifra sigue siendo menos de la mitad de lo que se necesita para vencer con eficacia el SIDA (ONUSIDA, 2004a). El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, establecido en 2002 como una asociación entre los gobiernos, la sociedad civil y el sector privado, aprobó en junio de 2004 314 subvenciones en 128 países por un monto total de 3.000 millones de dólares de los EE.UU., destinadas en su mayoría a programas de lucha contra el SIDA. Los fondos solos, sin embargo, no impedirán que la epidemia infecte a nuevas víctimas en nuevos países y regiones. La prevención de nuevos casos de VIH/SIDA pasa por modificar el comportamiento de todas las personas que están en situación de riesgo de contraer la enfermedad. Como dijo el Secretario General de las Naciones Unidas en su declaración de 20 de julio de 2001 ante la Conferencia de Jefes de Estado del G-8, la prioridad fundamental es “lograr que todas las personas —especialmente los jóvenes— sepan lo que tienen que hacer para evitar la infección”².

I. Población, VIH/SIDA y pobreza: perspectiva general

La pobreza y el VIH/SIDA están interrelacionados. La pobreza es uno de los factores clave que propician comportamientos que exponen a las personas al riesgo de infección por el VIH y exacerba además las consecuencias del VIH/SIDA. La experiencia del VIH/SIDA puede llevar fácilmente a una intensificación de la pobreza y empujar a la pobreza a personas que no son pobres (Centro de Estudios Africanos, 2003).

Según las estimaciones, a finales de 2004 había 39 millones de personas que vivían con el VIH/SIDA, lo que suponía un aumento respecto de los 37 millones de 2002. De las personas infectadas por el VIH, 25 millones vivían en el África subsahariana, 7,1 millones en Asia meridional y suroriental, y más de 2 millones en América Latina y el Caribe (ONUSIDA, 2004a). Por tanto, el 64% de las personas infectadas por el VIH se encontraban en los países del África subsahariana, mientras que esa región alberga sólo al 11% de la población mundial. Dentro de África, las poblaciones más afectadas se sitúan en África oriental y meridional. Mientras que en África oriental parece que los niveles se han estabilizado o han disminuido, la prevalencia del VIH entre la población adulta de África meridional ha aumentado de forma espectacular, superando a la de África oriental. Las tasas de infección siguen aumentando en muchos países del África subsahariana, como el Gabón, Guinea, Liberia, Madagascar y Swazilandia. Se ha observado un pronunciado incremento de las infecciones por el VIH en China, Indonesia y Viet Nam. En los países de Europa oriental y Asia central la epidemia se propaga con gran rapidez, a lo que contribuye la utilización de drogas por vía intravenosa.

El presente informe se basa en las estimaciones de las repercusiones demográficas del VIH/SIDA obtenidas como parte de la revisión de 2002 de *World Population Prospects* (Naciones Unidas, 2003c), en que se incorporaban las repercusiones del SIDA en las estimaciones y previsiones sobre las poblaciones de 53 países, en 48 de los cuales la prevalencia del VIH entre la población adulta de 15 a 49 años había sido superior al 1,9% en 2001, y en los 5 restantes, en los que la prevalencia era menor, había un gran número de personas infectadas (véase el recuadro).

Estimaciones y previsiones de los efectos demográficos del VIH/SIDA

El presente informe se basa en las estimaciones de las repercusiones demográficas del VIH/SIDA obtenidas como parte de la revisión de 2002 de *World Population Prospects* (Naciones Unidas, 2003c), en que la División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas incorporó las repercusiones del SIDA en las estimaciones y previsiones sobre las poblaciones de 53 países. Las estimaciones y previsiones concuerdan con las estimaciones de 2001 de la prevalencia del VIH elaboradas por el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Se están preparando estimaciones y previsiones equivalentes acordes con las estimaciones más recientes de la prevalencia del VIH publicadas por el ONUSIDA en 2004. Las estimaciones más recientes sobre el VIH/SIDA del ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS), correspondientes a diciembre de 2004 a nivel regional (ONUSIDA, 2004a) y diciembre de 2003 en el caso de los datos detallados por países (ONUSIDA, 2004b), son similares a las estimaciones anteriores en la mayoría de los países, pero indican una prevalencia

considerablemente menor en el Camerún, Côte d'Ivoire, Etiopía, Kenya, Rwanda, Zambia y Zimbabwe, y una mayor prevalencia en el Senegal. Esos cambios obedecen principalmente a reevaluaciones de los registros de datos y los métodos de estimación más que a reducciones reales en la prevalencia (ONUSIDA, 2002a; ONUSIDA, 2004b; Walker y otros, 2004). Los datos relativos a las tendencias en la prevalencia del VIH y el SIDA han mejorado, pero la cantidad y la calidad de información sigue variando según los países.

En la mayoría de los países en que se han evaluado las repercusiones demográficas del VIH/SIDA, se estima que la prevalencia del VIH ha sido superior al 1,9% entre la población adulta de 15 a 49 años. Además, se incluyeron algunos países muy poblados con niveles de prevalencia inferiores al 1% debido al gran número de personas que vivían con el VIH. De los 48 países con alta prevalencia del VIH, 38 se encuentran en África, 3 en Asia y 7 en América Latina y el Caribe. Casi el 60% de ellos (28 países) pertenecen al grupo de países menos adelantados, 27 de ellos en el África subsahariana y 1 (Haití) en América Latina y el Caribe.

Países con alta prevalencia del VIH entre la población adulta (N=48):

1% a 5% (N=22): Bahamas, Belice, Benin, Camboya, Chad, Eritrea, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Guyana, Honduras, Malí, Myanmar, República Democrática del Congo, República Dominicana, Sudán, Tailandia, Trinidad y Tabago, Uganda;

5% a 10% (N=14): Angola, Burkina Faso, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Etiopía, Haití, Liberia, Nigeria, República Unida de Tanzania, Rwanda, Sierra Leona, Togo;

10% a 20% (N=5): Camerún, Kenya, Malawi, Mozambique, República Centroafricana;

20% o más (N=7): Botswana, Lesotho, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia, Zimbabwe.

Otros países con gran número de infecciones por el VIH (N=5): Brasil, China, Estados Unidos de América, Federación de Rusia, India.

Las repercusiones demográficas del VIH/SIDA se calculan comparando las estimaciones y previsiones basadas en supuestos realistas sobre la evolución de la epidemia con estimaciones y previsiones hipotéticas de las tendencias si no hubiera VIH/SIDA. Estas últimas proceden de la aplicación del programa de previsiones estándar de la División de Población sobre la base de supuestos relativos a las tendencias de mortalidad que son similares a los formulados respecto de los países que aún no se han visto muy afectados por la epidemia del SIDA. Las estimaciones de la evolución de la epidemia en el pasado y en el futuro, realizadas por el ONUSIDA, se incorporan en las estimaciones y previsiones demográficas (Naciones Unidas, 2004c). Las tendencias reales dependerán de los adelantos logrados en la prevención y el tratamiento y del éxito que se obtenga en la ampliación de la respuesta a la epidemia.

En los cuadros 1 y 2 figura información general sobre la actual situación demográfica, social y económica en los 48 países más afectados por el VIH/SIDA, comparándola con la situación socioeconómica en las regiones más y menos desarrolladas en su conjunto. En general, el SIDA ha afectado a países cuya población es más joven, con niveles relativamente altos de fecundidad, mortalidad y crecimiento demográfico.

Se calcula que el 13% de la población mundial, más de 800 millones de personas, vive actualmente en los 48 países con alta prevalencia del VIH/SIDA. Del total de la población que vive en países muy afectados por el SIDA, 659 millones (81%) están en África, 128 millones en Asia (16%) y 27 millones en América Latina y el Caribe (3%). De los países muy afectados, 28 pertenecen al grupo de los menos adelantados, y en ellos habitan tres quintas partes de la población de ese grupo de países.

La tasa estimada de crecimiento anual medio del conjunto de la población de los 48 países muy afectados entre 2000 y 2005 (2,0%) es superior a la estimada para el total de la población de las regiones menos desarrolladas durante el mismo período (1,5%) (cuadro 1). En África, Asia y América Latina y el Caribe, las tasas de crecimiento demográfico correspondientes a los países afectados por el SIDA son similares a las de las regiones en su conjunto.

Cuadro 1
Indicadores demográficos para grupos de países, por región y nivel de prevalencia del VIH/SIDA

Zona principal y prevalencia del VIH	Población 2004 (millones)	Tasa de crecimiento (porcentaje) 2000-2005	Estructura por edades (porcentaje) 2004			TTF 2000-2005	Esperanza de vida (2000-2005)			Mortalidad infantil 2000-2005	Mortalidad de niños menores de 5 años 2000-2005
			0-14	15-59	60+		Total	Hombres	Mujeres		
<i>A. Todos los países</i>											
Total mundial	6 378	1,2	29	61	10	2,7	65	63	68	56	81
Regiones más desarrolladas	1 206	0,2	17	63	20	1,6	76	72	79	8	10
Regiones menos desarrolladas	5 172	1,5	31	61	8	2,9	63	62	65	61	89
Países menos adelantados	736	2,4	43	53	5	5,1	50	49	50	97	161
África	869	2,2	42	53	5	4,9	49	48	50	89	148
Asia	3 871	1,3	29	62	9	2,5	67	66	69	53	71
América Latina y el Caribe	551	1,4	30	61	8	2,5	70	67	74	32	41
<i>B. Países muy afectados por el VIH/SIDA^a</i>											
Total de los 48 países	814	2,0	41	54	5	4,7	48	47	49	89	152
África	659	2,2	44	52	5	5,3	45	44	46	94	161
Asia	128	1,3	29	63	8	2,5	63	59	66	56	83
América Latina y el Caribe	27	1,6	35	58	7	3,2	61	60	63	44	72
Prevalencia del VIH entre la población adulta (porcentaje)											
1 – 5	330	2,1	38	56	6	4,2	54	52	56	86	144
5 – 10	324	2,4	45	51	5	5,7	46	46	47	95	162
10 – 20	84	1,7	43	52	5	4,8	42	41	43	96	163
>20	76	0,7	37	57	6	3,3	41	40	43	65	114

Fuentes: *World Population Prospects: The 2002 Revision*, CD-ROM (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.03.XIII.8); y tabulaciones especiales.

Nota: TTF = tasa total de fecundidad.

^a Países donde la prevalencia del VIH entre la población adulta superaba el 1,9% en 2001 (véase el texto).

La mayoría de los países afectados por el SIDA tienen una población joven. La proporción media de niños menores de 15 años en los países muy afectados (41%) es significativamente mayor que la de las regiones menos desarrolladas en su conjunto (31%), mientras que las proporciones de adultos y personas de edad son menores.

El efecto más inmediato de la epidemia ha sido un aumento de la mortalidad. Los países muy afectados por la epidemia del VIH/SIDA tienen una tasa de mortalidad más elevada que la de los países menos desarrollados en su conjunto. En 2000-2005, la esperanza media de vida al nacer en los países afectados por el SIDA era de 48 años, 15 años menos que el promedio en las regiones menos desarrolladas, y 2 años menos que el promedio en los países menos adelantados. Esas diferencias son similares para los hombres y las mujeres.

La tasa media de mortalidad infantil (89) y la tasa media de mortalidad de niños menores de 5 años (152) en los 48 países muy afectados por el SIDA son superiores a los promedios correspondientes en las regiones menos desarrolladas (61 y 89, respectivamente). En África, Asia y América Latina y el Caribe, las tasas medias en los países con una alta prevalencia del VIH/SIDA son también superiores a los promedios regionales correspondientes.

La tasa media total de fecundidad estimada para los 48 países afectados por el SIDA entre 2000 y 2005 (4,7 hijos por mujer) es superior al promedio de las regiones menos desarrolladas durante el mismo período (2,9). No obstante, los niveles de fecundidad en los países con una alta prevalencia del VIH/SIDA se caracterizan por una heterogeneidad considerable. De hecho, en ese grupo se incluyen países con baja fecundidad como Tailandia y Trinidad y Tobago, en los que la fecundidad ya está por debajo del nivel de reemplazo, y países con alta fecundidad, como Angola, Burkina Faso, Burundi, Guinea-Bissau, Malí, la República Democrática del Congo y Uganda, donde los niveles de fecundidad son de seis hijos o más por mujer. En África y América Latina y el Caribe, pero no en Asia, el promedio de la tasa total de fecundidad en los países afectados por el SIDA es superior al promedio de las regiones en su conjunto.

Condiciones de pobreza

En el cuadro 2 se presentan los promedios sin ponderar de varios indicadores de pobreza y desarrollo socioeconómico correspondientes a zonas principales y a países agrupados en función del nivel de prevalencia del VIH/SIDA. En general, los países afectados por el SIDA presentan indicadores socioeconómicos relativamente bajos. Este es el caso especialmente en los países africanos afectados por el SIDA en que, por término medio, una tercera parte de los niños en edad de recibir enseñanza primaria no están escolarizados, el 40% de la población adulta es analfabeta, una cuarta parte de los niños menores de 5 años tienen un peso inferior al normal para su edad y una tercera parte de la población está desnutrida. Poco más de la mitad de la población tiene acceso a servicios mejorados de saneamiento y menos de dos tercios tienen acceso a fuentes de agua mejoradas; el 40% de la población subsiste con menos de 1 dólar diario. Los promedios de los países afectados por el SIDA en las otras dos regiones en desarrollo, especialmente América Latina y el Caribe, presentan una situación menos crítica de la pobreza.

Una comparación entre los promedios regionales calculados únicamente para los países afectados por el SIDA (cuadro 2, panel B) y los promedios correspondientes de todos los países en cada región (panel A) sugiere que, en general, los niveles de pobreza son relativamente más altos en los países afectados por el SIDA. No obstante, entre los países muy afectados por el SIDA, aquéllos que tienen niveles más altos de prevalencia del VIH no siempre coinciden con los que tienen peores indicadores medios. En concreto, los niveles de pobreza de los países con una prevalencia del VIH entre la población adulta superior al 20% son menores que los niveles correspondientes a los países con una prevalencia de entre el 10% y el 20%. De hecho, África meridional, donde se encuentran varios de los países con una prevalencia más alta del VIH, es la región más avanzada económicamente del África subsahariana. En la actualidad, este grupo de países más afectados tiene, por término medio, niveles más altos de educación, de acceso a servicios mejorados de saneamiento y fuentes de agua, de gasto público en educación y salud, y niveles más bajos de desnutrición infantil y entre los adultos. Sin embargo, los países más afectados suelen tener también niveles más elevados de desigualdad entre los ingresos y el consumo (cuadro 2, columna 9). La proporción de ingresos/consumo del 10% más rico de la población frente al 10% más pobre es de casi 70 en los siete países más afectados. Además, se calcula que, por término medio, una tercera parte de la población de esos países vive con menos de 1 dólar diario, un porcentaje elevado si se tiene en cuenta que el producto interno bruto (PIB) per cápita de esos países es relativamente alto.

Cuadro 2
Indicadores medios de pobreza para grupos de países, por zona principal y nivel de prevalencia del VIH

Zona principal y nivel de prevalencia del VIH	Educación		Salud		Saneamiento		Ingresos			Gasto público	
	Porcentaje neto de matriculación en la enseñanza primaria 2000-2002	Tasa de alfabetización entre los adultos (% de edades de 15 años y más) 2002	Niños con peso inferior al normal para su edad (% de menos de 5 años) 1995-2002	Personas desnutridas (% de la población total) 1999-2001	Población con acceso a servicios mejorados de saneamiento (%) 2000	Población con acceso a una fuente de agua mejorada (%) 2000	Personas que viven con menos de 1 dólar diario 1990-2002 (%)	Proporción: PIB per cápita (PPA dólares EE.UU.) 2002	Proporción: ingresos del 10% más rico frente al 10% más pobre 1990-2002 ^a	Gasto público en educación (% del PIB) 1999-2001	Gasto público en salud (% del PIB) 2001
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
<i>A. Todos los países</i>											
Regiones más desarrolladas	95	..	..	..	..	..	..	20 287	9	5,2	5,5
Regiones menos desarrolladas											
África	72	61	22	29	59	65	35	3 442	31	4,0	2,5
Asia ^b	87	83	23	20	72	79	15	8 130	11	3,9	2,6
América Latina y el Caribe	93	88	9	16	84	88	12	6 439	41	4,9	3,6
Países menos adelantados	70	56	29	36	50	61	43	2 337	26	3,7	2,5
<i>B. Países muy afectados por el VIH/SIDA^c</i>											
Total de los 48 países	73	65	23	30	57	65	35	3 477	33	3,9	2,4
África	68	61	25	32	54	62	41	2 850	36	4,0	2,5
Asia	85	82	33	21	59	62	18	3 366	13	2,8	1,4
América Latina y el Caribe	91	83	11	24	72	85	10	6 843	27	4,2	2,8
Nivel de prevalencia del VIH entre la población adulta (porcentaje)											
1 – 5	78	67	22	26	58	67	28	4 887	20	3,0	2,3
5 – 10	58	54	29	37	50	57	41	1 188	25	3,8	2,1
10 – 20	70	62	23	39	62	60	37	1 164	27	4,5	2,4
>20	80	83	17	26	64	81	34	4 951	69	6,2	3,6

Fuentes: Columna 1: Instituto de Estadística de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (<http://www.uis.unesco.org/>), a 23 de noviembre de 2004; columnas 2 a 11: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Human Development Report 2004* (Nueva York, Oxford University Press, 2004), basado en datos del Instituto de Estadística de la UNESCO, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Nota: Dos puntos (..) significan que no hay datos disponibles; las cifras representan los promedios sin ponderar para los países con información disponible incluidos en cada grupo; PPA = paridad del poder adquisitivo; PIB = producto interno bruto.

^a Sin incluir Rwanda (1983) y Sierra Leona (1989).

^b Sin incluir el Japón.

^c Países donde la prevalencia del VIH entre la población adulta superaba el 1,9% en 2001 (véase el texto).

En resumen, el África subsahariana, la región en la que viven las poblaciones más pobres del mundo, es con diferencia la más gravemente afectada por el VIH/SIDA. Aunque en esta región vive únicamente el 11% de la población mundial, en 2004 había alrededor de dos tercios de las personas infectadas por el VIH. Sin embargo, la epidemia del VIH no se limita a los países más pobres. Prácticamente todos los países del mundo se han visto afectados y, en muchos de ellos, la epidemia continúa propagándose.

II. Factores determinantes del VIH/SIDA

Aunque el VIH afecta a los ricos y a los pobres, a los jóvenes y a los mayores, y está presente en todas las regiones del mundo, el virus afecta de forma desproporcionada a grupos que ya se encuentran en una situación socioeconómica desfavorecida. Si bien la prevalencia del VIH se ha mantenido relativamente baja en muchos países, la infección se ha propagado rápidamente en otros. Aunque en los primeros años de la epidemia las mujeres resultaron menos afectadas, ahora representan la mitad de las personas que viven con el VIH y el 57% de las infectadas se encuentran en el África subsahariana (ONUSIDA, 2004b). En esta sección se describen los principales factores biológicos y sociales que influyen en las pautas de infección por el VIH.

Factores biológicos

Transmisión sexual. La mayoría de las infecciones por el VIH en el mundo se transmite por vía sexual, aunque se estima que el riesgo de transmisión por el acto sexual es de entre 1 por 100 y 1 por 1.000. El riesgo aumenta considerablemente en el caso de las personas que padecen infecciones de transmisión sexual no tratadas, en especial si hay heridas abiertas o llagas. Dado que los cortes y los rasguños constituyen una vía de entrada fácil para el virus, las agresiones sexuales pueden comportar un riesgo mayor de transmisión que las relaciones sexuales consentidas. Algunos estudios han revelado que los hombres no circuncidados tienen más probabilidades de infectarse que los circuncidados; actualmente se está estudiando en varios ensayos clínicos la función, hasta ahora desconocida, de la circuncisión masculina como medida preventiva. El sexo anal comporta un mayor riesgo de transmisión que la penetración vaginal, que tiene a su vez más riesgos que el sexo oral. En general, la persona pasiva corre más riesgo que la persona activa. Por consiguiente, las mujeres tienen más riesgo de infectarse durante las relaciones sexuales que los hombres, y las adolescentes son especialmente susceptibles.

La prevalencia del VIH es un factor clave en la determinación del riesgo de transmisión en un entorno concreto. Aunque un acto sexual aislado conlleva por lo general un riesgo bajo de transmisión, el riesgo aumenta significativamente en los entornos en que una tercera parte de los adultos están infectados por el VIH. Dado que las tasas de infección son casi siempre más altas entre los adultos que entre los adolescentes, el sexo intergeneracional aumenta enormemente el riesgo de transmisión a los jóvenes.

Existen más probabilidades de transmisión del VIH cuando la persona infectada tiene una carga viral en plasma más alta. La carga viral suele ser más alta poco después de la infección inicial y en las últimas etapas de la enfermedad por el VIH. Dado que la terapia antirretroviral reduce la carga viral a niveles no detectables en la mayoría de los pacientes que cumplen los regímenes de combinación prescritos, es posible que esa terapia pueda reducir significativamente la infecciosidad. No obstante, la experiencia obtenida en los países con altos ingresos sugiere que la disponibilidad de terapias antirretroviral puede hacer aumentar los comportamientos de riesgo, ya que las personas con VIH pueden empezar a ser más activas sexualmente al gozar de mejor salud y por considerar que el SIDA ha dejado de ser un problema grave (Valdiserri, 2004). Aunque no hay indicios de que esto ocurra en los países en desarrollo, esos efectos podrían contrarrestar las ventajas preventivas de la terapia antirretroviral.

Exposición a la sangre. La exposición directa a sangre infectada es la vía más segura de transmisión. El uso de drogas intravenosas es la forma más común de transmisión del VIH por la sangre, y es la causa de aproximadamente el 10% de todas las infecciones en el mundo. En la gran mayoría de los casos, las transfusiones con sangre infectada transmiten el VIH. Se calcula que el riesgo de contraer el virus al pincharse con una aguja contaminada con sangre infectada es del 0,3%. Como en el caso de la transmisión sexual, la carga viral de la persona infectada a cuya sangre o fluidos corporales uno se vea expuesto influye de manera importante en el riesgo de transmisión, así como la cantidad de sangre o fluido corporal a la que uno esté expuesto (Aberg y otros, 2004).

Transmisión de madre a hijo. Si no se adopta ninguna medida de prevención, los hijos de madres seropositivas y lactantes tienen aproximadamente entre un 20% y un 45% de probabilidades de contraer el VIH (De Cock y otros, 2000). El riesgo de transmisión es mayor cuando la carga viral de la madre es elevada. La lactancia comporta en sí misma un riesgo de transmisión, riesgo que aumenta cuanto más se prolongue el período de lactancia del bebé. Es posible que la alimentación mixta del lactante (es decir, la combinación de la lactancia con otras formas de alimentación) entrañe un riesgo mayor de transmisión que la lactancia por sí sola (Coutsoudis, Pillay y Spooner, 1999), aunque esto no se ha confirmado.

Reducción del riesgo tras la exposición. Los estudios sobre los regímenes profilácticos posteriores a la exposición demuestran que es posible prevenir la infección si se suprime la replicación del virus en los días siguientes a la exposición, por ejemplo iniciando una terapia antirretroviral inmediatamente después de pincharse con una aguja (Cardo y otros, 1997) o administrando regímenes posnatales de antirretrovirales al recién nacido (Bultreys y otros, 1999). Aunque aún no existen pruebas definitivas de la eficacia de la profilaxis con terapias antirretrovirales después de la exposición en el caso de la exposición sexual, la extrapolación de los ejemplos anteriores sugiere que también podría ser eficaz.

Factores sociales o de otra índole

En la transmisión del VIH influye notablemente el entorno social, económico y político, incluidos factores como la pobreza, la opresión, la discriminación y el analfabetismo.

Pobreza. Tanto en los países con altos ingresos como en los países en desarrollo, el SIDA ha golpeado a menudo a los sectores más ricos e influyentes de la sociedad, poniendo de relieve el carácter universal de la amenaza que representa la epidemia. En general, sin embargo, los efectos del SIDA han afectado de forma desproporcionada a las personas con menos recursos económicos y sociales. La epidemia agrava esas condiciones, ya que debilita la seguridad alimentaria y económica en los países más afectados. El SIDA agudiza la pobreza y provoca un aumento del número de pobres que corren el riesgo de infectarse, ya que las personas con menos recursos tienen menos acceso a los servicios de atención sanitaria o a la información relacionada con la salud.

Estigmatización y discriminación. Los grupos con mayor riesgo de contraer la infección por el VIH suelen ser los que padecen formas de discriminación sancionadas oficialmente u oficiosamente. La prostitución, las relaciones sexuales entre hombres y la utilización de drogas intravenosas son a menudo ilegales y provocan un fuerte

rechazo en muchos países. Esas formas de estigmatización se ven reforzadas por la estigmatización relacionada con el propio VIH.

La estigmatización aumenta la vulnerabilidad de varias maneras. Por miedo a ser marginadas, las personas que corren un riesgo alto de transmisión no obtienen información relacionada con el VIH ni recurren a otros servicios de prevención. Las autoridades gubernamentales y las comunidades locales suelen desalentar u hostigar activamente los programas que ofrecen servicios preventivos a segmentos clave de la población. En muchos países, la ley prohíbe los programas de intercambio de agujas y jeringuillas y restringe de forma rigurosa las terapias de sustitución de drogas, aun cuando ambas medidas son fundamentales para detener la propagación del VIH mediante el uso de drogas por vía intravenosa y no infringen los tratados internacionales en materia de fiscalización de drogas (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), 2004).

Desigualdades entre los sexos. Muchas mujeres de los países más afectados afrontan graves desventajas económicas, legales, culturales y sociales que aumentan su vulnerabilidad a la infección por el VIH y a las consecuencias de la epidemia. En muchos países, las oportunidades educativas de las niñas son limitadas. En algunos países, las mujeres tienen pocos o ningún derecho a ser propietarias de tierras o a la seguridad de la tenencia o a heredar bienes, y muchas mujeres sufren, o corren grave riesgo de sufrir, agresiones sexuales u otras formas de violencia. El divorcio o el fallecimiento del marido pueden llevar a algunas mujeres a la indigencia, por lo que a veces se ven obligadas a dedicarse a la prostitución para sobrevivir. Habida cuenta de los grandes impedimentos legales, sociales y económicos que encuentran las mujeres, para muchas resulta difícil, cuando no imposible, pedir a sus parejas masculinas que utilicen preservativo y pueden verse forzadas a mantener relaciones sexuales a cambio de beneficios personales a causa de su dependencia económica de sus parejas y su falta de poder en la relación. En todo el mundo, mujeres fieles a su pareja han resultado infectadas por el VIH como consecuencia de las actividades sexuales del hombre fuera de la relación. La trata para el comercio sexual constituye una amenaza creciente para las mujeres y las niñas. El ONUSIDA calcula que, en siete países del África subsahariana, las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años tienen casi tres veces más probabilidades de resultar infectadas que los hombres del mismo grupo de edad.

Movilidad. La movilidad aumenta significativamente los riesgos relacionados con el VIH. A menudo, los trabajadores migrantes se trasladan de regiones rurales de baja prevalencia a centros urbanos, donde la prevalencia del VIH es mucho mayor y los comportamientos de riesgo más frecuentes. Algunos estudios han descubierto altas tasas de infección entre los conductores de camiones de transporte de larga distancia, los mineros y otros trabajadores migrantes.

Conflictos. En 2003 más de 72 países fueron identificados como inestables y, como consecuencia de diversos conflictos, hay más de 42 millones de refugiados y desplazados internos en todo el mundo (Grupo de Trabajo del Comité Permanente entre Organismos sobre el VIH/SIDA en situaciones de emergencia, 2003). Las poblaciones que huyen de situaciones complejas de emergencia como conflictos armados a menudo se enfrentan a la indigencia y la escasez de alimentos. Además, esos conflictos pueden crear condiciones que hagan aumentar el riesgo de contraer infecciones como el VIH.

La repercusión de los conflictos en la transmisión del VIH es una cuestión compleja y puede variar significativamente de un lugar a otro. En algunos casos, parece que los conflictos han servido para frenar la epidemia. En Sierra Leona, por ejemplo, el conflicto limitó los desplazamientos de la población y puede haber prevenido la propagación de la enfermedad. En Bosnia y Herzegovina, la prevalencia era tan baja que ni siquiera el desplazamiento de un gran número de personas consiguió aumentarla (ONUSIDA, 2004b). En los casos en que los conflictos agravan la propagación del VIH, la dinámica suele ser similar a la de todas las poblaciones móviles, en que el riesgo del VIH aumenta a causa de la migración de zonas de baja prevalencia a zonas de prevalencia más alta. Las normas sexuales tradicionales y los apoyos sociales pueden desbaratarse durante los conflictos, lo que fomenta un mayor nivel de comportamiento de riesgo. Los sistemas sanitarios dejan de funcionar, y las mujeres y las niñas pueden ser objeto de violencia sexual o verse obligadas por las circunstancias a cambiar sexo por dinero, alimentos o protección.

Países en transición. Cuando los países experimentan profundos cambios sociales, económicos y políticos a menudo aumentan los comportamientos de riesgo relacionados con el VIH. En los países de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, la edad de iniciación sexual ha descendido y el consumo de drogas ha aumentado (ONUSIDA, 2002a). Esas pautas son evidentes en China, donde los drásticos cambios socioeconómicos han coincidido con un aumento igualmente acentuado de las enfermedades de transmisión sexual (ONUSIDA, 2001c).

Encarcelamiento. En cualquier momento determinado hay en el mundo unos 10 millones de personas encarceladas. Las cárceles suelen ser caldo de cultivo para las enfermedades infecciosas como el VIH, la tuberculosis y la hepatitis. Las poblaciones reclusas proceden a menudo de los segmentos más marginados de la sociedad, que están ya en una situación de alto riesgo de infección por el VIH. Las tasas de infección entre las poblaciones reclusas suelen ser más altas que las de la población en general. En Sudáfrica, donde el 20% de la población adulta es seropositiva, el nivel de infección en las cárceles se duplica (Goyer, 2003). En los Estados Unidos de América, los casos de SIDA entre los reclusos son cuatro veces superiores a los de la población general (Braithwaite y Arriola, 2003). Más de uno de cada cuatro reclusos en España es seropositivo, y en Suiza y los Países Bajos la proporción es de uno de cada nueve aproximadamente. Las reclusas también están en situación de riesgo; en el Brasil, el Canadá y los Estados Unidos, la tasa de infección por el VIH es más alta entre las reclusas que entre los reclusos (ONUSIDA, 2004b).

En resumen, el riesgo de infección por el VIH —y las consecuencias de la epidemia en las personas infectadas y afectadas— puede variar enormemente en función de las circunstancias personales y sociales. Por consiguiente, en las medidas que se tomen para responder a la epidemia es preciso tener en cuenta la importancia de las circunstancias contextuales que pueden hacer aumentar la vulnerabilidad.

III. Mortalidad, crecimiento demográfico y orfandad

Efectos del VIH/SIDA en la mortalidad

En 2004, 3 millones de personas murieron prematuramente de SIDA; más de 20 millones han muerto desde que se identificaron los primeros casos de SIDA en 1981. En la mayoría de los países en desarrollo, especialmente los del África subsahariana, la farmacoterapia que puede retrasar la aparición de los síntomas del SIDA sigue siendo inaccesible para la mayoría de la población. En consecuencia, se prevé que en 2000-2005, en los 38 países muy afectados de África se registrarán casi 15 millones de muertes más de las que ocurrirían si no hubiera SIDA (cuadro 3). En Asia se producirán otros 3,5 millones de muertes adicionales, la mayoría de ellas en la India. En América Latina y el Caribe, el número de muertes adicionales es menor, de 0,7 millones, y en los dos países más desarrollados con el mayor número de infecciones —los Estados Unidos de América y la Federación de Rusia— se prevé que asciendan a 0,8 millones en total.

Cuadro 3

Previsión de muertes adicionales por el SIDA comparada con una previsión en que no existiera el SIDA, correspondiente a grupos de los países afectados en las zonas principales, 1995-2000, 2000-2005 y 2010-2015

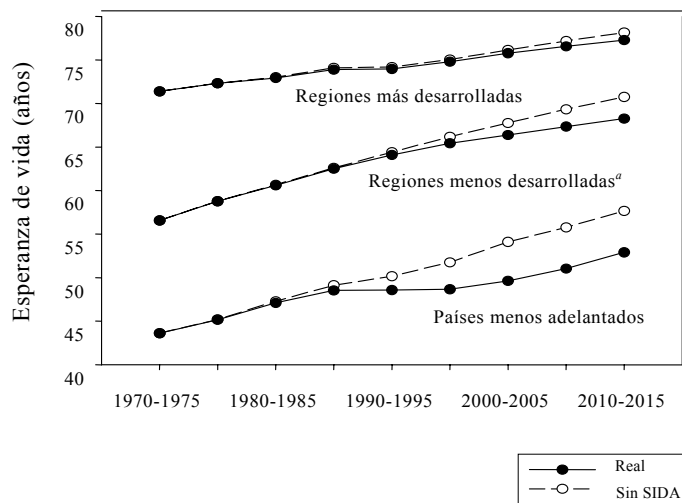
(En millones)

<i>Grupo de países</i>	<i>1995-2000</i>	<i>2000-2005</i>	<i>2010-2015</i>
Total de los 53 países afectados	11,2	19,8	32,3
38 países en África	8,1	14,8	18,9
5 países en Asia	2,0	3,5	10,9
8 países en América Latina y el Caribe	0,5	0,7	0,8

Fuente: World Population Prospects: The 2002 Revision, vol. III, Analytical Report (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.03.XIII.10).

Hasta hace poco había una tendencia general de aumento de la esperanza de vida en los países de bajos ingresos y de ingresos medios. Sin embargo, a causa del VIH/SIDA esa tendencia se ha interrumpido en los países menos adelantados y se está ralentizando significativamente en otros países en desarrollo (gráfico I). Debido al número extremadamente alto de muertes adicionales en el África subsahariana, se prevé que la esperanza de vida en los países africanos afectados en su conjunto se reducirá de 47 años en 1995-2000 a 45 años en 2000-2005. Para 2010-2015, la esperanza de vida en los países afectados de África será 11 años inferior a lo que habría sido de no existir el SIDA.

Gráfico I
Esperanza de vida al nacer: estimaciones y previsiones con y sin VIH/SIDA, 1970-2015



Fuente: *World Population Prospects: The 2002 Revision*, CD-ROM (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.03.XIII.8).

^a Sin incluir los países menos adelantados.

Se prevé que los siete países con una prevalencia del VIH entre la población adulta del 20% o más en 2001 experimentarán un 155% más de muertes en 2000-2005 de las que habrían ocurrido sin el SIDA (cuadro 4). Según las previsiones, la esperanza de vida en esos países será de 22 años menos en 2000-2005 y de 29 años menos en 2010-2015 de lo que habría sido si no hubiera existido el SIDA (cuadro 5). En el gráfico II se muestra la esperanza de vida en 1985-1990 y 2000-2005 en los siete países con mayor prevalencia del SIDA.

Cuadro 4
Número estimado y previsto de muertes en siete países con una prevalencia del VIH entre la población adulta del 20% o más, 1995-2015

(En millones)

Grupo de países	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
Siete países con una prevalencia del 20% o más				
Sin SIDA	3	3	3	3
Con SIDA	5	8	10	10
Diferencia absoluta	2	5	6	6
Diferencia porcentual	71	155	204	193

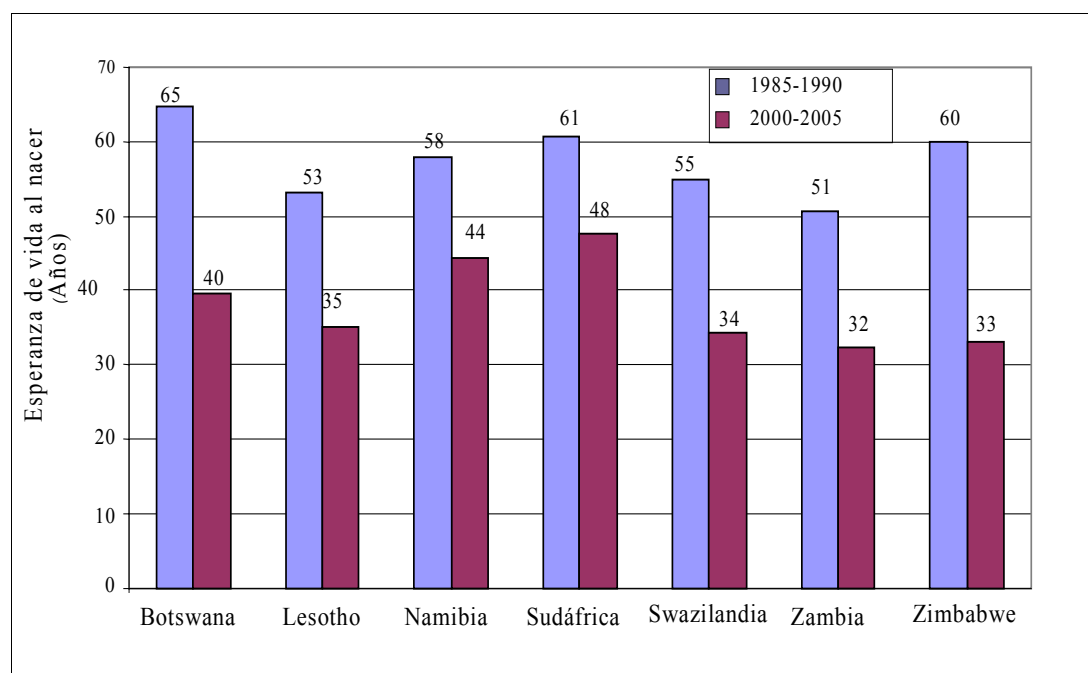
Fuente: *World Population Prospects: The 2002 Revision*, CD-ROM (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.03.XIII.8).

Cuadro 5
Esperanza de vida al nacer estimada y prevista en siete países con una prevalencia del VIH entre la población adulta del 20% o más, 1995-2015

Grupo de países	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
Siete países con una prevalencia del 20% o más				
Sin SIDA	63,3	63,7	65,4	67,0
Con SIDA	50,2	41,3	37,3	37,6
Diferencia absoluta	12,0	22,4	28,1	29,4
Diferencia porcentual	19,3	35,1	43,0	43,9

Fuente: *World Population Prospects: The 2002 Revision*, CD-ROM (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.03.XIII.8).

Gráfico II
Esperanza de vida al nacer en los siete países con mayor prevalencia del VIH, 1985-1990 y 2000-2005



Fuente: *World Population Prospects: The 2002 Revision*, CD-ROM (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.03.XIII.8).

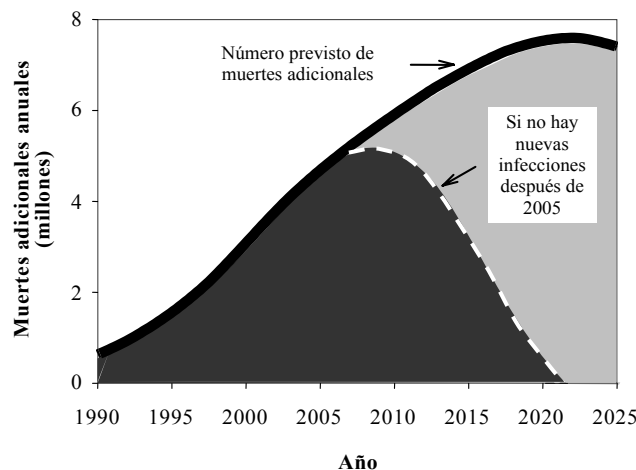
Los lactantes y los niños contraen la enfermedad de sus madres infectadas durante el embarazo y el parto o por la lactancia. En el grupo del total de los 53 países afectados (véase el recuadro), se prevé que la mortalidad de los niños menores de cinco años será superior en un 8% en 2000-2005 a la que habría sido de no existir el SIDA. Aunque se prevé que los efectos relativos del SIDA aumenten al 10%

en 2010-2015, según las previsiones, en ese período la mortalidad de los niños menores de cinco años será inferior a la registrada en 2000-2005 (76 muertes por cada 1.000 nacimientos frente a 92 muertes por cada 1.000 nacimientos). La influencia del SIDA en la mortalidad de los menores de cinco años es especialmente alta en los países afectados de África donde se prevé que el SIDA causará 19 muertes adicionales de niños por cada 1.000 nacimientos en 2000-2005.

En todas las regiones excepto Asia se prevé que el número total de muertes adicionales a causa del SIDA continuará aumentando hasta 2015-2020. En Asia se prevé que el momento crítico tendrá lugar cinco años más tarde, en 2020-2025. En los países afectados del África subsahariana se prevé que el 30% de todas las muertes que ocurran entre 2010 y 2015 corresponderán a muertes adicionales. En el África subsahariana se registrará un 43% más de muertes de las que ocurrirían de no existir el SIDA.

La División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas ha preparado también una hipótesis de trabajo “sin casos nuevos”, en la que se presupone que no habría nuevas infecciones después del 1º de julio de 2005. En esa hipótesis se muestra que, aun si no hubiera más infecciones después de mediados de 2005, el número de muertes ocasionadas por el SIDA sería superior durante 2005-2010 al registrado durante los cinco años anteriores debido al gran número de personas ya infectadas (gráfico III). En el futuro, especialmente después de 2010, la previsión de muertes adicionales debidas al SIDA representa cada vez más las muertes prematuras de personas que aún no están infectadas. El que la previsión resulte demasiado optimista o demasiado pesimista dependerá de las medidas que se adopten ahora para prevenir la infección y mejorar el tratamiento.

Gráfico III
Muertes adicionales estimadas y previstas a causa del SIDA en 53 países, 1990-2025



Fuente: *World Population Prospects: The 2002 Revision*, CD-ROM (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.03.XIII.8).

Nota: La línea negra representa el número previsto de muertes adicionales a las que se hubieran producido si no hubiera SIDA. La línea blanca indica el número previsto de muertes adicionales si no hubiera más transmisiones de VIH después de mediados de 2005.

El VIH/SIDA y el crecimiento y la estructura demográficos

Se prevé que el número creciente de muertes ocasionadas por el SIDA dará lugar a una reducción en el crecimiento demográfico y, en algunos casos, incluso a una reducción del tamaño de la población. El efecto del SIDA en la reducción del crecimiento demográfico y el tamaño de la población obedece tanto a las muertes adicionales como a un déficit de nacimientos que no se producirán porque las mujeres seropositivas mueren antes del final de su vida reproductiva. Aunque, en su mayor parte, la reducción de la población se debe a las muertes adicionales, el porcentaje del déficit de población atribuible a los nacimientos que no llegarán a producirse crece a un ritmo constante con el tiempo.

Se prevé que, en 2005, la población total de los 53 países afectados será de 3.900 millones de personas, 49 millones menos de las que hubiera habido sin el SIDA (cuadro 6). Para 2015 se prevé que la reducción del tamaño de la población a causa del SIDA será de 129 millones, es decir, que habrá un 3% menos de población que si no existiera el SIDA. Según las previsiones, en 2015 la población de los países africanos afectados será inferior en 91 millones (o un 10%) a lo que habría sido si no hubiera SIDA. Se cree que la siguiente reducción de mayor consideración tendrá lugar en los cinco países afectados de Asia, cuya población será previsiblemente de 29 millones menos en 2015 de lo que hubiera sido de no existir el SIDA.

Cuadro 6

Efectos estimados y previstos del VIH/SIDA en el tamaño de la población y el crecimiento demográfico, 1995-2015

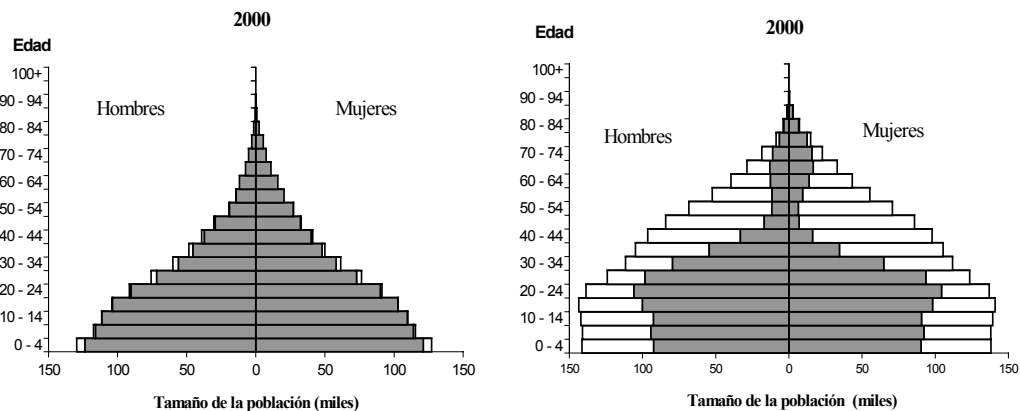
Grupo de países	Tamaño de la población (millones)			Tasa de crecimiento anual (porcentaje)	
	1995	2005	2015	1995-2005	2005-2015
Total de los 53 países afectados por el VIH					
Sin SIDA	3 408	3 923	4 440	1,4	1,2
Con SIDA	3 399	3 874	4 312	1,3	1,1
Diferencia absoluta	-9	-49	-129	0,1	0,1
Diferencia porcentual	0	-1	-3	7,1	8,3
38 países afectados por el VIH en África					
Sin SIDA	539	709	914	2,7	2,5
Con SIDA	533	673	823	2,3	2,0
Diferencia absoluta	-6	-36	-91	0,4	0,5
Diferencia porcentual	-1	-5	-10	14,8	20,0
7 países con una prevalencia del VIH del 20% o más					
Sin SIDA	69	85	102	2,1	1,8
Con SIDA	68	76	77	1,1	0,0
Diferencia absoluta	-1	-9	-25	1,0	1,8
Diferencia porcentual	-1	-11	-25	47,6	100,0

Fuente: *World Population Prospects: The 2002 Revision*, CD-ROM (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.03.XIII.8).

En los 38 países muy afectados de África, se prevé que la tasa media de crecimiento anual correspondiente al período 2005-2015 sea de un 2,0% anual a causa del VIH/SIDA, en lugar del 2,5%. En los siete países con una prevalencia del VIH del 20% o más, se prevé que el SIDA detendrá prácticamente el crecimiento demográfico, con un aumento de sólo 0,6 millones de personas entre 2005 y 2015. De no existir el SIDA, la población total de esos países habría aumentado en 17 millones de personas. De conformidad con las previsiones de las Naciones Unidas, para 2025, las poblaciones de los 38 países africanos afectados serán un 14% más reducidas de lo que habrían sido si no hubiera existido el SIDA. En los siete países más afectados se prevé que en 2025 la población será una tercera parte menor de lo que habría sido de no existir el SIDA.

La mortalidad adicional y prematura causada por el SIDA repercute también considerablemente en la estructura por edades de las poblaciones afectadas. En el gráfico IV se muestra la pirámide de edad con y sin SIDA en 2000 y 2025 en Botswana, el país con la tasa más alta de prevalencia en 2001. Los efectos del SIDA son visibles en 2000 entre los adultos jóvenes y los niños menores de 5 años. En 2025 los efectos serán espectaculares, ya que las cifras serán menores en todas las edades, pero especialmente en las edades adultas en que la mayoría de las personas trabaja y cría a sus hijos.

Gráfico IV
**Tamaño de la población y estructura por edades con y sin SIDA,
Botswana, 2000 y 2005**



Fuente: *World Population Prospects: The 2002 Revision*, CD-ROM (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.03.XIII.8).

Nota: Los recuadros blancos representan el tamaño hipotético de la población si no hubiera SIDA. Los recuadros sombreados representan la población estimada y prevista real.

Efectos del VIH/SIDA en la orfandad

El ONUSIDA, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) (ONUSIDA, UNICEF y USAID, 2004) han preparado estimaciones sobre los huérfanos del SIDA, definidos como niños de 0 a 17 años que han perdido a uno o a ambos progenitores a causa del SIDA. Entre 2001 y 2003, el número de huérfanos del SIDA en todo el mundo pasó de 11,5 millones a 15 millones. De los 15 millones de huérfanos del SIDA, 12 millones vivían en el África subsahariana. En 2003, sólo en Nigeria había 1,8 millones de huérfanos del SIDA. Otros países con un gran número de huérfanos del SIDA eran Sudáfrica (1,1 millones), la República Unida de Tanzania (980.000), Zimbabwe (980.000) y Uganda (940.000).

El porcentaje de huérfanos del SIDA entre todos los huérfanos del África subsahariana ha aumentado de algo menos de un 2% en 1990 a más de un 28% en 2003 y se prevé que en 2010 llegue a ser de un 37%. En 2003 había 88 millones de huérfanos en Asia (por motivos de todo tipo). Un aumento de la prevalencia del VIH en Asia, por pequeño que fuera, especialmente en países muy poblados como China, la India e Indonesia, podría hacer aumentar drásticamente el número de huérfanos del SIDA.

En resumen, la epidemia del SIDA ha hecho aumentar la mortalidad y ha acortado la esperanza de vida en la mayoría de los países afectados. El crecimiento demográfico ha comenzado a ser más lento, y en los siete países con las tasas de prevalencia más altas se prevé que el crecimiento prácticamente se detendrá en la próxima década. Aun si no se registraran nuevas infecciones después de mediados de 2005, el número de muertes seguiría aumentando durante varios años debido al gran número de personas que ya están infectadas. El SIDA ha creado millones de huérfanos —alrededor de 15 millones a finales de 2003, de los cuales 12 millones vivían en África.

IV. Fertilidad y comportamiento sexual

Los cambios en el comportamiento sexual desempeñan una función decisiva a la hora de determinar la evolución de la epidemia del VIH/SIDA y pueden influir también en los niveles de fecundidad, el contexto social de la reproducción y el modo en que la epidemia repercute en los grupos sociales más pobres y en los más prósperos. Aunque se está de acuerdo en que los efectos del VIH/SIDA en los niveles de fecundidad de la población en general han sido a lo sumo reducidos, la fecundidad de las personas infectadas con el VIH se ha visto más afectada (Zaba y Gregson, 1998; Naciones Unidas, 2002a).

Efectos del VIH/SIDA en los niveles de fecundidad de las personas infectadas

Existen pruebas sólidas de que la fecundidad de las mujeres seropositivas es menor que la de las mujeres no infectadas. En estudios realizados en la República Democrática del Congo, la República Unida de Tanzania, Rwanda, Uganda y Zambia se indica que la fecundidad es de un 25% a un 40% más baja entre las mujeres seropositivas (Naciones Unidas, 2002a). La infección por el VIH influye directamente en la reducción de la fecundidad, ya que la probabilidad mensual de que una mujer conciba disminuye, al tiempo que aumenta el riesgo de pérdida del feto.

Los datos indican que la menor tasa de fecundidad entre las mujeres seropositivas obedece principalmente a la coinfección con otras infecciones de transmisión sexual. Las mujeres seropositivas tienen más probabilidades que otras mujeres de contraer otra infección de transmisión sexual. Las infecciones de transmisión sexual producen úlceras genitales y, por consiguiente, las posibilidades de transmisión sexual del VIH son mayores. Las infecciones de transmisión sexual también están vinculadas con frecuencia a la enfermedad inflamatoria de la pelvis, que a menudo es causa de esterilidad. Además, es probable que el coito sea menos frecuente entre personas seropositivas que han desarrollado el SIDA y se ha demostrado que los hombres infectados producen menos espermatozoides y que la calidad del semen es inferior una vez que la infección se convierte en SIDA (Naciones Unidas, 2002a).

En cuanto a la pérdida del feto, los datos disponibles en países tanto desarrollados como en desarrollo indican que las mujeres seropositivas sufren un mayor porcentaje de abortos espontáneos. Esto se debe principalmente a la mayor prevalencia de la sífilis entre las mujeres seropositivas. Las posibilidades de que el niño nazca muerto aumentan un 25% debido a la sífilis; también aumentan las posibilidades de que se produzca una pérdida temprana del feto, aunque en menor grado. La infección por el VIH conlleva además un mayor riesgo de pérdida del feto (Naciones Unidas, 2002a).

Hasta la fecha, la infección por el VIH apenas ha influido en la fecundidad debido a cambios deliberados de comportamiento, dado que en la mayor parte de los países que padecen graves epidemias de VIH/SIDA la gran mayoría de las personas infectadas no conocen su situación hasta que los síntomas físicos de la enfermedad se manifiestan claramente. No obstante, a medida que los análisis para detectar la infección por el VIH, vayan siendo más habituales, se dispondrá de más información sobre cómo influye la infección por el VIH en el comportamiento sexual y reproductivo.

Según varios estudios, el comportamiento sexual cambia cuando una persona sabe que está infectada por el VIH. Los cambios de comportamiento pueden consistir en una reducción del número de parejas sexuales y un aumento del uso del preservativo de forma habitual, tanto con parejas esporádicas como con la pareja estable. La probabilidad de que se produjesen esos cambios aumentaba cuando, tras el análisis para detectar el VIH, se ofrecía asesoramiento y lo recibían también las parejas, no sólo la persona afectada. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en varios centros de Kenia, la República Unida de Tanzania y Trinidad y Tabago se demostró que el asesoramiento se traducía en una disminución considerable de las relaciones sexuales sin protección con parejas esporádicas y con las parejas estables que también participaban en el estudio. Entre las personas que recibieron asesoramiento, el porcentaje de hombres y mujeres que afirmaron mantener relaciones sexuales sin protección disminuyó un 35% y un 39% respectivamente, frente al 13% de hombres y el 17% de mujeres que sólo recibieron formación en materia de salud (ONUSIDA, 2001d).

En las parejas “serodiscordantes” estudiadas, es decir, cuando sólo un miembro de la pareja era seropositivo, casi siempre se registró un aumento notable del uso del preservativo o una disminución considerable de la seroconversión cuando ambos recibieron asesoramiento y se sometieron a las pruebas (ONUSIDA, 2001d). En la República Democrática del Congo, la proporción de parejas serodiscordantes que utilizaban preservativos en todas sus relaciones sexuales aumentó de menos del 5% antes de saber que uno de los miembros estaba infectado por el VIH y recibir asesoramiento al 71% después de un mes y al 77% después de 18 meses (Kamenga y otros, 1991).

Por el contrario, la mayoría de los estudios realizados en que sólo uno de los miembros de la pareja sabía que estaba infectado demuestran que, aunque las personas pueden modificar su comportamiento para reducir la transmisión del VIH, les resulta difícil mantener los cambios a largo plazo. Los factores culturales y sociales, como los tabúes que rodean la sexualidad, son obstáculos que impiden la modificación del comportamiento sexual, tanto masculino como femenino, en los países en desarrollo. En la mayor parte de los estudios se indica que a las mujeres les resulta especialmente difícil convencer a sus parejas para mantener relaciones sexuales más seguras debido a las disparidades entre los géneros en lo que respecta a las decisiones de carácter sexual. Muchas mujeres tienen miedo de recibir malos tratos emocionales o físicos o de ser abandonadas si revelan a su pareja que están infectadas por el VIH (ONUSIDA, 2001d).

La utilización de métodos anticonceptivos diferentes del preservativo no parece aumentar en el contexto de la infección por el VIH, e incluso podría ser menor. Por ejemplo, en estudios realizados en la República Democrática del Congo y Rwanda se descubrió que el uso de métodos anticonceptivos hormonales, los principales métodos utilizados en el África subsahariana, disminuyó cuando los afectados se enteraron de que eran seropositivos (Naciones Unidas, 2002a), lo cual podría deberse en parte a que comenzaron a utilizar preservativos.

Parece que las mujeres desean tener menos hijos una vez que se confirma la infección por el VIH. Aunque en algunos estudios se indicó que el deseo de tener hijos seguía siendo muy intenso, en estudios recientes se ha llegado a la conclusión más frecuente de que, una vez que se confirma la infección por el VIH, surgen dudas sobre si deben seguir teniendo hijos (Ntozi, 2002; Naciones Unidas, 2002a).

El miedo a que nuevos embarazos agraven la enfermedad, a que la enfermedad se transmita al cónyuge y a los futuros hijos y a que otras personas hayan de cuidar de los hijos cuando queden huérfanos son los principales motivos que aducen cuando se niegan a tener más hijos.

Es cada vez más sabido que las madres que amamantan a sus hijos pueden transmitirles de esa forma el virus del VIH. Así pues, sería conveniente que las mujeres seropositivas se abstuvieran de amamantar a sus hijos cuando existen otras formas de alimentarles que son aceptables, factibles, económicas, sostenibles y seguras (OMS, ONUSIDA y UNICEF, 2004). Hay datos que indican que el VIH/SIDA es responsable de que haya disminuido el porcentaje de mujeres que amamantan a sus hijos. En Manicaland (Zimbabue), donde dos tercios de las mujeres que participaron en el estudio sabían que la lactancia era un medio de transmisión del VIH, el porcentaje de mujeres que, siendo conscientes de ello, amamantaba a los hijos recién nacidos era menor (Gregson y otros, 1997). Al abandonar la lactancia aumentan las probabilidades de que se produzca otro embarazo inmediato, a menos que las mujeres comiencen a utilizar métodos anticonceptivos eficaces poco después del parto.

En algunos países se ha comprobado que es relativamente más probable que las mujeres seropositivas interrumpan su embarazo. En estudios realizados en Australia, Francia e Italia se reveló que la proporción de embarazos interrumpidos voluntariamente era considerablemente mayor entre las mujeres seropositivas, después de ser diagnosticadas con la infección, que entre las seronegativas (citado en Ntozi, 2002). El miedo a que el virus se transmita de la madre al hijo y a que se acelere el avance de la enfermedad podría explicar la elevada tasa de interrupción del embarazo entre las mujeres seropositivas.

Efectos en las personas no infectadas por el VIH

El VIH/SIDA podría afectar a la fecundidad de las personas no infectadas mediante varios mecanismos de conducta (Naciones Unidas, 2002a), que podrían consistir en retrasar la iniciación sexual, aplazar el matrimonio, abstenerse de mantener relaciones sexuales o reducir su frecuencia, abstenerse de amamantar en caso de no conocer con certeza la situación serológica y utilizar preservativos en lugar de otros métodos anticonceptivos o además de ellos. También son menos frecuentes las prácticas tradicionales como la herencia de las viudas y la poligamia.

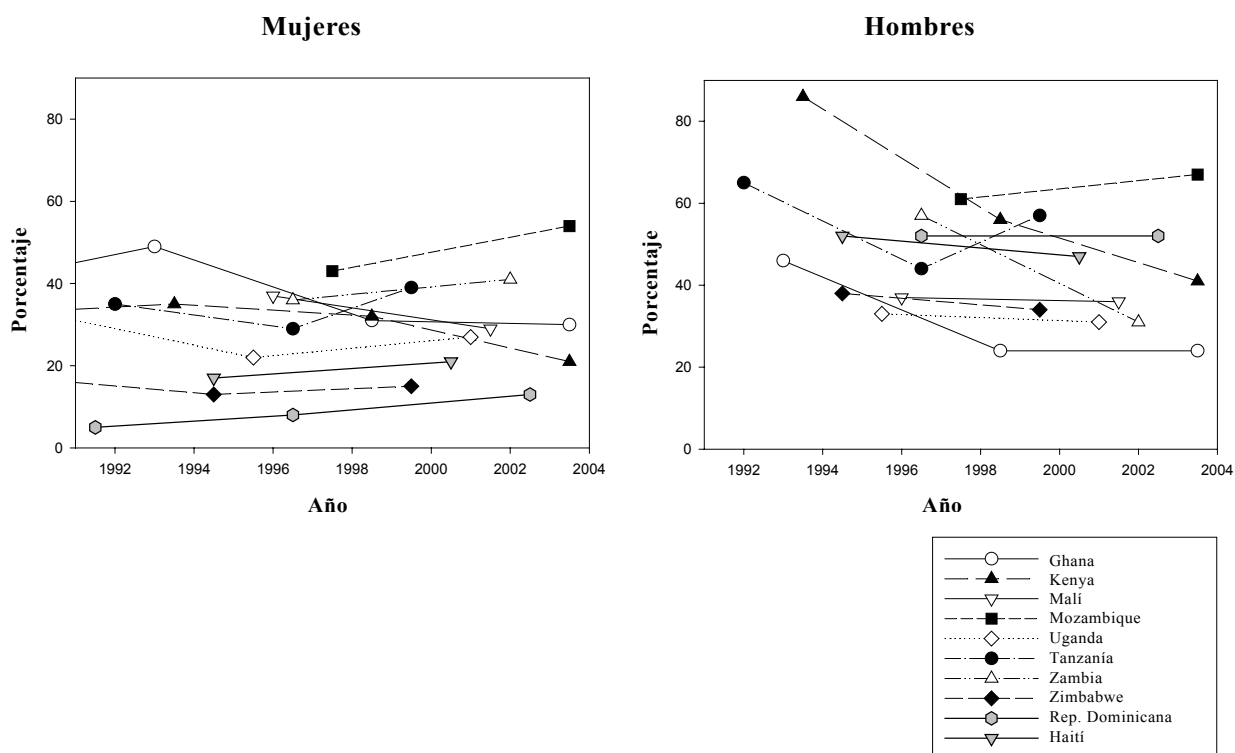
La información sobre el VIH/SIDA y sus causas podría ser el motivo por el cual algunas personas inician las relaciones sexuales o contraen matrimonio a una edad más avanzada. En algunos países, en particular aquellos en que el VIH/SIDA está muy extendido, se detecta una tendencia a iniciar las relaciones sexuales y a contraer matrimonio a una edad más avanzada (Naciones Unidas, 2003a). En todo el mundo, la edad en que se contrae matrimonio por primera vez ha aumentado considerablemente en los últimos 30 años, hasta los 27 años para los hombres y 23 para las mujeres. Los datos sobre mujeres más jóvenes (de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años) indican que en 2000, alrededor del 80% de las mujeres de África y el 90% de las mujeres de Asia nunca se habían casado, frente al 65% y el 75% respectivamente, en 1970. Estas tendencias son anteriores a la epidemia del VIH/SIDA y es imposible saber si la epidemia ha influido también en ellas.

En encuestas realizadas recientemente se observa una tendencia a la disminución de las relaciones sexuales prematrimoniales entre los adultos jóvenes en algu-

nos países, especialmente en lo que respecta a los hombres, pero en otros apenas se han producido cambios (gráfico V). En Ghana y Kenya se ha registrado una notable disminución de las relaciones sexuales prematrimoniales en el caso de hombres y mujeres, y en el caso de los hombres en Zambia.

Gráfico V
Tendencias de las relaciones sexuales prematrimoniales en determinados países y años

(Proporción de personas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que nunca han estado casadas y han mantenido relaciones sexuales en el último año)

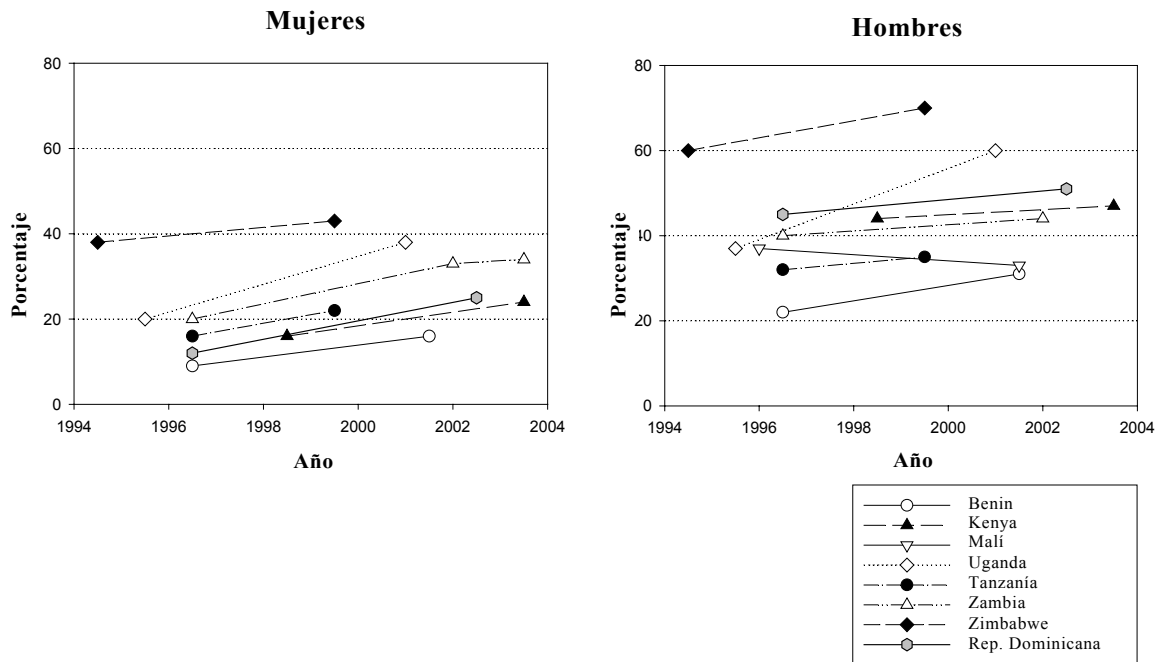


Fuente: ORC Macro: Measure DHS HIV/AIDS Survey Indicators Database. Puede consultarse en www.measuredhs.com/hiv.data (a 4 de enero de 2005).

Dentro del matrimonio, la respuesta del cónyuge no infectado podría consistir en reducir la frecuencia de las relaciones sexuales con el cónyuge infectado. En un estudio realizado en Nigeria se reveló que algunas mujeres cuyos esposos eran seropositivos, rompían el matrimonio, se negaban a mantener relaciones sexuales con él o lo hacían sólo si utilizaban un preservativo (Orubuloye, Caldwell y Caldwell, 1992). Para evitar el contagio, algunas personas deciden separarse de su cónyuge si mantiene relaciones sexuales con otras personas. La fecundidad podría verse también afectada por la disminución del porcentaje de personas que contraen segundas nupcias tras enviudar o divorciarse. Según información disponible, en Uganda y en Zimbabwe es menos probable que las mujeres que han enviudado a causa del VIH/SIDA vuelvan a contraer matrimonio (Naciones Unidas, 2002a).

El uso del preservativo está aumentando en muchos países donde el VIH está muy extendido. En algunas encuestas realizadas recientemente se detecta un aumento considerable del uso del preservativo fuera del matrimonio (gráfico VI). Aun así, en la mayoría de los países, más de la mitad de las personas que mantenían relaciones sexuales de alto riesgo no habían utilizado preservativo en su última relación. En la mayoría de los países, los datos indican que sólo un pequeño porcentaje de las mujeres casadas en edad reproductiva, normalmente inferior al 5%, utiliza el preservativo como método anticonceptivo habitual. No obstante, en las últimas encuestas realizadas se registra un aumento de la utilización del preservativo dentro del matrimonio, cuando tan sólo a principios de la década de 1990 el nivel de utilización era prácticamente nulo.

Gráfico VI
Tendencias de la utilización del preservativo en la última relación sexual de alto riesgo: hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años en determinados países, 1994-2004



Fuente: ORC Macro (2004): Measure DHS HIV/AIDS Survey Indicators Database (<http://www.measuredhs.com/hivdata>).

* Número de personas que utilizaron preservativo la última vez que mantuvieron relaciones sexuales con alguien que no fuera su cónyuge o su pareja estable, en relación con el porcentaje de las que tuvieron parejas de este tipo en los últimos 12 meses; los datos de Zimbabwe correspondientes a 1994 se basan en la actividad sexual en las últimas cuatro semanas.

Comportamiento sexual de riesgo, VIH/SIDA y condición socioeconómica

En la mayor parte de los estudios realizados en países en desarrollo en la década de 1980 y a principios de la de 1990 se llegó a la conclusión de que la prevalencia del VIH era mayor en los grupos de mayor nivel socioeconómico que en el resto de la población (Banco Mundial, 1999; Hargreaves y Glynn, 2002). Muchos analistas vaticinaron que, con el tiempo, las tasas de infección dejarían de ser más altas entre las clases con mayor nivel de estudios y que la infección por el VIH se convertiría en un problema relativamente común entre los pobres. Este pronóstico se basó en el hecho de que la información disponible sobre la transmisión y la prevención del VIH era muy escasa en las primeras fases de la epidemia, de forma que no entraban en juego las ventajas en materia de protección que en situaciones normales ofrecerían la educación y los ingresos más altos (una mayor capacidad para aprender sobre la prevención del VIH y más recursos para adquirir preservativos o adoptar otras medidas para evitar el contagio) (Banco Mundial, 1999). Con el paso del tiempo, a medida que se disponía de más información sobre la forma de evitar el contagio, era de esperar que las clases más instruidas y prósperas estuvieran mejor preparadas para evitar el contagio y, por consiguiente, invertir las tendencias sociales imperantes en un principio. Esta tendencia pudo observarse claramente en algunos países desarrollados y en determinados grupos de población en otros países, como el Brasil y Tailandia (ibíd.).

Según algunos datos recientes, es menos probable que los jóvenes y adultos de ambos sexos que viven en zonas rurales y carecen de estudios, grupos que suelen ser relativamente pobres, utilicen preservativos cuando mantienen relaciones sexuales de alto riesgo, es decir, con alguien que no es ni su cónyuge ni su pareja estable (cuadro 7). También disponen de menos información sobre la transmisión y la prevención del VIH (Naciones Unidas, 2002b) y tienen menos posibilidades de acceder a los servicios de prevención, atención médica y tratamiento del VIH/SIDA y de poder pagarlos.

Sin embargo, en la mayoría de los países, es mucho menos probable que las personas sexualmente activas que viven en zonas rurales y carecen de estudios mantengan relaciones sexuales de alto riesgo (cuadro 7). Tanto hombres como mujeres mantienen este tipo de relaciones, si bien el porcentaje de mujeres que declararon mantener relaciones sexuales de alto riesgo era menor.

Cuadro 7
Porcentaje de hombres y mujeres en edad reproductiva que mantuvieron relaciones sexuales de alto riesgo^a en el año anterior a la encuesta y porcentaje que utilizó preservativo en la última relación sexual de este tipo

	Residencia			Educación			
	Número de encuestas realizadas	Medio urbano	Medio rural	Número de encuestas realizadas	Sin estudios	Enseñanza primaria	Enseñanza secundaria o superior
<i>A. Relaciones sexuales de alto riesgo en el año anterior a la realización de la encuesta^b</i>							
Hombres	24	48	35	22	26	41	50
Mujeres	26	23	12	24	9	18	31
<i>B. Utilización de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo^c</i>							
Hombres	23	55	36	18	22	36	57
Mujeres	23	32	16	22	10	19	37

Fuente: ORC Macro (2004): Measure DHS HIV/AIDS Survey Indicators Database. Puede consultarse en www.measuredhs.com/hivdata (a 4 de enero de 2005).

Nota: Los porcentajes que se muestran son promedios basados en encuestas demográficas y de salud realizadas en países en desarrollo muy afectados por la epidemia del VIH/SIDA. Los datos se extraen del estudio más reciente realizado en cada país.

^a Relaciones sexuales con una persona que no es ni el cónyuge ni la pareja estable.

^b Basado en las respuestas de las personas que declararon haber mantenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

^c Basado en las respuestas de las personas que declararon haber mantenido relaciones sexuales con alguien que no era ni su cónyuge ni su pareja estable en los últimos 12 meses.

Así pues, es más probable que las personas que residen en zonas urbanas y que tienen un nivel de estudios más alto mantengan relaciones sexuales de alto riesgo, pero también es más probable que se protejan mediante el uso de preservativos. Aún no se sabe con seguridad cómo repercuten estas influencias contrapuestas en la transmisión del VIH.

La información disponible en la actualidad sobre las modalidades de infección por el VIH en los diferentes grupos socioeconómicos es más limitada que la información sobre el comportamiento sexual y el uso de preservativos. En la mayoría de los países, las tasas de infección por el VIH siguen siendo más elevadas en las zonas urbanas que en las rurales. Estudios basados en la comunidad realizados en países de África indican que la prevalencia del VIH en las zonas urbanas es dos veces mayor que en las zonas rurales (ONUSIDA, 2004b). En lo que respecta a las diferencias debidas al nivel de estudios, se ha comprobado que las modalidades están cambiando al menos en algunos entornos. En la República Unida de Tanzania, apenas se produjeron cambios entre 1987 y 1996 en lo que respecta a la relación entre la prevalencia del VIH y los estudios, pero hay datos que demuestran una clara tendencia a la disminución de la prevalencia del VIH en grupos con mayor nivel de estudios en Tailandia, Uganda y Zambia (Hargreaves y Glynn, 2002).

En una serie de estudios realizados en cuatro ciudades africanas en 1997 y 1998 no se encontraron indicios de que existiera una conexión entre el aumento del riesgo de infección por el VIH y el nivel de estudios (Glynn y otros, 2004). Según

los resultados de encuestas realizadas en 2003 en Burkina Faso, Ghana y Kenya, la prevalencia más alta del VIH se daba entre las personas con estudios primarios o secundarios de primer ciclo, a excepción de los hombres de Burkina Faso. La prevalencia registrada entre las personas con estudios de enseñanza secundaria o que carecían de estudios era menor. Al mismo tiempo, el VIH era relativamente menos frecuente entre los pobres. La prevalencia del VIH era más alta entre el 20% más próspero de la población de Burkina Faso y Kenya y en el sector medio de la población de Ghana, desde el punto de vista de la distribución de la riqueza.

En resumen, la influencia de la epidemia del VIH/SIDA en los niveles de fecundidad de la población general ha sido moderada hasta la fecha. A nivel personal, las mujeres seropositivas son menos fecundas y sufren un mayor riesgo de pérdida del feto. Mientras la mayoría de las infecciones sigan sin diagnosticarse en los países en desarrollo, es poco probable que se produzcan cambios deliberados de comportamiento. El miedo a la enfermedad puede llevar a algunas personas que no son seropositivas a modificar su comportamiento y retrasar, por ejemplo, su iniciación sexual, posponer el matrimonio o utilizar preservativos. Los hombres y las mujeres que viven en zonas urbanas y los que tienen un mayor nivel de estudios tienen más probabilidades de mantener relaciones sexuales de alto riesgo que quienes viven en zonas rurales y tienen un nivel de estudios inferior, pero también es más probable que utilicen preservativos. Según datos anteriores sobre la población del África subsahariana, el índice de infección por el VIH era por lo general más elevado en los grupos de población urbana y con un alto nivel de estudios. Aunque los datos disponibles sobre las diferentes tasas de infección por el VIH en función de las características socioeconómicas son escasos, hay indicios de que las pautas podrían estar cambiando. En algunos países, la prevalencia del VIH es ahora mayor en las personas con estudios primarios que en las personas cuyo nivel de estudios es superior o inferior. En la mayoría de los casos, la prevalencia de la infección sigue siendo mayor en las zonas urbanas que en las rurales.

V. Movilidad geográfica

La relación entre la propagación del VIH/SIDA y la movilidad geográfica es compleja. Como sucede con la mayoría de las epidemias, el desplazamiento de personas infectadas repercute en gran medida en la propagación del VIH, pero la propia infección puede impedir los desplazamientos o disuadir a los migrantes de trasladarse a lugares en que el virus está muy extendido. La movilidad de las personas no infectadas puede también influir en la evolución de la epidemia, especialmente la emigración del personal sanitario.

VIH/SIDA y movilidad geográfica

La mayoría de los estudios sobre los efectos de la movilidad en la propagación del VIH se centran en el África subsahariana, aunque algunas investigaciones recientes también se han ocupado de los países de Asia, en particular China y la India. La movilidad de los adultos jóvenes, que a menudo viajan solos, es uno de los factores que contribuyen a que la prevalencia del VIH/SIDA sea mayor en las zonas urbanas. Las investigaciones se han ocupado principalmente de la función que desempeñan determinadas poblaciones móviles, como los conductores de camiones, los trabajadores de temporada, los comerciantes itinerantes, las personas que se dedican al comercio sexual y el personal militar, en la propagación del VIH a lo largo de las rutas de transporte establecidas y en regiones con un alto índice de movilidad (Lidyé y Robinson, 1998; Pickering y Nunn, 1997). También se han estudiado los conflictos y el consiguiente desplazamiento de la población (ONUSIDA, 2004b).

En la mayor parte de las investigaciones realizadas se ha llegado a la conclusión de que el riesgo de contagio es mayor entre las personas que se desplazan que entre quienes no se desplazan, independientemente del nivel general de prevalencia en el lugar de origen o de destino, dado que la movilidad está vinculada a comportamientos que implican una mayor exposición a la infección. Este tipo de comportamientos guarda relación con factores de predisposición (los jóvenes se desplazan más que las personas de más edad y asumen más riesgos), cambios en la situación personal o familiar debido a la movilidad y contacto con nuevos entornos.

Es frecuente que, debido a la movilidad, las parejas se separen. Las personas que pasan tiempo alejadas de su cónyuge o su pareja estable tienen más probabilidades de mantener relaciones sexuales con otras personas, mantener relaciones sexuales esporádicas y contraer el VIH que quienes raramente o nunca abandonan su hogar (Lidyé y otros, 2004; Lagarde y otros, 2003). La movilidad o migración circular, que supone estancias frecuentes o habituales en el hogar, pone a las personas en peligro de contraer la infección en ambos extremos de su desplazamiento. En particular, los hombres migrantes que regresan a zonas rurales procedentes de zonas urbanas han contribuido a la propagación del VIH en las zonas rurales del África subsahariana (Pison y otros, 1993; Lurie y otros 2003). Sin embargo, no sólo los hombres que se desplazan transmiten el VIH a las mujeres: en casi un tercio de los casos incluidos en un estudio realizado en Sudáfrica, mujeres de zonas rurales que no se desplazaban habían transmitido la infección a sus parejas, que sí lo hacían (Lurie y otros, 2003).

Los desplazamientos de zonas rurales a urbanas dan lugar a que las personas que se desplazan en solitario no respeten las normas tradicionales que rigen el comportamiento sexual en las comunidades y pueden encontrarse en un entorno propicio para los comportamientos de alto riesgo (Decosas y otros, 1995). La presencia mayoritaria de hombres jóvenes adultos en las poblaciones móviles, como los trabajadores agrícolas o los mineros, aumenta la probabilidad de comportamientos sexuales peligrosos. La concentración de trabajadores migratorios varones, aislados de su entorno familiar habitual, favorece la demanda de comercio sexual y la propagación del VIH (Hunt, 1989). En estudios realizados en determinadas provincias de China se señala que un porcentaje muy elevado de los pacientes de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA son migrantes (Yang, 2004). Se sabe muy poco de los mecanismos que exponen a los migrantes al peligro de infección en China, aunque de las investigaciones realizadas se desprende que el consumo de drogas, en particular por vía intravenosa, es probablemente mayor entre los migrantes que entre los no migrantes.

Las investigaciones sobre los mecanismos sociales y de comportamiento que exponen a las personas que se desplazan al peligro de infección han proporcionado información muy valiosa para la aplicación de estrategias de prevención. Sin embargo, el alcance de los resultados de las investigaciones sigue siendo muy limitado y se ocupan mayormente de los desplazamientos de zonas rurales a zonas urbanas en el África subsahariana. Si bien en la mayoría de los estudios de casos disponibles se ha llegado a la conclusión de que las personas que se desplazan están más expuestas al peligro de infección por el VIH, también es posible llegar a la conclusión de que en algunos casos la movilidad puede reducir el riesgo al favorecer un mayor acceso a la información, nuevas prácticas y mejores servicios y atención médica. En la República Unida de Tanzania, el Senegal y Uganda, por ejemplo, es más probable que las personas que se desplazan declaren utilizar preservativos que quienes no se desplazan (Morris y otros, 2000; Lagarde y otros, 2003). El contacto con nuevos entornos no ha de fomentar necesariamente un comportamiento de mayor riesgo mientras existan redes de apoyo adecuadas.

Además, en los estudios sobre poblaciones móviles se tiende a no establecer distinciones en lo que respecta a la duración de la estancia en el lugar de destino o el motivo del desplazamiento. Sin embargo, el conjunto de las personas que se desplazan es heterogéneo: algunas viajan de forma esporádica durante períodos breves y otras lo hacen durante períodos prolongados o de forma permanente. Desde el punto de vista geográfico, algunas personas se desplazan dentro de un país y otras internacionalmente. El riesgo de infección varía considerablemente en función de la duración de la estancia en el lugar de destino y de si los migrantes se desplazan con o sin sus familiares más cercanos.

La forma en que se define la población móvil de interés en algunos estudios da por supuesto que está expuesta a un riesgo más alto de infección. Así pues, en los estudios los migrantes se definen a menudo como personas que pasan tiempo lejos de sus hogares. Sin embargo, ni la movilidad ni la migración en sí mismas entrañan la separación de las parejas. En 1993, las mujeres que vivían en zonas urbanas de Kenya y que habían residido en otra comunidad durante al menos seis meses tenían más probabilidades de convivir con su esposo o pareja que las que nunca se habían desplazado (Brockhoff y Biddlecom, 1999). Además, las mujeres que procedían de otras zonas urbanas tenían menos probabilidades de exhibir un comportamiento sexual de alto riesgo que las mujeres urbanas que nunca se habían trasladado.

Por el contrario, los hombres que habían migrado de una zona urbana a otra tenían casi el doble de probabilidades de adoptar un comportamiento sexual de alto riesgo que los no migrantes. En las zonas rurales se observó lo contrario, que las mujeres que habían migrado de una zona rural a otra tenían comportamientos de mayor riesgo que las que no habían migrado, pero no sucedía lo mismo en el caso de los hombres que habían migrado de una zona rural a otra. En definitiva, la movilidad en sí misma no es un factor determinante del comportamiento de alto riesgo.

Políticas en materia de viajes internacionales y VIH/SIDA

En 2003, al menos en 60 países era obligatorio que todos o determinados grupos de posibles viajeros que solicitaban ser admitidos se sometiesen a un análisis del VIH (Departamento de Estado de los Estados Unidos, 2003). En un estudio realizado en 144 países de 1999 a 2002 se indicó que en 104 de ellos los viajes estaban sometidos a algún tipo de restricción relacionada con el VIH (Deutsche AIDS-Hilfe, 2002). El alcance de las restricciones varía. En 14 países se prohíbe la entrada de personas que viven con el VIH/SIDA, ya sean turistas o migrantes, o se autoriza la deportación de los extranjeros seropositivos. Sin embargo, las restricciones se aplican por lo general a la admisión de personas seropositivas que solicitan entrar en el país por un período superior a tres meses (o 30 días en algunos casos). En la mayoría de los países se exige que las personas que solicitan un permiso de residencia demuestren que son seronegativas. En algunos países sólo se somete a examen médico a determinados grupos de migrantes. En Bahrein, por ejemplo, los migrantes que trabajan en el sector de la alimentación o la salud o se dedican al cuidado de niños deben someterse a un análisis de VIH; en Malasia se somete a examen médico a los trabajadores migratorios no cualificados; en Sudáfrica se exigen análisis del VIH a los mineros extranjeros. En el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, aunque no se deniega la entrada a personas seropositivas, puede obligarse a las personas que en el puerto de entrada no presentan un aspecto saludable a someterse a un examen médico y se les podría denegar la admisión si se descubriera que están infectadas por el VIH (ibíd.).

Este tipo de restricciones se imponen principalmente para proteger la salud pública y evitar que el sistema de atención médica de los países receptores soporte una carga indebida a causa de los extranjeros seropositivos. Este último motivo ha adquirido más peso con la disponibilidad de tratamientos efectivos del VIH/SIDA, que siguen siendo muy difíciles de conseguir en los países en desarrollo. Sin embargo, es posible que las restricciones no consigan impedir la entrada a quienes pueden aumentar la carga que soporta el país receptor. Los extranjeros seropositivos pueden tener medios económicos para pagar los servicios médicos y no tener derecho a recibir atención médica gratuita. En un comunicado conjunto sobre restricciones a los viajes relacionados con el VIH, el ONUSIDA y la Organización Internacional para las Migraciones (2004) recomendaron que, al decidir si se deniega o no la entrada a un migrante internacional, han de tenerse en cuenta en cada caso los posibles costes de la atención médica y la asistencia social y evaluar si la persona en cuestión necesita esos servicios, cuándo podría necesitarlos y si puede asumirlos directa o indirectamente mediante aportaciones económicas y sociales. El ONUSIDA y la OIM recomiendan que las restricciones de entrada o estancia por motivos de salud, incluido el VIH/SIDA, se apliquen de forma que se respeten las obligaciones en materia de derechos humanos, en particular el principio de la no discriminación, la prohibición de la devolución en la frontera de los refugiados, el derecho a la intimidad y la protección de la familia, los derechos de los migrantes y el interés de los niños (ibíd.).

En resumen, la movilidad puede estar vinculada a un comportamiento que aumenta el riesgo de infección por el VIH. Las investigaciones realizadas sugieren que determinadas poblaciones móviles están más expuestas al peligro de infección que las sedentarias. Sin embargo, el contacto con nuevos entornos no fomenta necesariamente un comportamiento peligroso, en particular si las familias no están separadas. A nivel internacional, en la mayoría de los países se limita la admisión de extranjeros infectados por el VIH que desean permanecer en el país durante períodos prolongados, por lo general de al menos tres meses.

VI. VIH/SIDA, desarrollo y pobreza

Desde sus inicios a principios de la década de 1980, la epidemia del VIH/SIDA ha afectado a todos los sectores de la sociedad y, en los países donde la prevalencia del VIH/SIDA es alta, ha acabado con los avances logrados durante decenios en la lucha contra la mortandad. Dado que la enfermedad afecta a los adultos jóvenes en sus años más productivos, tiene un efecto especialmente destructivo para las familias y los hogares y el desarrollo económico de un país a largo plazo.

Repercusiones en los hogares y las familias

Los hogares y las familias soportan la mayor parte de la carga del VIH/SIDA dado que son las unidades básicas en que se hace frente a la enfermedad y sus consecuencias. En los estudios realizados se demuestra que si la persona infectada es quien sostiene a la familia, ésta sufre las consecuencias económicas, tanto por la pérdida de ingresos como por el aumento de los gastos médicos (Naciones Unidas, 2004a). Durante la larga enfermedad y tras la muerte de la víctima, la falta de ingresos y el coste de la atención médica puede obligar a las familias a gastar todos sus ahorros, vender sus medios de producción y pedir prestado dinero. Los hogares afectados por el SIDA a menudo empobrecen rápidamente. En Rakai (Uganda), los hogares afectados por el SIDA tenían muchas menos probabilidades de poseer bienes duraderos que los no afectados, sobre todo si la víctima era un hombre (Menon y otros, 1998). Booyesen (2003) descubrió que en Sudáfrica los hogares en que se había producido el fallecimiento reciente de un miembro de la familia tenían el doble de probabilidades de ser pobres que los no afectados y era más probable que la pobreza fuese crónica. En algunos estudios se revela una disminución del consumo en los hogares afectados por el SIDA, en particular el consumo de alimentos, que en ocasiones desemboca en malnutrición (Naciones Unidas, 2004a).

Algunas investigaciones han revelado que cuando fallecen personas adultas, en particular los progenitores, a menudo se desintegran los hogares y los niños van a vivir con otros familiares o incluso se quedan sin hogar. Los hogares donde falta una generación (integrados por abuelos y nietos sin la generación intermedia) son cada vez más comunes en los países muy afectados por el SIDA (Naciones Unidas, 2004a).

En diversos estudios se puso de manifiesto que la tasa de escolarización era menor entre los niños procedentes de hogares afectados por el SIDA (Naciones Unidas, 2004a). Los niños a menudo abandonaban la escuela porque sus familias no tenían dinero para sufragar los gastos escolares o necesitaban que trabajasen en casa. En la República Unida de Tanzania esto sucedía especialmente, cuando la víctima del SIDA era la madre. Los niños tendían a asumir las funciones domésticas de la madre y para ello abandonaban la escuela (Ainsworth, 1993).

En estudios recientes se ha estudiado el bienestar relativo de los huérfanos del SIDA en comparación con los niños no huérfanos de la misma comunidad. La mayoría de los estudios han demostrado que los huérfanos se encuentran en una situación de considerable desventaja desde el punto de vista de la enseñanza y la nutrición, sobre todo si han perdido a ambos progenitores o viven en hogares pobres (Naciones Unidas, 2004a). Es muy habitual, especialmente en las sociedades de África, que otras familias acojan a los huérfanos, pero el rápido aumento del número de huérfanos amenaza con desbordar el sistema de apoyo tradicional de la familia ampliada. En muchos países afectados por el SIDA, las personas de edad cuidan de los nietos

que han quedado huérfanos y en ocasiones también cuidan de sus hijos adultos que se encuentran en la fase terminal de la enfermedad. Muchos carecen de acceso a los servicios sociales o no reciben una pensión. La epidemia del SIDA no sólo trastorna la vida de las personas de edad, sino que las empobrece precisamente cuando son ellas quienes necesitan asistencia (ibíd.).

Repercusiones en la agricultura y la seguridad alimentaria

La mayoría de las personas que viven en países muy afectados por el VIH/SIDA reside en zonas rurales. En muchos países de África, la agricultura y otras actividades rurales constituyen el medio de vida de más del 70% de la población. La epidemia del SIDA perjudica especialmente al sector agrícola en los países en que la producción depende en gran medida de la mano de obra. Según calcula la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), en los 27 países más afectados de África, siete millones de trabajadores agrícolas murieron de SIDA entre 1985 y 2000, y es probable que en las dos próximas décadas se produzcan otros 16 millones de fallecimientos (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 2001). En los diez países más afectados de África, la mano de obra agrícola habrá disminuido entre un 11% y un 16% en 2020.

La cantidad de tierras que pueden cultivarse es cada más reducida debido a la pérdida de mano de obra por enfermedades y fallecimientos relacionados con el SIDA, por lo que disminuyen también la producción de alimentos y la seguridad alimentaria (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 1997). Por ejemplo, en una encuesta realizada en Zimbabwe se reveló que la producción agrícola en zonas comunales había disminuido al menos un 50% en los hogares afectados por el SIDA (Kwaramba, 1997).

En muchos países con alta prevalencia del VIH/SIDA, el sector agrícola ya atravesaba una situación difícil antes de que apareciese la epidemia debido a la desertificación y el abandono del sector de la agricultura tradicional. La FAO (2001) señaló que la epidemia del VIH/SIDA agravaba la escasez de mano de obra en la agricultura, aumentaba la malnutrición y agravaba la carga que soportaban las mujeres en las zonas rurales, especialmente las que eran cabeza de familias campesinas.

Repercusiones en la mano de obra

El VIH/SIDA merma los conocimientos técnicos y la experiencia atesorados por la mano de obra y la pérdida de capital humano hace que sea aún más difícil alcanzar los objetivos de erradicación de la pobreza y desarrollo sostenible (Organización Internacional del Trabajo, 2004). El sector empresarial se ve especialmente afectado por la epidemia del VIH/SIDA, dado que muchas de las víctimas del SIDA están en edad laboral. La enfermedad que precede a las muertes relacionadas con el SIDA reduce la productividad de hombres y mujeres que, de lo contrario, desarrollarían una actividad económica. Las empresas hacen frente a un aumento de los gastos en concepto de prestaciones en caso de enfermedad y muerte y de capacitación de nuevos trabajadores.

El VIH/SIDA ha afectado también a la capacidad de los gobiernos. Un estudio sobre recursos humanos realizado en Malawi reveló que la pérdida anual de funcionarios del gobierno se había sextuplicado entre 1990 y 2000, debido principalmente a las muertes prematuras por SIDA (Malawi Institute of Management, 2002).

Repercusiones en el sector de la salud y la enseñanza

La epidemia del VIH/SIDA plantea graves problemas para el sector público, en particular los sistemas de atención de la salud y de enseñanza, sectores ambos de inversión de capital humano importantes para el desarrollo económico futuro de un país. Los gastos generales de salud y enseñanza aumentan a causa del VIH/SIDA, que también se cobra la vida de médicos, profesores y enfermeras en los países muy afectados. Debido a la carencia de fondos y la pérdida de profesionales de la enseñanza y la salud, es posible que el nivel de estudios y la salud de las próximas generaciones sean peores que en las generaciones anteriores.

El sector de la salud desempeña una función muy valiosa al ocuparse de las víctimas del VIH/SIDA y frenar la transmisión del virus. La enfermedad genera una mayor demanda de servicios médicos para las personas infectadas con enfermedades oportunistas relacionadas con el SIDA. Al mismo tiempo, se reduce el número y la productividad de los trabajadores del sector de la salud, que enferman y mueren de SIDA. En un estudio realizado en África sobre la muerte de funcionarios del gobierno empleados en el sector de la salud se calculó que entre el 19% y el 53% de todas las muertes se debían al SIDA (ONUSIDA, 2004a). Más aún, cuando se desvían fondos para luchar contra el VIH/SIDA, otras necesidades en materia de salud quedan desatendidas, por lo que se pone en peligro la salud de toda la sociedad.

Los avances logrados para conseguir el objetivo de la enseñanza primaria universal también han sufrido un revés debido al VIH/SIDA. El SIDA debilita los sistemas de enseñanza e impide que los niños de las familias afectadas acudan a la escuela (Monasch y Snoch, 2003). Las repercusiones del VIH/SIDA en el sector de la enseñanza se miden de acuerdo con tres parámetros principales: la disponibilidad de profesores, el número de niños matriculados en la escuela y la calidad de la enseñanza. En estudios realizados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2000) se detectó una incipiente escasez de profesores, así como un mayor grado de absentismo y un descenso de la productividad, debido al SIDA. En Zambia, por ejemplo, el número de profesores fallecidos en 1998 equivalía aproximadamente a dos tercios de los profesores nuevos.

La escolarización también disminuye a causa del VIH/SIDA. Las familias que han sufrido la pérdida de un progenitor tienen menos capacidad para hacer frente a los gastos escolares y es más probable que necesiten que los niños trabajen en el hogar. La calidad de la enseñanza se ve perjudicada, ya que los profesores que han muerto de SIDA son sustituidos por profesores menos experimentados y peor preparados. El legado más duradero y devastador de la epidemia del VIH/SIDA podría ser la privación del acceso a la enseñanza para las generaciones futuras.

Repercusiones en la economía y el desarrollo

La epidemia del VIH/SIDA es un lastre para la economía de cualquier país, especialmente las economías débiles que, por lo general, son características de los países con alta prevalencia del VIH. Se han adoptado diversas medidas para determinar los efectos del VIH/SIDA en el crecimiento económico (Naciones Unidas, 2004a). En algunos casos, se calcula que las repercusiones económicas del VIH/SIDA han sido “pequeñas”, mientras que en otros, el crecimiento económico anual se ha reducido de dos a cuatro puntos porcentuales del producto interno bruto (PIB),

en comparación con una hipotética situación sin SIDA. Más allá de las repercusiones en el PIB, es probable que la epidemia del VIH/SIDA acentúe las desigualdades de ingresos y la pobreza. Sin embargo, es difícil aislar los efectos del VIH/SIDA en la economía de un país debido a que muchos otros factores, por ejemplo, las guerras, los desastres naturales, la mala gestión económica o las políticas fiscales, afectan al crecimiento económico a largo plazo.

A la larga, las repercusiones en la economía podrían llegar a ser más graves de lo que sugieren los análisis económicos. Cuando se calculan las repercusiones del SIDA por lo general no se tiene en cuenta la pérdida de “capital social” o los daños a largo plazo que sufre el capital humano como consecuencia del VIH/SIDA. Los efectos de la reducción de las inversiones en el capital humano de las generaciones más jóvenes afectarán al rendimiento económico en las próximas décadas, más allá del plazo previsto en los análisis económicos (Bell, Devarajan y Gersbach, 2003).

Muchos estudios se ocupan sólo de los efectos económicos cuantificables de la epidemia del VIH/SIDA, pero el concepto de “desarrollo” significa más que el mero progreso material. Una población longeva y sana es uno de los rasgos que permiten determinar si un país ha alcanzado un grado de desarrollo satisfactorio. El efecto de la epidemia en la propia mortandad representa una pérdida de bienestar que eclipsa las repercusiones del VIH/SIDA en el PIB (Jamison, Sachs y Wang, 2001).

En resumen, la epidemia del VIH/SIDA afecta a todos los sectores de la sociedad. En algunos estudios se demuestra que el VIH/SIDA cambia y empobrece los hogares y debilita los sistemas de apoyo intergeneracionales; reduce la producción agrícola, lo cual da lugar a inseguridad alimentaria; agota los recursos sanitarios; limita los avances en materia de enseñanza; reduce la mano de obra; y aumenta los gastos de las empresas. El VIH/SIDA reduce las inversiones en capital humano y afecta de forma profunda y duradera al desarrollo social y económico de un país.

VII. Opiniones y políticas de los gobiernos

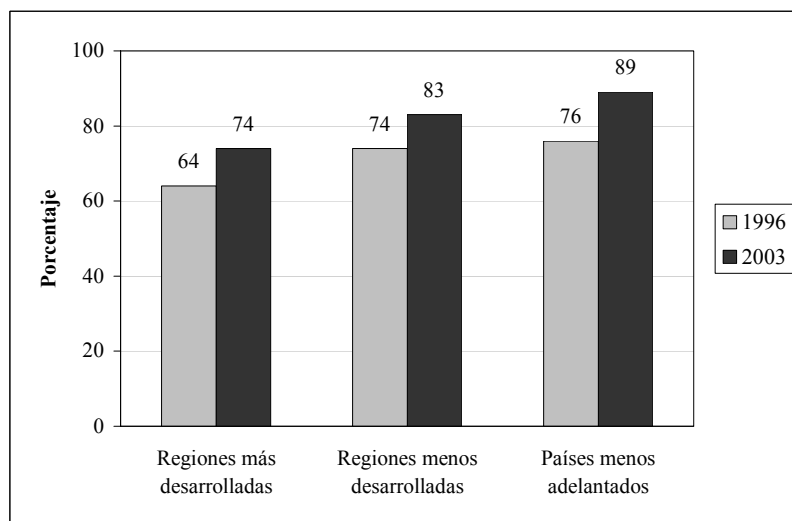
La epidemia del SIDA ha dado lugar a una serie de respuestas mundiales, regionales y nacionales sin precedentes. La necesidad urgente de una respuesta concertada se reconoció en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (véase la resolución 55/2 de la Asamblea General, párr. 19), en que se expresó la resolución de los gobiernos de reducir a la mitad e invertir la propagación de la epidemia para 2015. Esta misma determinación se reiteró en la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA aprobada por la Asamblea en su vigésimo sexto período extraordinario de sesiones sobre el VIH/SIDA celebrado en 2001, en que se reconoció que la prevención del VIH/SIDA debía constituir la base de las respuestas a la epidemia.

Aunque los gobiernos habían comenzado a formular políticas en materia de VIH/SIDA a mediados de la década de 1980, éstas eran a menudo fragmentadas y se centraban exclusivamente en el sector de la salud. El contraste con la situación actual, que se caracteriza en muchos países por políticas y programas de amplio alcance, es evidente. Una firme dirección nacional, junto con la sensibilización de la opinión pública y las medidas intensivas de prevención, han logrado en algunos de ellos un éxito notable.

La evolución del VIH/SIDA como importante problema nacional

La preocupación por el VIH/SIDA ocupa un lugar prioritario en el programa en materia de política demográfica de la gran mayoría de los países del mundo (Naciones Unidas, 2004b). En 2003, el 80% de los países declararon que el VIH/SIDA era un motivo importante de preocupación (gráfico VII). El grado de preocupación está también estrechamente relacionado con el nivel de desarrollo. Tres cuartas partes de los países de las regiones más desarrolladas han manifestado su profunda preocupación por la epidemia, frente a cerca de un 90% de los países menos adelantados.

Gráfico VII
Tasa de gobiernos que expresan gran inquietud por el VIH/SIDA en las regiones más desarrolladas y las menos desarrolladas y entre los países menos adelantados, 1996 y 2003



Fuente: World Population Policies, 2003 (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.04.XIII.3).

Sin embargo, en un principio el VIH y el SIDA no fueron considerados una amenaza nacional por muchos países, ni suscitaron gran inquietud. Desde mediados hasta finales de la década de 1980, la epidemia se encontraba aún en una etapa incipiente y sólo alrededor de una cuarta parte de los países del mundo expresaron gran inquietud con respecto al número relativamente pequeño de casos de SIDA (Naciones Unidas, 1990). Ese período estuvo marcado por una falta de reconocimiento o una negación generalizada al respecto. Aunque la inquietud por el VIH/SIDA es hoy día prácticamente universal, el motivo y el grado de preocupación varían según los países. Los países y las regiones han respondido a la epidemia de maneras muy diversas. Actualmente, para alrededor del 90% de los países de América Latina y el Caribe y de África el VIH/SIDA es motivo de gran inquietud, frente a cuatro quintas partes de los países de Oceanía y alrededor del 70% de los países de Asia y Europa y América del Norte.

La velocidad con que se ha propagado la epidemia ha influido enormemente en la opinión de los gobiernos. Entre los países de África, los más gravemente afectados, se ha dado prioridad absoluta a la lucha contra la epidemia. En cambio, países con una baja prevalencia, como Australia, Dinamarca y Finlandia, además de inquietud por su situación nacional respectiva, suelen mostrar gran preocupación por las repercusiones de la epidemia en otros países.

Estrategias de prevención y tratamiento del VIH/SIDA

La mayoría de los gobiernos han puesto en marcha programas centrados en la prevención del VIH/SIDA. En los programas de prevención general se incluyen diversas estrategias, como campañas de información, educación y comunicación;

programas para modificar el comportamiento sexual; la promoción del uso del preservativo; pruebas y asesoramiento voluntarios; medidas para garantizar la seguridad de la sangre; y campañas destinadas a los grupos de alto riesgo (personas que se dedican a la prostitución y consumidores de drogas intravenosas) y los grupos vulnerables (jóvenes y mujeres embarazadas). Además, unos 60 países han instaurado pruebas obligatorias del SIDA para los inmigrantes, lo que constituye, desde una perspectiva de los derechos humanos, una de las respuestas más polémicas (ONUSIDA y Organización Internacional para las Migraciones, 2004). Los programas más difundidos son las campañas de información, educación y comunicación, los análisis de sangre, las pruebas y el asesoramiento, la promoción del uso del preservativo y la notificación y la información de casos (véase el cuadro 8). La experiencia demuestra que los programas nacionales surten mayor efecto cuando se emplea una combinación apropiada de intervenciones programáticas adaptada a la situación y los factores de riesgo específicos de un país. En el Brasil, Tailandia y Uganda, por ejemplo, se aplicaron respuestas muy distintas, aunque muy efectivas, a la epidemia (Naciones Unidas, 2003b). Con todo, una de las cuestiones fundamentales sigue siendo cómo asegurar que los programas estén al alcance de las personas que los necesitan. Un estudio reciente reveló que en muchos países sólo un pequeño porcentaje de las personas en situación de riesgo tenía acceso adecuado a los servicios básicos de prevención (ONUSIDA, 2004b).

Una mayor comprensión personal del VIH/SIDA y su prevención puede complementar y mejorar la efectividad de las políticas y los programas gubernamentales. Por ejemplo, las personas con poca educación tienen menos conocimientos sobre el VIH/SIDA y es menos probable que utilicen preservativos. Por ello, son más vulnerables a la infección (Naciones Unidas, 2002b). Además, incluso cuando las mujeres están informadas sobre el VIH/SIDA, no suelen tener poder para elegir la abstinencia o las relaciones sexuales seguras. En reconocimiento de ello, muchos gobiernos están despertando en la población mayor conciencia con la promoción de programas de información, educación y comunicación mediante diversos conductos, entre ellos, los medios de difusión impresos, el teatro, la radio, campañas postales y otros mensajes de la administración pública. La participación de las organizaciones no gubernamentales, las redes de personas que viven con el SIDA, las instituciones religiosas y los donantes bilaterales e internacionales es fundamental en las actividades de información, educación y comunicación.

Aún queda mucho por hacer para mejorar la eficacia de las estrategias gubernamentales, ya que los niveles de conocimiento varían entre los distintos sectores de la población. Si bien los estudios revelan que el grado de concienciación sobre el SIDA es elevado en países afectados por epidemias graves, con frecuencia persisten las prácticas de riesgo (Naciones Unidas, 2002b). La estrategia de abstinencia, fidelidad (reducción del número de parejas) y utilización correcta y constante del preservativo se ha convertido en un elemento esencial de los programas encaminados a modificar el comportamiento sexual. En Uganda, esa estrategia fue fundamental en las medidas del Gobierno para reducir la prevalencia del VIH. En un proyecto innovador puesto en marcha en Zimbabwe se ofrece a las mujeres jóvenes capacitación profesional y de otra índole, préstamos y empleo para protegerlas de relaciones sexuales con hombres mayores que les prestan ayuda a cambio de sexo (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2004). La reducción del número de parejas es un elemento fundamental de las estrategias encaminadas a reducir las prácticas de riesgo y ha contribuido a un descenso notable de las tasas de infección por el VIH en varios países, por ejemplo, Camboya, Etiopía y la República Dominicana.

Alrededor del 90% de los países informan de que cuentan con programas para promover el uso del preservativo (cuadro 8). Si bien la mayoría de los países de África promueve el uso del preservativo, muchos países reconocen la dificultad de llegar a la población que se desea abarcar. A pesar de que se han registrado mejoras notables en el suministro de preservativos, existen diversas limitaciones, tales como la escasez constante de suministro (ONUSIDA, 2004b). Los programas de venta subvencionada de preservativos para los pobres, patrocinados por organizaciones no gubernamentales, son habituales en muchos países y siguen siendo la fuente predominante de preservativos en diversos países. Algunos gobiernos dudan en promover de forma activa el uso del preservativo, en particular en relaciones extramatrimoniales, por miedo a alentar las prácticas sexuales. En algunos países, los programas no distribuyen preservativos a los adolescentes. Aunque es mucho más probable que se utilicen preservativos en las relaciones sexuales extramatrimoniales que en las matrimoniales, muchas personas casadas, en particular las mujeres, siguen contrayendo el VIH de sus cónyuges.

Cuadro 8
Distribución de países según las políticas aplicadas con respecto al VIH/SIDA: el mundo y zonas principales, 2004

<i>Región</i>	<i>Número total de países</i>	<i>Campañas de información y educación</i>	<i>Análisis desangre</i>	<i>Pruebas y asesoramiento</i>	<i>Promoción del uso del preservativo</i>	<i>Notificación e información de casos</i>	<i>Acceso a tratamiento con antirretrovirales</i>
Mundo	82	77	76	75	73	73	68
Regiones más desarrolladas	28	25	25	25	24	25	25
Regiones menos desarrolladas	54	52	51	50	49	48	43
Países menos adelantados	12	12	12	12	12	10	9
África	15	15	15	15	15	12	14
Asia	27	26	26	25	25	25	19
Europa	24	21	21	21	20	21	21
América Latina y el Caribe	12	11	10	10	9	11	11
América del Norte	1	1	1	1	1	1	1
Oceanía	3	3	3	3	3	3	2

Fuente: Banco de datos sobre política demográfica mantenido por la División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas.

La estigmatización y la discriminación asociadas al SIDA dificultan considerablemente la efectividad de las respuestas contra la enfermedad. Las necesidades relativas a los derechos humanos de los infectados abarcan la protección jurídica contra prácticas discriminatorias y la eliminación de barreras para poder recibir una atención sanitaria adecuada. En 2004, el 38% de los países no había aprobado leyes contra la discriminación relativa al SIDA, mientras que una tercera parte de los países carecía de políticas para asegurar la igualdad de acceso de las mujeres a los servicios fundamentales de prevención y asistencia (ONUSIDA, 2004b).

La transfusión de sangre contaminada es una de las causas de infección por el VIH más fáciles de prevenir. Quince años después de que se desarrollara una prueba de detección del VIH, lograr reducir la transmisión del virus y otras enfermedades infecciosas mediante la transfusión sanguínea sigue siendo un grave problema de salud pública, en particular en los países en desarrollo (Centros de Control y Prevención de Enfermedades, Centro nacional para la prevención del VIH, las enfermedades de transmisión sexual y la tuberculosis, 2004). En 2004, muchos países habían puesto en marcha programas de análisis de sangre para detectar el VIH. Se han mejorado las medidas para proteger el suministro nacional de sangre y varios países han ampliado los análisis para abarcar un mayor porcentaje del suministro de sangre. Las políticas nacionales relativas a la seguridad de la sangre difieren en su cobertura y alcance. Por ejemplo, el porcentaje de sangre destinada a transfusiones que se somete a análisis y la precisión de los procedimientos de prueba varía entre países. En algunos casos, sólo se analiza la sangre de los bancos nacionales de sangre o la donada voluntariamente. Sin embargo, en casos de emergencia, la escasez de sangre suele obligar a los hospitales a recurrir a donantes remunerados o a familiares de los pacientes que reciben la transfusión.

Las medidas de prevención también se han centrado en la transmisión del VIH de madre a hijo. Entre las actividades emprendidas para eliminar esa vía de transmisión se incluyen servicios de prevención del VIH para mujeres en edad fértil, pruebas y asesoramiento voluntarios para mujeres embarazadas, servicios generales de salud reproductiva y profilaxis antirretroviral (véase la sección VIII). Sin embargo, hasta la fecha la ampliación del acceso a la prevención con antirretrovirales ha sido limitada, ya que ese tratamiento sólo se ha ofrecido a un 10% de las mujeres embarazadas (ONUSIDA, 2004b).

Aunque los tratamientos antirretrovirales han prolongado de manera significativa la vida de las víctimas del SIDA y han reducido su sufrimiento, la tasa de acceso a tratamientos de esa índole sigue siendo sumamente baja. Si bien se han concertado medidas nacionales e internacionales que han logrado rebajar drásticamente el precio de esos medicamentos, el tratamiento sigue estando fuera del alcance de la mayoría de las víctimas en los países en desarrollo. Además, la creciente disponibilidad de terapias contra el SIDA no debe hacer que se descuiden las medidas de prevención, ya que aumentarían las nuevas infecciones por el VIH.

Estrategias y alianzas multisectoriales

Puesto que el VIH/SIDA repercute en todos los aspectos del desarrollo socioeconómico de un país, es fundamental incorporar la cuestión en la planificación del desarrollo. En los objetivos de desarrollo del Milenio y la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de 2001 se exige la erradicación de la pobreza. Sin embargo, en 2004, las comisiones nacionales sobre el SIDA sólo habían participado en la preparación de la estrategia de lucha contra la pobreza en el 56% de los países encuestados en África (ONUSIDA, 2004b).

Cada vez más, los países están incorporando la cuestión del VIH/SIDA en planes estratégicos nacionales multisectoriales. A finales de 2002, 102 países habían formulado planes estratégicos nacionales para el VIH/SIDA (Naciones Unidas, 2003b). Otros muchos países han dejado de ver el VIH/SIDA desde una perspectiva puramente médica para considerarlo una cuestión más amplia de desarrollo que

requiere la participación de todos los sectores. Sin embargo, en algunos países se ha avanzado lentamente en la formulación de una estrategia multisectorial contra el SIDA. Además, el hecho de que las funciones de los ministerios de salud y los consejos nacionales de lucha contra el SIDA no estén claramente definidas en relación con sus ámbitos respectivos ha creado confusión y polémica en muchos países (ONUSIDA, 2004b).

Con múltiples agentes dedicados a luchar contra la epidemia del VIH/SIDA, se reconoce ampliamente la importancia de crear órganos nacionales para coordinar la formulación de políticas y la aplicación de programas. En un principio, esos órganos solían estar en los ministerios de salud y tenían atribuciones limitadas y mandatos poco definidos. Recientemente se han creado órganos gubernamentales con la misión específica de coordinar los programas nacionales de VIH/SIDA. Esos órganos de coordinación suelen depender de la oficina del Jefe de Estado, por lo que es más probable que tengan una mayor relevancia. Sin embargo, debido a una asignación de recursos insuficiente o inapropiada, un mayor número de órganos de coordinación no siempre ha redundado en medidas eficientes y concertadas (ONUSIDA, 2004b).

Los gobiernos han reconocido cada vez más que sólo se puede luchar de forma efectiva contra la epidemia del SIDA mediante alianzas activas de la sociedad civil, las personas que viven con el VIH/SIDA, los grupos comunitarios, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado. A pesar de su situación financiera a menudo precaria, las organizaciones no gubernamentales y los grupos comunitarios desempeñan una función destacada en la respuesta nacional contra el SIDA en muchos países, en particular, en los países en desarrollo. En muchos países, las organizaciones no gubernamentales proporcionan prevención, educación y asistencia básicas a los pacientes de VIH/SIDA y, en algunos casos, ofrecen servicios que los gobiernos no pueden o no quieren prestar (Barnett, Connor y Putney, 2001). Las organizaciones no gubernamentales también desempeñan una función fundamental en las regiones más desarrolladas. Aunque el número de programas sobre el SIDA en el lugar de trabajo va en aumento, un estudio mundial de empresas reveló que éstas no se han mostrado especialmente activas en la lucha contra el SIDA, a pesar de que previsiblemente la epidemia les planteará graves problemas (ONUSIDA, 2004b).

En resumen, hoy día el VIH/SIDA suscita gran inquietud en prácticamente todos los países. Los países en desarrollo, en particular, se enfrentan a la difícil tarea de hallar un equilibrio entre la prevención, el tratamiento y la asistencia, aspectos todos ellos necesarios para luchar de forma global contra la epidemia. Cada vez más, las políticas y los programas consideran el VIH/SIDA como un problema para el desarrollo que requiere una respuesta nacional multidimensional, en particular con respecto a la pobreza.

VIII. Prevención, tratamiento y asistencia

Prevención

La respuesta mundial se sustenta en la prevención. Con más infecciones nuevas por el VIH registradas en 2003 que en cualquier otro año anterior, es necesario tomar medidas mucho más enérgicas para aplicar estrategias de prevención eficaces (ONUSIDA, 2004b). En la actualidad, menos de una de cada cinco personas con riesgo de infección tiene acceso efectivo a servicios básicos de prevención (Grupo de trabajo para la prevención mundial del VIH, 2003). Si los métodos de prevención existentes se aplicaran a escala mundial, se podría prevenir un 60% o más de las infecciones nuevas que según las previsiones se producirán en el mundo para 2010 (Stover y otros, 2002).

El VIH se transmite de tres maneras: a) por contacto sexual; b) mediante la exposición directa a sangre, principalmente de resultados del consumo de drogas intravenosas, transfusiones de sangre o inyecciones con material no esterilizado en centros de atención de la salud; y c) de madre a hijo, antes del nacimiento, durante el parto, o por la lactancia. Existen medios eficaces para prevenir la transmisión en cada uno de esos casos. Desde la perspectiva de los programas nacionales, el método más efectivo es aplicar una combinación de estrategias que reduzcan el riesgo, disminuyan la vulnerabilidad, mitiguen sus repercusiones y abarquen todas las modalidades de transmisión del VIH. El Brasil, Tailandia y Uganda han demostrado que se puede invertir el curso de las epidemias nacionales mediante la aplicación de programas combinados de prevención, respaldados por un compromiso político firme y un debate abierto sobre la amenaza del SIDA (ONUSIDA, 2004b; 2001a).

Transmisión por vía sexual. Las campañas de educación y concienciación sobre el SIDA, complementadas con programas diseñados cuidadosamente para ayudar a las personas a que eviten comportamientos de riesgo con respecto al VIH y mantengan los cambios de comportamiento, son elementos fundamentales de programas nacionales efectivos destinados a prevenir la transmisión por vía sexual. Los preservativos masculinos y femeninos previenen de forma muy eficaz la transmisión del VIH, y diversos estudios en el Brasil, Camboya, Tailandia y varios países con ingresos altos han establecido una correlación entre la reducción del número de infecciones nuevas y el aumento del uso del preservativo (ONUSIDA, 2002a; 2002b). Además de modificar el comportamiento personal, los programas de prevención del VIH tratan de instaurar normas comunitarias más saludables. Por ejemplo, parece que gran parte de los primeros logros alcanzados por Uganda en la reducción de las tasas de infección por el VIH se debió al retraso en el comienzo de las relaciones sexuales entre los jóvenes y a una reducción general del promedio de parejas sexuales (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 2002). Tras esos cambios iniciales, es probable que el mayor uso del preservativo desempeñara una función importante en la estabilización de la epidemia en Uganda (Singh, Darroch y Bankole, 2003). Numerosos planteamientos, entre ellos, las intervenciones basadas en los pares, las ventas subvencionadas y el asesoramiento personal o en grupos reducidos, han logrado transmitir con éxito mensajes de prevención contra el VIH en diversos entornos.

Debido a que las infecciones de transmisión sexual aumentan considerablemente el riesgo de transmisión sexual del VIH, su prevención y tratamiento son una parte fundamental de los programas generales de prevención del VIH. Aunque

algunos países han logrado avances importantes en la lucha contra el SIDA sin que existiera un alto porcentaje de conocimiento sobre la situación serológica, se debe ampliar el acceso a las pruebas y el asesoramiento voluntarios, ya que permite que el asesoramiento en materia de prevención se adapte a la situación serológica, lo que, a su vez, potencia enormemente las iniciativas de prevención. Los estudios indican que la mayoría de personas que dan positivo en las pruebas del VIH reduce considerablemente su comportamiento de riesgo, mientras que las pruebas proporcionan a los que dan negativo la oportunidad de recibir asesoramiento para reducir los riesgos y que se les derive a servicios de prevención más intensivos.

Las medidas actuales distan mucho de los recursos necesarios para frenar la transmisión por vía sexual, fuente principal de infecciones nuevas en el mundo. Muchas personas en situación de riesgo siguen sin conocer los riesgos de la transmisión del VIH. En varios estados de la India, por ejemplo, menos de una de cada cuatro mujeres en el medio rural ha oído hablar alguna vez del SIDA (Organización Nacional de Lucha contra el SIDA, 2003). La tasa de uso del preservativo sigue siendo baja en muchas partes del mundo y el suministro mundial de preservativos es un 40% inferior al necesario para satisfacer las necesidades de prevención del VIH en países de ingresos medios y bajos (ONUSIDA, 2004b). Sólo uno de cada cuatro países del África subsahariana informa de que, como mínimo, el 50% de los pacientes con infecciones de transmisión sexual reciben diagnósticos, asesoramiento y tratamiento apropiados. En todo el mundo, los programas para modificar el comportamiento llegan hoy día a menos del 20% de los grupos más vulnerables a la infección por el VIH.

Transmisión por vía sanguínea. En Europa oriental, partes de Asia y el Cono Sur de América del Sur el consumo de drogas intravenosas está detrás de la propagación de la epidemia. La “reducción de los daños” consiste en un conjunto de servicios destinados a reducir el riesgo de transmisión en los consumidores de drogas intravenosas, incluidos servicios de divulgación, intervenciones para reducir la drogodependencia (como el tratamiento de sustitución de drogas) y acceso a equipo esterilizado para inyecciones para los consumidores de drogas, junto con pruebas y asesoramiento voluntarios y servicios de atención integral de la salud. A pesar de la probada efectividad de los programas de reducción de los daños en la disminución del riesgo de transmisión, menos de uno de cada diez consumidores de drogas intravenosas en el mundo tiene acceso actualmente a programas de esa índole. A fin de ampliar el acceso a servicios de prevención indispensables para ese grupo vulnerable es preciso aumentar de forma sustancial el apoyo financiero destinado a la reducción de los daños y reformar las políticas pertinentes, para que incluyan la tolerancia pragmática desde una perspectiva jurídica y el apoyo financiero para programas de intercambio de agujas, así como la autorización de sustitutos opiáceos y la ampliación de la terapia de mantenimiento con sustitutos para la dependencia de opiáceos. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) (2004) ha confirmado que esas medidas de reducción de los daños no contravienen las convenciones internacionales en la materia.

La aplicación de procedimientos relativos a la seguridad de la sangre es un elemento esencial en todo programa general de prevención nacional. Entre esos procedimientos se incluyen la supervisión centralizada del suministro de sangre, la dependencia respecto de donantes de bajo riesgo, el evitar transfusiones innecesarias y la realización de análisis de la sangre donada en todos los casos. Se calcula que las inyecciones practicadas en condiciones de riesgo en centros de atención de la salud

representan un 2,5% de las infecciones en el África subsahariana (Hauri, Armstrong y Hutin, 2004); las transmisiones de esa índole pueden prevenirse si se evita la reutilización del equipo para inyecciones y se promueve el empleo de jeringas no reutilizables.

Transmisión de madre a hijo. La gran mayoría de los más de 600.000 niños que contraen el VIH cada año se infectan durante el embarazo o el parto o de resultados de la lactancia (ONUSIDA, 2004b). Los servicios de prevención primaria para la mujer constituyen la estrategia más efectiva para reducir el número de lactantes infectados por el VIH. Existe un conjunto de servicios destinados a mujeres infectadas con el VIH para reducir el riesgo de transmisión del virus al recién nacido. Entre esas medidas se incluyen una oferta sistemática de pruebas de detección del VIH, asesoramiento y servicios generales sobre salud reproductiva, acceso a atención prenatal, un tratamiento antirretroviral breve para la madre y el recién nacido y orientación sobre la alimentación del lactante. A pesar de que con ese conjunto de servicios se ha reducido enormemente el número de recién nacidos infectados por el VIH en países con ingresos altos, actualmente sólo un pequeño porcentaje de mujeres embarazadas en países con ingresos medios y bajos tiene a su disposición servicios que incluyan intervenciones con antirretrovirales (ONUSIDA, 2003b).

Las mujeres y los jóvenes. A medida que evoluciona la epidemia, sigue creciendo la presión sobre las mujeres y los jóvenes. Aunque en un principio el SIDA fue principalmente una enfermedad de hombres, hoy día las mujeres constituyen aproximadamente la mitad del total de personas que vive con el VIH en el mundo y, según los cálculos, el 57% del total de personas que vive con el VIH en el África Subsahariana (ONUSIDA, 2004b), donde los niveles de infección entre las adolescentes suelen ser, como mínimo, el doble que entre los adolescentes varones. Además de ser más vulnerables a las infecciones que los hombres desde una perspectiva biológica, las mujeres y las niñas se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad de resultados de las desventajas sociales, económicas y jurídicas existentes. Al depender social y económicamente de los hombres y estar a menudo en situaciones que pueden degenerar en violencia, suele resultar difícil para las mujeres convencer a los hombres de que utilicen preservativo. Para una prevención efectiva es necesario no sólo que las mujeres y las niñas reciban información precisa, prevención específica para cada caso y servicios de apoyo y tengan acceso a preservativos, sino también que se apliquen reformas políticas con miras a reducir las situaciones de vulnerabilidad en que se encuentran.

La Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA agrupa a personas seropositivas, dirigentes de la sociedad civil, activistas famosos, representantes de organizaciones no gubernamentales y personalidades de las Naciones Unidas a fin de facilitar la colaboración y apoyar la ampliación innovadora de medidas que ejerzan una influencia positiva sobre la vida de la mujeres y las niñas. La Coalición Mundial se dedica a prevenir la infección por el VIH entre niñas y mujeres jóvenes, reducir la violencia contra la mujer, proteger los derechos de propiedad y los derechos a la herencia de las niñas y las mujeres, asegurar la igualdad de las mujeres y las niñas en el acceso a los tratamientos y la asistencia, apoyar la asistencia comunitaria centrada especialmente en las mujeres y las niñas, promover el acceso de la mujer a nuevas tecnologías de prevención y apoyar las medidas en curso encaminadas a lograr la educación universal de las niñas.

Según los cálculos, una de cada dos infecciones nuevas se dan en gente joven. Entre los servicios básicos de prevención para los jóvenes se incluyen programas escolares que preparan a los jóvenes para la vida cotidiana y les ofrecen educación sobre el SIDA, servicios para jóvenes que no asisten a la escuela en situación vulnerable y políticas para reducir la vulnerabilidad de los jóvenes. Las medidas actuales distan mucho de los recursos necesarios para detener la propagación de la epidemia entre los jóvenes. Menos del 30% de los jóvenes en 31 de los 38 países encuestados en 2000 supo responder con exactitud a un conjunto de preguntas generales sobre la transmisión del VIH. Sólo la mitad de los países que presentaron informes al ONUSIDA en 2003 han aplicado medidas para incorporar un planteamiento basado en la preparación para la vida cotidiana en los programas educativos, y sólo un pequeño porcentaje de jóvenes que no asiste a la escuela tiene acceso efectivo a programas de prevención contra el VIH (ONUSIDA, 2003b).

Aplicación de programas nacionales de prevención. A pesar de la eficacia documentada de una amplia gama de estrategias de prevención, los planteamientos concretos que cada país deberá adoptar dependerán de las circunstancias nacionales respectivas. Por lo general, los programas de prevención en entornos con una baja prevalencia de casos deberían centrarse principalmente en prevenir la transmisión entre grupos clave de la población, como las personas que se dedican a la prostitución y sus clientes, los consumidores de drogas intravenosas y los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. Allí donde la prevalencia sea alta, será preciso contar con estrategias de gran alcance que lleguen a toda la sociedad, incluidas las mujeres y los jóvenes, sin descuidar a los grupos fundamentales. Es esencial que todos los países dispongan de medidas para asegurar el acceso universal al tratamiento de enfermedades relacionadas con el VIH y reducir las situaciones de vulnerabilidad a fin de combatir el SIDA de manera efectiva.

Atención y tratamiento

Desde mediados de los noventa, la mayoría de las personas que viven con el VIH en países de altos ingresos ha tenido fácil acceso a la terapia antirretroviral combinada. Como consecuencia de ello, el número de muertes a causa del SIDA ha disminuido bruscamente y la calidad de vida de quienes viven con el VIH ha experimentado una notable mejoría. Hasta hace poco, esas terapias de mantenimiento de la vida no se consideraban factibles en entornos con recursos limitados, por motivos tanto económicos como logísticos. Debido a varios factores, entre ellos la sensibilización, el costo anual por paciente de la terapia antirretroviral combinada en los países menos adelantados ha pasado de entre 10.000 y 12.000 dólares de los EE.UU. en 2000 a apenas 150 dólares en 2004, lo que la ha hecho mucho más accesible y, junto con el incremento de la financiación de los donantes, ha contribuido a que el tratamiento del SIDA sea más factible en esos países.

Impulso mundial en favor del tratamiento. En los últimos años, ha crecido la presión mundial para introducir la terapia antirretroviral en países de ingresos bajos y medios, en los que se estima viven el 95% de las personas con VIH de todo el mundo. El Brasil dio muestras de liderazgo mundial al aplicar en 1996 una nueva política que obligaba a facilitar acceso universal a la terapia antirretroviral a través del sector público. Posteriormente, muchos gobiernos, entre ellos los de Botswana, China y Sudáfrica, han elaborado planes para facilitar esa terapia con cargo al sector público. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria,

cuyas actividades se vieron respaldadas en la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, ofreció en sus tres primeras rondas financiación suficiente para que unas 700.000 personas pudieran acceder a terapias antirretrovirales en un periodo de cinco años (Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, 2004). Los donantes bilaterales y, muy especialmente, el Gobierno de los Estados Unidos se han comprometido firmemente a ampliar el acceso a la terapia antirretroviral y fundaciones privadas, como la Bill and Melinda Gates Foundation y la William J. Clinton Presidential Foundation, han contribuido notablemente a elevar el número de beneficiarios de ese tratamiento en países gravemente afectados. Sabedoras de los perniciosos efectos que el SIDA puede acarrear para las actividades mercantiles, muchas empresas privadas están tomando importantes medidas para facilitar terapia antirretroviral a su personal seropositivo. Haciéndose eco de esta nueva determinación a escala mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el ONUSIDA establecieron en diciembre de 2003 el objetivo de ampliar el acceso a tratamientos antirretrovirales a 3 millones de personas en los países en desarrollo para finales de 2005.

Viabilidad del tratamiento. Proyectos experimentales (como la iniciativa de acceso a medicamentos lanzada por el ONUSIDA en 1998) y la experiencia resultante de otros programas nacionales pioneros en este campo confirman que es viable introducir terapias antirretrovirales en entornos con recursos limitados. Dado que para garantizar el éxito a largo plazo de la terapia antirretroviral y reducir el riesgo de resistencia viral se requiere una tasa de cumplimiento de entre el 90% y el 95%, es especialmente alentador que, según todos los indicios, el nivel de adherencia a los regímenes de terapia antirretroviral de los pacientes de los países en desarrollo sea comparable, e incluso mayor, que el que se registra en los países de altos ingresos. La OMS ha aprobado recomendaciones que ofrecen orientación a las autoridades nacionales en materia de selección de regímenes de terapia antirretroviral, capacitación del personal de atención sanitaria y elaboración de programas clínicos que garanticen una atención sanitaria de alta calidad (Organización Mundial de la Salud, 2003). Las directrices de la OMS hacen hincapié en la conveniencia de introducir terapias antirretrovirales ante la imposibilidad de realizar las pruebas diagnósticas altamente complejas que se practican en los países de altos ingresos. Asimismo, pueden utilizarse recursos comunitarios para apoyar las actividades de tratamiento cuando no se disponga de personal clínico cualificado. Cada vez más se considera que factores como la movilización de la comunidad y la información sobre el tratamiento son esenciales para aumentar las tasas de adherencia, reducir la estigmatización y mejorar la eficacia general del programa.

Limitación de la cobertura. Pese al impulso mundial en favor del acceso al tratamiento, la OMS y el ONUSIDA estiman que sólo 440.000 personas de países de ingresos bajos y medios habían recibido terapia antirretroviral en junio de 2004 (Organización Mundial de la Salud, 2004). A escala mundial, más de 9 de cada 10 personas que necesitan urgentemente tratamiento contra el VIH no pueden acceder a él. Para contrarrestar el número cada vez mayor de enfermedades y muertes relacionadas con el VIH, hay que conseguir una movilización sin precedentes de recursos mundiales y voluntad política con el fin de ampliar el acceso al tratamiento. Asimismo, deben ponerse en marcha estrategias destinadas a crear la capacidad nacional a largo plazo que se necesita para respaldar iniciativas terapéuticas duraderas. También hay que tomar medidas concertadas para reducir la estigmatización relacionada con el VIH, lo que alentaría el uso de servicios de asesoramiento

y diagnóstico voluntarios, la práctica de pruebas de VIH una vez que se ofrezcan sistemáticamente en entornos clínicos y la puesta en marcha de servicios de tratamiento apropiados.

Equidad. A medida que se amplía el acceso al tratamiento, hay que hacer todo lo posible para conseguir un acceso equitativo a las terapias de mantenimiento de la vida. Aunque es probable que las trabas financieras y logísticas para ampliar el tratamiento sean menos severas en los países de ingresos medios, los donantes, las organizaciones multilaterales y los programas nacionales deben garantizar que en los países de bajos ingresos más gravemente afectados por el SIDA se produzca una ampliación comparable. Aunque, actualmente, una de cada dos personas que viven con el VIH es mujer, existen graves obstáculos que a menudo dificultan su acceso a los servicios de atención sanitaria, lo que pone de relieve la necesidad de lograr la igualdad entre los géneros en el acceso al tratamiento. Similares medidas de ampliación del acceso deben adoptarse para quienes consumen drogas por vía intravenosa, cuyas tasas de acceso a terapias antirretrovirales a menudo se sitúan muy por debajo de las de otros sectores afectados, incluso en países donde la epidemia se propaga fundamentalmente a través de esta vía.

Integración de la prevención y el tratamiento. La prevención y el tratamiento son dos elementos que se refuerzan mutuamente dentro de un continuo único de servicios. Un mayor acceso a la terapia antirretroviral contribuye a reforzar las medidas de prevención, alentando a quienes lo deseen a conocer su situación serológica, contribuyendo a aliviar el problema de la estigmatización, facilitando nuevos ámbitos donde realizar actividades de prevención y reduciendo las posibilidades de que personas seropositivas que siguen una terapia infecten a otros individuos. No obstante, de la experiencia de los países de altos ingresos y de distintos modelos matemáticos de procesamiento de datos se desprende que los beneficios de la terapia antirretroviral en materia de prevención pueden verse contrarrestados por un aumento de los comportamientos de riesgo como consecuencia de la introducción de terapias eficaces. Para garantizar el éxito a largo plazo en la lucha contra el SIDA, la ampliación del tratamiento debe ir acompañada de un crecimiento comparable de los programas de prevención, incluida la plena integración de los servicios de prevención en entornos clínicos (Global HIV Prevention Working Group, 2004). Por consiguiente, la iniciativa 3 por 5 lanzada por la OMS y el ONUSIDA para ampliar a 3 millones el número de personas con acceso a tratamiento a finales de 2005, también incluye medidas para acelerar los programas de prevención del VIH.

Atención integral. Aunque la terapia antirretroviral es el enfoque terapéutico más eficaz para abordar el SIDA, no es sino uno de los elementos de una atención de índole integral. Además de prescribir y administrar la terapia antirretroviral cuando corresponda, quienes prestan servicios de salud también deben adoptar medidas preventivas y terapéuticas en lo que respecta a las infecciones oportunistas relacionadas con el VIH. En particular, los sistemas de atención sanitaria deben estar alerta y ser beligerantes con respecto a la prevención y el tratamiento de la tuberculosis, principal causa de muerte para las personas que viven con el VIH. El apoyo nutricional también es vital en el tratamiento del SIDA, ya que la epidemia suele mermar la seguridad alimentaria, sobre todo si se tiene en cuenta que las personas que viven con el VIH tienen mayores necesidades nutricionales que los no infectados. A medida que el acceso a las terapias antirretrovirales se amplíe, la prestación de cuidados paliativos será una prioridad mundial cada vez más prementoria.

En resumen, la expansión de la prevención, el tratamiento y la atención en materia de VIH representa un reto para la salud pública. La experiencia indica que es posible aplicar tratamientos en entornos con recursos limitados. En un contexto en el que la comunidad mundial trata de lograr los objetivos en materia de tratamiento, atención y apoyo establecidos en la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y el propósito de que 3 millones de personas reciban tratamiento antirretroviral para finales de 2005, los donantes, los gobiernos nacionales, la sociedad civil, los organismos internacionales y otros asociados deben redoblar sus esfuerzos para que millones de personas que lo necesitan tengan acceso a terapias de mantenimiento de la vida y para generalizar la adopción de estrategias de prevención eficaces, sin las cuales el tratamiento sería inviable.

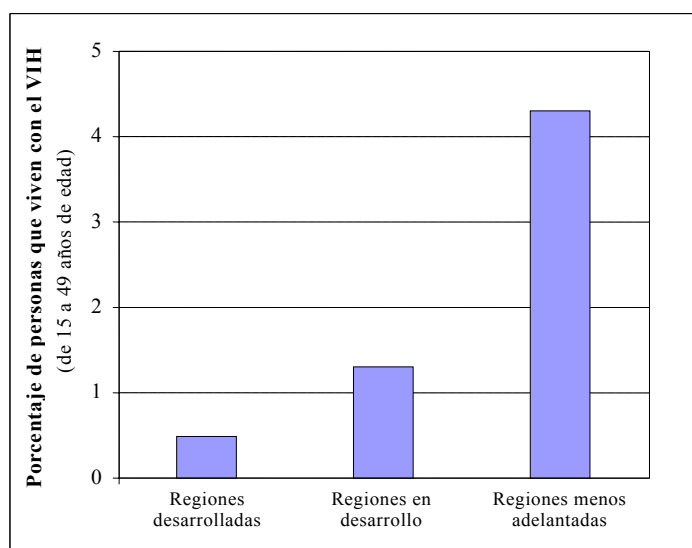
IX. Conclusiones

El VIH/SIDA es una crisis de alcance mundial. En el último cuarto de siglo, la pandemia ha cobrado gran ímpetu, extendiéndose a todas las regiones del mundo, tanto desarrolladas como en desarrollo. Pese a la existencia de una determinación política cada vez más firme, una mayor sensibilización sobre el VIH y crecientes recursos financieros, la epidemia sigue extendiéndose.

El SIDA afecta a los ricos y a los pobres. No obstante, son los países más pobres del mundo los que sufren con mayor intensidad sus efectos. La prevalencia del VIH en los países menos adelantados es nueve veces mayor que la de las regiones más desarrolladas (véase el gráfico VIII).

Gráfico VIII

Tasas de prevalencia del VIH en las regiones desarrolladas, en desarrollo y menos adelantadas, 2003



Fuente: ONUSIDA (2004b).

La prevención es el eje central de la lucha contra el VIH/SIDA. Factores clave para la prevención son la toma de conciencia sobre las prácticas que aumentan el riesgo de contraer el VIH y el consiguiente cambio de comportamiento de los actores. Sin embargo, en muchos países, la mayor sensibilización aún no se ha traducido en cambios significativos de comportamiento.

Las mujeres y las adolescentes son especialmente propensas a contraer el VIH, tanto por sus particularidades biológicas como por la desigualdad de género, que en muchos países dificulta la adopción de prácticas sexuales seguras. Actualmente, casi la mitad de los adultos que viven con SIDA en el mundo son mujeres. En el África subsahariana, prácticamente el 60% de los adultos que viven con SIDA son mujeres y tres cuartas partes de los jóvenes infectados son mujeres y niñas.

Cuando las medidas de prevención fracasan, la siguiente línea de acción es el tratamiento. El VIH/SIDA sigue siendo una enfermedad mortal, aunque los progresos en el tratamiento con medicamentos antirretrovirales pueden mitigar sus efectos y prolongar la vida. Sin embargo, pese al notable abaratamiento de esos medicamentos, sólo una de cada 10 personas que lo necesitan tiene actualmente acceso a terapias antirretrovirales.

En 2004, unos 3 millones de personas murieron a causa del SIDA y, a finales de ese año, aproximadamente 39 millones de personas en todo el mundo habían contraído esa enfermedad. El VIH/SIDA ha contrarrestado ya las mejoras en esperanza de vida logradas en el último medio siglo en los principales países afectados. En los siete países con tasas de prevalencia del VIH por encima del 20%, la esperanza de vida en 1995-2000 se situaba en 50 años, unos 13 años inferior a la que habría existido si no fuera por el SIDA. Aunque no se produjeran nuevas infecciones por el VIH después de mediados de 2005, el número de muertes relacionadas con el SIDA seguiría creciendo por el gran número de personas ya infectadas.

De todas las regiones del mundo, África es la más afectada por el VIH/SIDA, con tasas de infección que siguen creciendo en la mayoría de los países al sur del Sáhara. Asimismo, recientemente se han observado importantes aumentos del número de infecciones por el VIH en algunos países de Asia y de Europa oriental. La tasa de prevalencia del VIH en el Caribe es la segunda más alta del mundo. En algunos países más desarrollados, las medidas de prevención tampoco están aumentando al mismo ritmo que la epidemia.

Además de ser responsable de un trágico número de muertes, el VIH/SIDA afecta a numerosas variables demográficas, como la fecundidad, la migración, el crecimiento de la población y la estructura de las familias, que a su vez repercuten también en la enfermedad; sin embargo los efectos de la epidemia se dejan sentir en todas las capas de la sociedad y en todos los sectores de la economía, en ámbitos que van desde la autosuficiencia agrícola y la viabilidad de las actividades empresariales a las inversiones en capital humano para mejorar la educación y la salud y el bienestar de las nuevas generaciones y las personas mayores. El SIDA acentúa la pobreza lo que, a su vez, impide a las personas, las familias, las comunidades y los Estados responder con eficacia a la epidemia.

Los hogares y las familias cargan con la peor parte del VIH/SIDA ya que son las unidades básicas que han de hacer frente a la enfermedad y sus consecuencias. Las familias sufren las consecuencias financieras tanto de la pérdida de ingresos como del aumento de los gastos en atención médica. Algunos estudios indican que se ha producido un descenso en los niveles de consumo familiar, incluida una reducción en el consumo de alimentos. En 2003, 15 millones de niños menores de 18 años habían perdido a uno de sus progenitores o a los dos a causa del VIH/SIDA. Es frecuente que los parientes acojan a los huérfanos en sus hogares, especialmente en las sociedades africanas, aunque el rápido aumento del número de huérfanos está desbordando los sistemas tradicionales de apoyo.

El SIDA contribuye al aumento de la pobreza, ya que supone una carga económica y social especialmente onerosa para las familias y los hogares y erosiona los sistemas de apoyo intergeneracional. Asimismo, el SIDA está reduciendo los recursos de los sectores sanitario y educativo de los países más pobres, en los que tal vez la próxima generación tenga unos niveles de salud y educación más bajos que la anterior.

La situación socioeconómica de los países afectados por el SIDA es relativamente precaria, sobre todo en África. Por término medio, en los países más fuertemente afectados casi el 40% de la población de 15 años o más es analfabeta, una tercera parte sufre malnutrición y poco más de la mitad tiene acceso a servicios mejorados de saneamiento; en todas partes el SIDA afecta de manera desproporcionada a quienes tienen menos recursos económicos y sociales, que son quienes tienen menos posibilidades de acceder a conocimientos e información relacionados con la salud y a costearse atención y tratamiento sanitarios.

La mayoría de los gobiernos informa de que han aplicado programas de prevención del VIH/SIDA. Sin embargo, en muchos de esos países quienes más lo necesitan no pueden acceder a servicios básicos de prevención. La sensibilización y la educación son factores fundamentales para modificar los comportamientos de riesgo e impedir la transmisión del virus por vía sexual. Existen indicios alentadores de que el temor de contraer el SIDA está provocando un cambio, altamente necesario, en los comportamientos sexuales. Por ejemplo, hay datos recientes de algunos países africanos que indican que los jóvenes solteros de ambos sexos son más propensos a la abstinencia sexual o al uso de preservativos, y que la tasa de prevalencia del VIH ha disminuido en algunos lugares. En general, no obstante, las medidas de prevención son limitadas y no bastan para frenar la propagación de la epidemia del VIH/SIDA.

La estigmatización que lleva aparejada la enfermedad aumenta la vulnerabilidad y puede llevar a que ciertas personas se abstengan de solicitar información o servicios de prevención. Más de una tercera parte de los países aún no ha aprobado legislación para evitar la discriminación relacionada con el SIDA y un tercio de ellos carece de políticas que garanticen la igualdad de acceso de la mujer a los servicios de prevención y atención. Esa falta de legislación y de políticas merma la eficacia de las respuestas nacionales al VIH/SIDA.

La comunidad internacional ha reconocido las graves consecuencias de la epidemia y está tomando medidas para hacerle frente. En 1994, el Consejo Económico y Social respaldó la creación del Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) con el fin de elaborar y apoyar una respuesta coordinada del sistema de las Naciones Unidas. El ONUSIDA canaliza los esfuerzos de muchos sectores y asociados de los gobiernos y la sociedad civil. Ante los devastadores efectos del SIDA en África, en 2003 el Secretario General creó la Comisión sobre el VIH/SIDA y la gestión pública en África con el cometido de formular recomendaciones para luchar contra la enfermedad en todo el continente y de asesorar a los responsables de elaborar las políticas sobre el modo de hacer frente a sus graves repercusiones. Prácticamente todos los programas internacionales de desarrollo reconocen los efectos que el SIDA tiene en el cumplimiento de sus objetivos. La lucha contra el VIH/SIDA figura en el enunciado de uno de los ocho objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio. Del grado de cumplimiento del objetivo de la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA dependerá también nuestra capacidad para lograr los demás objetivos.

Si no se toman medidas más enérgicas para combatir la enfermedad y sus efectos, la epidemia del VIH/SIDA hace presagiar un futuro poco halagüeño para muchos países, especialmente los más pobres. Existen indicios esperanzadores de una mayor sensibilización sobre el VIH/SIDA, un compromiso político más firme y un aumento de los recursos financieros. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA,

la Tuberculosis y la Malaria, creado en 2002 como una asociación entre los gobiernos, la sociedad civil y el sector privado, ofrece financiación adicional para combatir esas tres enfermedades. Hasta mediados de 2004, el Fondo Mundial había aprobado más de 300 subvenciones por valor de 3.000 millones de dólares, en 128 países, la mayoría de ellas dirigidas a programas contra el SIDA. No obstante, los recursos financieros para la lucha contra el SIDA siguen siendo inferiores a lo que se necesita para la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo.

El rumbo futuro del VIH/SIDA depende de cómo las personas, las familias, las comunidades, las naciones y el mundo respondan hoy y mañana. El futuro de la epidemia del VIH/SIDA no está en modo alguno predeterminado. Es evidente que hay que ofrecer tratamiento y atención a los afectados por el VIH/SIDA. No obstante, el eje más importante de la lucha contra el VIH/SIDA sigue siendo la prevención. El VIH se transmite por tres vías: mediante relaciones sexuales, por contacto directo con la sangre y de la madre al hijo. Las medidas de prevención deben centrarse en esos modos de transmisión del VIH y existen mecanismos para conseguirlo. El enfoque más eficaz para poner coto a la epidemia del VIH/SIDA es aplicar una combinación de estrategias que reduzca los riesgos, disminuya la vulnerabilidad y mitigue las repercusiones de la enfermedad.

Notas

¹ *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.95.XIII.18), cap. I, resolución 1, anexo.

² Comunicado de prensa SG/SM/7895-AIDS/31, de 23 de julio de 2001.

Referencias

- Aberg, J., and others (2004). Primary care guidelines for the management of persons infected with Human Immunodeficiency Virus: recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, vol. 39, No. 5, pp. 609-629.
- African Studies Center (2003). HIV/AIDS and failed development. University of Pennsylvania African Studies Center. Available from http://www.africa.upenn.edu/Urgent_Action/apic-103100.html (accessed 6 January 2005).
- Ainsworth, Martha (1993). *The impact of HIV/AIDS on African development*. Washington, D.C.: World Bank.
- Barnett, C., C. Connor and Pamela Putney (2001). Contracting non-governmental organizations to combat AIDS. Special Initiative Report, No. 33. Bethesda, Maryland: Partnerships for Health Reform.
- Bell, Clive, Shantayanan Devarajan and Hans Gersbach (2003). The long-run economic costs of AIDS: theory and an application to South Africa. Washington, D.C.: World Bank.
- Booyesen, Frikkie (2003). Poverty dynamics and HIV/AIDS-related morbidity and mortality in South Africa. Paper presented at the scientific meeting on empirical evidence for the demographic and socio-economic impact of AIDS, Durban, South Africa, 26-28 March.
- Braithwaite, R., and K. Arriola (2003). Male prisoners and HIV prevention: a call for action ignored. *American Journal of Public Health*, vol. 93, No. 5.
- Brockhoff, Martin, and Ann E. Biddlecom (1999). Migration, sexual behavior and the risk of HIV in Kenya. *International Migration Review* (New York), vol. 33, No. 4.
- Bultreys, M., and others (1999). Impact of zidovudine post-perinatal exposure prophylaxis on vertical HIV-1 transmission: a prospective cohort study in 4 U.S. cities. Paper presented at the Second International Conference on Global Strategies for the Prevention of HIV Transmission from Mothers to Infants, Montreal.
- Cardo, D. and others (1997). A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *New England Journal of Medicine*, vol. 337, No. 21 (20 November), pp. 1485-1490.
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for HIV, STD and TB Prevention (2004). Global AIDS Program: Strategies. Available from http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/Strategies/2_3_blood_safety.htm (accessed 5 January 2005).
- Coutsoudis, A., K. Pillay and E. Spooner (1999). Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. *The Lancet*, vol. 354, pp. 471-476.
- De Cock, K., and others (2000). Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, No. 9.

- Decosas, Joseph, and others (1995). Migration and AIDS. *The Lancet*, vol. 346, pp. 826-828.
- Deutsche AIDS-Hilfe (2002). Travel and residence regulations for people with HIV and AIDS: quick reference. Available from <http://www.aidshilfe.de> (accessed 5 January 2005).
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (1997). The rural population of Africa confronted with AIDS: a challenge to development. Summary of FAO studies on AIDS. Rome: FAO.
- _____ (2001). The impact of HIV/AIDS on food security. Paper presented at the twenty-seventh session of the Committee on World Food Security, Rome.
- Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2004). Annual report 2003. Geneva.
- _____ (2003). Access to HIV prevention: closing the gap. Available from www.gatesfoundation.org and www.kaisernetwork.org.
- Global HIV Prevention Working Group (2004). HIV prevention in the era of expanded treatment access. Available from www.gatesfoundation.org and from www.kaisernetwork.org.
- Glynn, Judith, and others (2004). Does increased general schooling protect against HIV infection? a study in four African cities. *Tropical Medicine and International Health*, vol. 9, No. 1.
- Goyer, K. (2003). *HIV/AIDS in South African Prisons*, Monograph 79. Pretoria: Institute for Security Studies.
- Gregson, Simon, and others (1997). HIV and fertility change in rural Zimbabwe. *Health Transition Review*, No. 7 (Supplement 2), pp. 89-112.
- Hargreaves, James, and Judith Glynn (2002). Educational attainment and HIV-1 infection in developing countries: a systematic review. *Tropical Medicine and International Health*, vol. 7, No. 6.
- Hauri, A. M., G. L. Armstrong and Y. J. Hutin (2004). The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *International Journal of STD & AIDS*, vol. 15, pp. 7-16.
- Hunt, Charles W. (1989). Migrant labor and sexually transmitted disease: AIDS in Africa. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 30, No. 4.
- IASCTF (Inter-Agency Standing Committee Task Force on HIV/AIDS in Emergency Settings) (2003). Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings. Available from www.humanitarianinfo.org/iasc (accessed 5 January 2005).
- International Labour Office (2004). *HIV/AIDS and Work: Global Estimates, Impact and Response, 2004*, revised ed. Geneva: ILO Programme on HIV/AIDS and the World of Work.
- International Narcotics Control Board (INCB) (2004). *Report of the International Narcotics Control Board, 2003*. Vienna: INCB. Sales No. E.04.XI.1.

- International Organization for Migration (IOM) (2003). *World migration 2003: Managing Migration: Challenges and Responses for People on the Move*. Geneva: IOM.
- Jamison, T. D., J. D. Sachs and J. Wang (2001). The effect of the AIDS epidemic on economic welfare in sub-Saharan Africa. CMH Working Paper WG1: 13. Geneva: WHO Commission on Macroeconomics and Health.
- Kamenga, M. C., and others (1991). Evidence of marked sexual behaviour change associated with low HIV-1 seroconversion in 149 married couples with discordant HIV-1 serostatus: experience at an HIV counselling centre in Zaire. *AIDS*, vol. 5, pp. 61-67.
- Kwaramba, P. (1997). *The Socio-Economic Impact of HIV/AIDS on Communal Agricultural Production Systems in Zimbabwe*. Working Paper, No. 19. Harare: Zimbabwe Farmers Union and Friederich Ebert Stiftung.
- Lagarde, Emmanuel, and others (2003). Mobility and the spread of human immunodeficiency virus into rural areas of West Africa. *International Journal of Epidemiology*, vol. 32, No. 5.
- Lidyé, Nathalie, and Noah Jamie Robinson (1998). West and Central Africa. *International Migration*, vol. 36, No. 4.
- Lidyé, Nathalie, and others (2004). Mobility, sexual behavior, and HIV infection in an urban population in Cameroon. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 35, No. 1.
- Lurie, Mark, and others (2003). Who infects whom? HIV-1 concordance and discordance among migrant and non-migrant couples in South Africa. *AIDS*, vol. 17, No. 15.
- Malawi Institute of Management (2002). *The Impact of HIV/AIDS on Human Resources in the Malawi Public Sector*. Malawi Government and UNDP. February.
- Menon, R., and others (1998). The economic impact of adult mortality on households in Rakai district, Uganda. In *Confronting AIDS: Evidence from the Developing World*, M. Ainsworth, L. Fransen and M. Over, eds. Washington, D.C.: World Bank.
- Monasch, Roeland, and Nigel Snoad (2003). The situation of orphans in a region affected by HIV/AIDS. Paper presented at the scientific meeting on empirical evidence for the demographic and socio-economic impact of AIDS, Durban, South Africa, 26-28 March.
- Morris, Martina, and others (2000). Condom acceptance is higher among travelers in Uganda. *AIDS*, vol. 14, No. 4.
- National AIDS Control Organization (2003). National baseline general population behavioural surveillance survey (BSS). New Delhi: Ministry of Health.
- Ntozi, James (2002). Impact of HIV/AIDS on fertility in sub-Saharan Africa. Paper presented at the fourth meeting of the Follow-up Committee on the Implementation of the DND and the ICPD-PA, Yaoundé, Cameroon, 28-31 January.

- Orubuloye, I. O., P. Caldwell and J. C. Caldwell (1992). African women's control over their sexuality in an era of AIDS. Health Transition Working Paper, No. 12. Canberra: Australian National University (ANU) Health Transition Centre.
- Pickering, Helen, and A. J. Nunn (1997). A three-year follow-up survey of demographic changes in a Ugandan town on the trans-African highway with high HIV-1 seroprevalence. *Health Transition Review*, vol. 7 (Supplement).
- Pison, Giles, and others (1993). Seasonal migration: a risk factor for HIV infection in rural Senegal. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 36, No. 2.
- Singh, S., J. E. Darroch and A. Bankole (2003). A, B and C in Uganda; the roles of abstinence, monogamy and condom use in HIV decline. Occasional Report, No. 9. December. Washington, D.C.: The Alan Guttmacher Institute. Available from <http://www.synergyaids.com/documents/UgandaABC.pdf> (accessed 5 January 2005).
- Stover, J., and others. Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? *The Lancet*, vol. 360, No. 9326 (6 July), pp. 73-77.
- United Nations (1990). *Results of the Sixth Population Inquiry among Governments*. Population Policy Paper, No. 31. ST/ESA/SER.R/104.
- _____ (1998). *HIV/AIDS and Human Rights: International Guidelines*. Sales No. E.98.XIV.1.
- _____ (2002a). HIV/AIDS and fertility in sub-Saharan Africa: a review of the research literature. ESA/P/WP.174.
- _____ (2002b). *HIV/AIDS Awareness and Behaviour*. Sales No. E.02.XIII.8.
- _____ (2002c). *International Migration Report 2002*. Sales No. E.03.XIII.4.
- _____ (2003a). *World Population Monitoring, 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health*. Sales No. E.02.XIII.14.
- _____ (2003b). National responses to HIV/AIDS: a review of progress. UN/POP/MORT/2003/13.
- _____ (2003c). *World Population Prospects: The 2002 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables*. Sales No. E.03.XIII.6.
- _____ (2004a). *The Impact of AIDS*. Sales No. E.04.XIII.7.
- _____ (2004b). *World Population Policies, 2003*. Sales No. E.04.XIII.3.
- _____ (2004c). *World Population Prospects: The 2002 Revision*, vol. III, *Analytical Report*. Sales No. E.03.XIII.10.
- UNAIDS (2001a). *HIV Prevention Needs and Successes: A Tale of Three Countries*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2001b). *Population Mobility and AIDS: UNAIDS Technical Update*. February 2001. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2001c). Monitoring the Pandemic (MAP) Network report: The status and trends of HIV/AIDS/STI epidemics in Asia and the Pacific. Geneva: UNAIDS.

- _____ (2001d). *The Impact of Voluntary Counselling and Testing: A Global Review of the Benefits and Challenges*. UNAIDS Best Practice Collection. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2002a). *AIDS Epidemic Update: December 2002*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2002b). *Report on the Global AIDS Epidemic, July 2002*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2003a). *AIDS Epidemic Update, December 2003*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2003b). *Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic, 2003*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2004a). *AIDS Epidemic Update, December 2004*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2004b). *2004 Report on the Global AIDS Epidemic*. Available from <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html> (accessed 5 January 2005).
- _____ and International Organization for Migration (2004). UNAIDS/IOM statement on HIV/AIDS-related travel restrictions. Geneva: UNAIDS and IOM. Available from <http://www.iom.int>.
- _____ and United Nations Development Programme (2002). *HIV/AIDS Prevention and Care Programmes for Mobile Populations in Africa: An Inventory*. Geneva: IOM.
- UNAIDS, United Nations Children's Fund and United States Agency for International Development (2004). *Children on the Brink, 2004: A Joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action*. New York: UNICEF. Available from <http://www.unicef.org/publications> (accessed 5 January 2005).
- United Nations Children's Fund (2000). *The Progress of Nations, 2000*. Sales No. E.00.XX.6. New York: UNICEF.
- United Nations Population Fund (2004). *State of World Population, 2004*. New York: UNFPA.
- United States Agency for International Development (2002). What happened in Uganda? declining HIV prevalence, behavior change, and the national response. Washington, D.C.: USAID, Office of HIV/AIDS, Bureau for Global Health.
- United States Department of State (2003). Human Immunodeficiency Virus (HIV) Testing Requirements for Entry into Foreign Countries. Available from <http://www.travel.state.gov/travel/HIVtestingreqs.html> (accessed 5 January 2005).
- Valdiserri, R. (2004). International scale-up for antiretroviral treatment: where does prevention fit? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 37 (Supplement 2: 1 October), pp. S138-S141.
- Walker, Neff, and others (2004). Estimating the global burden of HIV/AIDS: what do we really know about the HIV pandemic? *The Lancet*, vol. 363, No. 9427, pp. 2180-2185.
- World Bank (1999). *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*, revised ed. New York: Oxford University Press.

- World Health Organization (2004). *Scaling up Antiretroviral Therapy in Resource-limited Settings: Treatment Guidelines for a Public Health Approach*, 2003 revision. Geneva: WHO.
- _____ and UNAIDS (2004). 3 by 5 Progress Report: December 2003 through June 2004. Geneva: WHO.
- _____ and UNICEF (2004). WHO/UNAIDS/UNICEF infant feeding guidelines. Available from www.unicef.org/programme/breastfeeding/feeding.htm (accessed 5 January 2005).
- Yang, Xiushi (2004). Temporary migration and the spread of STDs/HIV in China: is there a link? *International Migration Review*, vol. 38, No. 1.
- Zaba, Basia, and Simon Gregson (1998). Measuring the impact of HIV on fertility in Africa. *AIDS*, No. 12 (Supplement 1), pp. S41-S50.
- _____