



# La epidemia de **SIDA:** **situación** en diciembre de 2000



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

**ONUSIDA**

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



Organización  
Mundial  
de la Salud

© ONUSIDA / OMS – 2000  
El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)  
Organización Mundial de la Salud (OMS)

---

**ONUSIDA/00.44S – WHO/CDS/CSR/EDC/2000.9**  
**(versión española, diciembre de 2000)**  
**ISBN : 92-9173-010-6**

---

Versión original en inglés, UNAIDS/00.44E, diciembre de 2000:  
*AIDS epidemic update: December 2000*  
Traducción ONUSIDA

---

Reservados todos los derechos. El presente documento, que no es una publicación oficial del ONUSIDA o de la OMS, puede reseñarse, citarse, reproducirse o traducirse libremente, en parte o íntegramente, siempre y cuando se nombre su procedencia.

No se permite su venta o su uso en conexión con fines comerciales sin la aprobación previa por escrito del ONUSIDA (contacto: Centro de Información del ONUSIDA).

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

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el ONUSIDA o la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

---

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Ginebra 27 – Suiza  
Teléfono: (+41 22) 791 46 51 – Fax: (+41 22) 791 41 87  
Dirección electrónica: [unaid@unaid.org](mailto:unaid@unaid.org) – Internet: <http://www.unaid.org>

## Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA, diciembre de 2000

Personas recién infectadas por el VIH en 2000	<b>Total</b>	<b>5,3 millones</b>
	Adultos	4,7 millones
	<i>Mujeres</i>	<i>2,2 millones</i>
	Menores de 15 años	600 000
Personas que viven con el VIH/SIDA	<b>Total</b>	<b>36,1 millones</b>
	Adultos	34,7 millones
	<i>Mujeres</i>	<i>16,4 millones</i>
	Menores de 15 años	1,4 millones
Defunciones causadas por el SIDA en 2000	<b>Total</b>	<b>3 millones</b>
	Adultos	2,5 millones
	<i>Mujeres</i>	<i>1,3 millones</i>
	Menores de 15 años	500 000
Defunciones totales causadas por el SIDA desde el comienzo de la epidemia	<b>Total</b>	<b>21,8 millones</b>
	Adultos	17,5 millones
	<i>Mujeres</i>	<i>9 millones</i>
	Menores de 15 años	4,3 millones

## Panorama mundial

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que causa el SIDA, ha desencadenado una epidemia mundial mucho más extensa que la que se predijo hace apenas una década. El ONUSIDA y la OMS estiman que, a finales del año 2000, el número de personas que viven con el VIH o con SIDA se sitúa en 36,1 millones. Esa cifra es más de un 50% superior a la que proyectó en 1991 el Programa Mundial sobre el SIDA de la OMS a partir de los datos entonces disponibles.

Los problemas que plantea el VIH varían enormemente de un lugar a otro, dependiendo de la magnitud y rapidez de la propagación del virus y de la existencia de un gran número de personas infectadas que hayan empezado a enfermar o fallecer.

- Excepto en África subsahariana, en todas las partes del mundo hay más varones que mujeres infectados por el VIH y que fallecen a causa del SIDA. El comportamiento de los varones – influido a menudo por creencias culturales perjudiciales sobre la masculinidad – los convierte en víctimas propiciatorias de la epidemia. En total, se estima que durante el año 2000 se infectaron 2,5 millones de varones de 15 a 49 años de edad, lo que eleva a 18,2 millones el número de varones adultos que, a finales de año, viven con el VIH o con SIDA. El comportamiento masculino también contribuye a la infección por el VIH en las mujeres, que a menudo tienen menos poder para determinar dónde, cuándo y cómo se llevan a cabo las relaciones sexuales. **Los hombres marcan la diferencia** – el lema de la *Campaña Mundial contra el SIDA* del presente año – reconoce esos factores y hace hincapié en el enorme potencial de los varones para marcar diferencias cuando se trata de frenar la transmisión del VIH, cuidar a los familiares infectados y ocuparse de los huérfanos y otros supervivientes de la epidemia.
- Durante el año 2000, en la Federación de Rusia se han producido más nuevas infecciones por el VIH que en el conjunto de todos los años previos de la epidemia. Teniendo en cuenta también la expansión ininterrumpida

de la epidemia en Ucrania, una estimación conservadora sitúa en 700 000 el número de adultos<sup>1</sup> y niños que viven con el VIH o con SIDA en Europa oriental y Asia central para finales del año 2000, en comparación con 420 000 hace tan sólo un año. Las prácticas peligrosas de inyección de drogas intravenosas siguen siendo el principal factor impulsor.

- Por primera vez, hay signos de que la incidencia del VIH (el número anual de nuevas infecciones) puede haberse estabilizado en África subsahariana. Se estima que en el año 2000 las nuevas infecciones totalizaron 3,8 millones, en contraposición con un total de 4,0 millones en 1999. Sin embargo, si las infecciones por VIH empiezan a dispararse en países que han tenido tasas relativamente bajas hasta ahora, como Nigeria, la incidencia regional podría comenzar a elevarse de nuevo.

El ligero descenso de las nuevas infecciones en África es probablemente el resultado de dos factores. Por una parte, en muchos países la epidemia ha llegado tan lejos que ya ha afectado a una parte importante de la población sexualmente activa, dejando a un número cada vez menor de personas por contraer la infección. Al mismo tiempo, el éxito de los programas de prevención en algunos países de África, especialmente Uganda, ha reducido las tasas nacionales de infección y ha contribuido al descenso regional.

- Al mismo tiempo que se enfrentan a un enorme problema de prevención, los países de África han empezado a experimentar las repercusiones de la enfermedad y la muerte en gran escala. En Sudáfrica se prevé que la epidemia reducirá la tasa de crecimiento económico en un 0,3-0,4% anual, lo que provocará que en el año 2010 el producto interior bruto (PIB) sea un 17% inferior al que habría sido en ausencia del SIDA, con unas pérdidas de US\$ 22 mil millones para la economía nacional. Incluso en Botswana, el país con el PIB per cápita más alto de África gracias a su riqueza en diamantes,

<sup>1</sup> Los adultos, tal como se definen en el presente documento, son todas las personas de edades comprendidas entre 15 y 49 años.

## Estadísticas y características regionales del VIH/SIDA, diciembre de 2000

Región	Inicio de la epidemia	Adultos y niños que viven con el VIH/SIDA	Adultos y niños infectados por el VIH durante 2000	Prevalencia entre adultos*	Porcentaje de los adultos VIH-positivos que son mujeres	Principales modalidades de transmisión <sup>#</sup>
<b>África subsahariana</b>	finales de los 70 - comienzos de los 80	25,3 millones	3,8 millones	8,8%	55%	Hetero
<b>África del Norte y Oriente Medio</b>	finales de los 80	400 000	80 000	0,2%	40%	Hetero, CDI
<b>Asia meridional y sudoriental</b>	finales de los 80	5,8 millones	780 000	0,56%	35%	Hetero, CDI
<b>Asia oriental y Pacífico</b>	finales de los 80	640 000	130 000	0,07%	13%	CDI, Hetero, VSV
<b>América Latina</b>	finales de los 70 - comienzos de los 80	1,4 millones	150 000	0,5%	25%	VSV, CDI, Hetero
<b>Caribe</b>	finales de los 70 - comienzos de los 80	390 000	60 000	2,3%	35%	Hetero, VSV
<b>Europa oriental y Asia central</b>	comienzos de los 90	700 000	250 000	0,35%	25%	CDI
<b>Europa occidental</b>	finales de los 70 - comienzos de los 80	540 000	30 000	0,24%	25%	VSV, CDI
<b>América del Norte</b>	finales de los 70 - comienzos de los 80	920 000	45 000	0,6%	20%	VSV, CDI, Hetero
<b>Australia y Nueva Zelandia</b>	finales de los 70 - comienzos de los 80	15 000	500	0,13%	10%	VSV
<b>TOTAL</b>		<b>36,1 millones</b>	<b>5,3 millones</b>	<b>1,1%</b>	<b>47%</b>	

\* La proporción de adultos (15 a 49 años de edad) que viven con el VIH/SIDA en el 2000, basándose en las cifras demográficas de 2000.

# VSV: varones que tienen relaciones sexuales con varones; CDI: a través del consumo de drogas intravenosas; Hetero: heterosexual.

durante los próximos 10 años el SIDA recortará en un 20% el presupuesto gubernamental, erosionará los progresos de desarrollo y dará lugar a una reducción del 13% en los ingresos de las familias más pobres.

- La ampliación de la respuesta a la epidemia en África es imperativa y financieramente asequible. Estableciendo unas metas de cobertura ambiciosas pero alcanzables, los países necesitarían por lo menos US\$ 1.500 millones anuales para poner en marcha medidas de prevención con el fin de reducir el riesgo del VIH en su población, incluidos los lactantes, jóvenes, trabajadores y receptores de transfusiones sanguíneas. Para las personas con el VIH y sus familias, la factura de los cuidados paliativos para el dolor y el malestar, del tratamiento y

prevención de las infecciones oportunistas y del cuidado de los huérfanos se situaría al menos en US\$ 1.500 millones anuales. La adición de terapia antirretrovírica costaría algunos miles de millones de dólares más cada año.

### Europa oriental y Asia central

A finales de 1999, la cifra estimada de adultos y niños que vivían con el VIH o con SIDA en Europa oriental y en los países de la antigua Unión Soviética era de 420 000. Justo un año después, una estimación conservadora sitúa esa cifra en 700 000. La mayoría del cuarto de millón de adultos que se han infectado en el 2000 son varones, en su mayor parte consumidores de drogas intravenosas. A lo largo del año han aparecido nuevas epidemias en usuarios de drogas intravenosas de Uzbekistán y Estonia, un

país que ha comunicado muchos más casos de VIH que en cualquier año anterior.

El VIH no muestra signos de frenar su crecimiento exponencial en la Federación de Rusia. A juzgar por el número de casos comunicados a lo largo de los nueve primeros meses del presente año, las nuevas infecciones registradas durante el 2000 pueden alcanzar perfectamente la cifra de 50 000, que es muy superior al total de 29 000 infecciones producidas en el país entre 1987 y 1999. Sin embargo, incluso este incremento masivo subestima el crecimiento real de la epidemia: según estimaciones rusas, el sistema nacional de registro capta solamente una fracción de las infecciones. Las prácticas peligrosas de inyección de drogas intravenosas siguen constituyendo el principal propulsor de la transmisión del VIH en este enorme país.

En muchos países de Europa oriental y Asia central, la lucha contra la epidemia se está desarrollando en un cúmulo de circunstancias muy complejo. La inestabilidad socioeconómica en la región tiende a alimentar el consumo de drogas y el comercio sexual, favoreciendo así la propagación del VIH. Sin embargo, un hecho más esperanzador es que las reformas políticas y jurídicas han empezado a crear marcos más eficaces para la prevención del VIH.

Por ejemplo, en vez de confiar en evaluaciones masivas e ineficaces de la población para rastrear y controlar el VIH, la mayoría de los países está utilizando una amplia variedad de cauces para informar y educar a sus ciudadanos acerca del virus. En Belarús, un comité interministerial reúne 12 ministerios diferentes en una respuesta al SIDA que va desde medidas para la reducción del daño destinadas a usuarios de drogas intravenosas hasta campañas de sensibilización a cargo de la compañía nacional de ferrocarriles. La implicación de casi todos los ministerios y comités estatales contribuyó a alcanzar una reducción en el número total de infecciones comunicadas anualmente entre 1996 y 1999. Los esfuerzos de prevención han resultado particularmente satisfactorios entre los adolescentes. En Kazajstán, una pequeña ONG de la capital, Astana, envía a las calles a su equipo de prevención formado por ocho varones (que también tocan música en una sala de *rock*) para que

suministren preservativos e información sobre relaciones sexuales seguras a los profesionales del sexo que trabajan allí. El equipo también acompaña a los profesionales del sexo a un dispensario ambulatorio donde pueden recibir tratamiento confidencial y gratuito para sus infecciones de transmisión sexual. Esto supone un distanciamiento significativo respecto al enfoque tradicional de la región, consistente en detenciones y evaluaciones sistemáticas obligatorias.

La región también está implantando cada vez más sistemas adecuados de vigilancia del VIH en poblaciones "centinela"; por ejemplo, profesionales del sexo, mujeres embarazadas, consumidores de drogas intravenosas o personas con una infección de transmisión sexual. La República Checa y Eslovenia ya pueden enorgullecerse de sus excelentes sistemas de vigilancia centinela del VIH, que figuran entre los mejores de Europa.

Aunque el número anual de nuevos casos registrados en Ucrania parece haber disminuido desde 1997, el virus podría estar adentrándose en la población general, a juzgar por los datos de la infección por el VIH constatados recientemente en mujeres embarazadas. Ucrania ha puesto en práctica un sistema de vigilancia centinela de alta calidad que cabe esperar que proporcione una panorámica más clara de las tendencias de la infección en el futuro.

También en Ucrania, una ley crucial aprobada en 1998 ratificó el principio de las pruebas voluntarias del VIH y de la educación general sobre el SIDA. En la que representa quizá la prueba más difícil para el nuevo enfoque nacional frente a la epidemia, un estudio reciente ha confirmado que en las prisiones de Ucrania ya no se realizan evaluaciones sistemáticas obligatorias de internos ni se aísla a los que resultan VIH-positivos. Este giro radical se ha alcanzado gracias a un proyecto innovador que podría constituir un modelo para la reforma penitenciaria y el SIDA en la región. Sin embargo, al igual que muchos de los países vecinos, Ucrania se enfrenta a restricciones presupuestarias tan severas que tiene dificultades incluso para alimentar a sus prisioneros, y no digamos para proporcionarles preservativos, desinfectantes, jeringas y agujas.

## Asia

Se estima que, en el **Asia meridional y sud-oriental**, a lo largo del año 2000 han contraído la infección unos 700 000 adultos, 450 000 de ellos varones. Esas estimaciones están en consonancia con los conocidos comportamientos de riesgo en la región, en la que los varones no sólo constituyen la mayoría de los consumidores de drogas intravenosas sino que, además, están contribuyendo a impulsar la primera oleada de transmisión sexual del VIH, en gran parte a través del comercio sexual, pero también, en menor medida, de los varones que tienen relaciones sexuales con varones. En conjunto, las estimaciones para finales de 2000 indican que en la región hay 5,8 millones de adultos y niños que viven con el VIH o con SIDA.

Bangladesh ha dado el paso impresionante de controlar el VIH y los comportamientos de riesgo en una etapa muy temprana de su epidemia. Después de una primera iniciativa de vigilancia efectuada hace dos años, entre agosto de 1999 y mayo de 2000, se emprendió un segundo esfuerzo centrado en las pruebas del VIH y la sífilis y los estudios de comportamiento. El trabajo se llevó a cabo en colaboración con ONG y asociados gubernamentales, que incluían dispensarios para profesionales del sexo, programas de intercambio de agujas y centros de desintoxicación de drogas. Aunque los estudios pusieron de manifiesto toda una gama de factores de riesgo, como las prácticas peligrosas de inyección de drogas intravenosas y el uso inadecuado de preservativos, las tasas de infección por el VIH son hasta ahora muy bajas.

La región de **Asia oriental y el Pacífico** sigue manteniendo a raya el VIH en la mayor parte de su enorme población. A lo largo del año se infectaron unos 130 000 adultos y niños. Esto sitúa en 640 000 el número de personas que viven con el VIH o con SIDA a finales del año 2000, lo que representa tan sólo un 0,07% de la población adulta de la región, en comparación con una tasa de prevalencia del 0,56% en el Asia meridional y sudoriental.

No obstante, la epidemia en Asia oriental dispone de mucho espacio para el crecimiento. El comercio sexual y el uso de drogas ilegales son prácticas extendidas, al igual que la migración y la movilidad

entre fronteras y dentro de los propios países. Con más de cien millones de personas implicadas, China, en concreto, está experimentando movimientos de población de una envergadura mucho mayor que cualquier otro que se haya producido en la historia. Asimismo, después de haber erradicado prácticamente las infecciones de transmisión sexual durante los años sesenta, China asiste en la actualidad a un incremento repentino de estas tasas que, a la larga, podría traducirse en una mayor propagación del VIH.

Dado que la epidemia de Asia se cuece a fuego lento, persiste el riesgo de complacencia acerca de los peligros del VIH. Un reto importante consistirá en mantener tasas altas de uso de preservativos en lugares donde éstas ya se hayan alcanzado. Los niveles elevados de uso de preservativos no sólo protegen a las personas implicadas de inmediato, sino que también evitan lo que podría convertirse en una larga cadena de transmisión. Si disminuye el uso de preservativos, países como Tailandia podrían experimentar de nuevo un resurgimiento importante de sus infecciones por el VIH.

## África del Norte y Oriente Medio

Debido a la insuficiencia de datos, entre 1994 y 1999 se realizaron pocas nuevas estimaciones de la infección por el VIH en los países de esta región. Algunos datos recientes, sin embargo, indican que las nuevas infecciones están aumentando. Por ejemplo, los estudios realizados en el sur de Argelia revelan tasas de aproximadamente el 1% en mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales, y los centros de vigilancia en el norte y el sur del Sudán indican que el VIH se está propagando entre la población general.

Con una estimación de 80 000 nuevas infecciones en la región durante 2000, a finales de año el número de adultos y niños que viven con el VIH o con SIDA alcanzará los 400 000.

## América Latina y el Caribe

La epidemia en **América Latina** es un mosaico complejo de patrones de transmisión en el que el VIH continúa propagándose a través de las relacio-

## Recuadro 1. La interacción de factores que impulsan la transmisión sexual

Datos procedentes de todo el mundo indican que múltiples factores contribuyen al arranque de una epidemia de VIH de transmisión sexual o a impulsarla a niveles superiores. Entre los **factores sociales y de comportamiento** figuran:

- Uso escaso o nulo de preservativos.
- Una gran proporción de la población adulta con múltiples parejas.
- Relaciones sexuales superpuestas (no secuenciales). Las personas son altamente infecciosas cuando han contraído el VIH recientemente, de modo que tienen mayores probabilidades de infectar a sus parejas concomitantes.
- Grandes redes sexuales (formadas a menudo por individuos que se desplazan continuamente entre el hogar y un lugar de trabajo remoto).
- Diversidad de edades, habitualmente entre muchachas o mujeres jóvenes y varones de mayor edad.
- Dependencia económica de las mujeres del matrimonio o la prostitución, lo que les impide controlar las circunstancias o la seguridad de las relaciones sexuales.

**Los factores biológicos** incluyen:

- Tasas elevadas de infecciones de transmisión sexual, especialmente las que causan úlceras genitales.
- Tasas bajas de circuncisión masculina.
- Carga vírica elevada. Los niveles del VIH en el torrente sanguíneo suelen ser máximos cuando la persona apenas contrae la infección y, de nuevo, en las etapas tardías de la enfermedad.

Aunque todos esos factores ayudan a propagar el virus, no sabemos exactamente cuánto contribuye cada uno ni hasta qué punto necesitan combinarse para atizar las llamas de la epidemia. La cuestión de la circuncisión masculina es un buen ejemplo. Muchos países en los que se circuncida a todos los niños antes de la pubertad tienen epidemias del VIH muy limitadas, y en algunos países con epidemias más generalizadas los varones circuncidados tienen tasas del VIH más bajas que los varones no circuncidados.

En la situación actual, los epidemiólogos no pueden predecir con certeza a qué velocidad se expandirá una epidemia determinada ni cuándo alcanzará su máximo, aunque sí pueden realizarse predicciones a corto plazo basadas en las tendencias del VIH y en la información sobre comportamientos de riesgo. Afortunadamente, existen pruebas convincentes que demuestran que los países acaban reduciendo sus tasas de nuevas infecciones si llevan a cabo programas preventivos eficaces que fomenten la abstinencia sexual, la fidelidad y las relaciones sexuales seguras. Un factor crucial es el fomento de los preservativos (tanto los masculinos tradicionales como los femeninos). En este sentido, es necesario fabricar preservativos de buena calidad, baratos y fácilmente disponibles. Los preservativos son protectores con independencia de la edad o movilidad de las parejas, el alcance de sus redes sexuales o la presencia de otras infecciones de transmisión sexual.

nes sexuales entre varones, las relaciones sexuales entre varones y mujeres y el uso de drogas intravenosas. Se estima que en esa región 150 000 adultos y niños contrajeron la infección a lo largo de 2000. En muchos países, gracias a la terapia antirretrovírica, las personas VIH-positivas viven más tiempo y en condiciones más saludables. Se estima que, a finales del presente año, 1,4 millones de adultos y niños de la región viven con el VIH o con SIDA, en comparación con 1,3 millones a finales de 1999.

Cuando el VIH se propaga principalmente dentro de un pequeño grupo de población, como los varones que tienen relaciones sexuales con varones, existe un límite provisional en el número de personas expuestas (aunque la bisexualidad y el consumo de drogas pueden establecer puentes con la población general). Sin embargo, en los lugares donde el VIH se transmite por medio de relaciones sexuales entre varones y mujeres, existe un riesgo inmediato para una proporción mucho más grande de la población total. Ése es el patrón de transmisión vigente en **el Caribe**, donde las tasas del VIH son las más altas del mundo fuera de África.

Aunque los ministerios de salud en el Caribe son conscientes desde hace tiempo de la epidemia galopante y de sus implicaciones para la región, una serie de reuniones de alto nivel durante el año 2000 ha abierto las puertas a una nueva etapa de sensibilización pública y relieve del SIDA. En junio, en una reunión del Grupo Caribeño para la Cooperación en Materia de Desarrollo Económico organizada por el Banco Mundial, los primeros ministros y los ministros de finanzas se centraron en el SIDA como un problema fundamental de desarrollo para el periodo 2000-2020. En julio, los jefes de gobierno de la Comunidad del Caribe (CARICOM) reconocieron públicamente que la epidemia amenaza con invertir los logros de desarrollo alcanzados por la región durante las tres últimas décadas. Esos encuentros fueron seguidos por una reunión de alto nivel sobre el VIH/SIDA, organizada por el Primer Ministro de Barbados en septiembre de 2000. Con la asistencia de primeros ministros y otros representantes de gabinetes de la región, así como de donantes bilaterales y funcionarios del Banco Mundial y el sistema de las

Naciones Unidas, la reunión de Barbados marcó un hito por lo que se refiere al compromiso político para luchar contra la epidemia y a las nuevas promesas de financiación, especialmente por parte de los Países Bajos. Para ayudar a potenciar la acción, el Banco Mundial anunció un programa de nuevos préstamos para intervenciones contra el VIH/SIDA en la región, por un importe total de US\$ 85-100 millones.

El primer ministro de Barbados, que está a punto de asumir la presidencia de la CARICOM, ha puesto el SIDA en el orden del día de la reunión que deberá celebrarse en febrero de 2001. Cabe esperar que, en ese momento, la CARICOM emprenda oficialmente una asociación caribeña contra el VIH/SIDA.

### Países ricos

La noticia en los países más ricos del mundo es que los esfuerzos de prevención están estancados. Aunque la incidencia del VIH no se rastrea mediante vigilancia centinela nacional, la información disponible indica que el número de personas infectadas *de novo* no es menor este año que el pasado. En conjunto, a lo largo de 2000, se estima que han contraído el VIH 30 000 adultos y niños en **Europa occidental** y 45 000 en **América del Norte**. La prevalencia total del VIH ha aumentado ligeramente en ambas regiones, debido sobre todo a que la terapia antirretrovírica está prolongando la vida de las personas VIH-positivas.

Todavía se están produciendo miles de infecciones a través de las prácticas sexuales peligrosas entre varones. En un momento en que pocos varones *gay* jóvenes han visto fallecer a amigos a causa del SIDA y en que algunos consideran erróneamente que los antirretrovíricos tienen poder curativo, existe una complacencia creciente acerca de los riesgos del VIH, a juzgar por algunos informes de comportamientos de mayor riesgo sexual, principalmente entre varones jóvenes. Un problema que subsiste para la prevención es el estigma persistente de la homosexualidad, que puede dificultar el crecimiento de los muchachos que se sienten "diferentes"; muchos de ellos acabarán exponiéndose a una vulnerabilidad y unos riesgos innecesarios.

En cualquier caso, las deficiencias de prevención están repercutiendo por encima de todo en los consumidores de drogas intravenosas y sus familias, que se cree que representan el grueso de las nuevas infecciones en muchos de los países con ingresos elevados. La mayoría de esas infecciones podría haberse evitado. Los programas de prevención consistentes en educación sobre el SIDA, fomento del preservativo, intercambio de agujas y tratamiento farmacológico (que puede incluir el suministro de metadona, una sustancia que no se inyecta) han demostrado su eficacia no sólo en los países altamente industrializados sino también en economías en fase de transición, como Belarús, donde un programa para la reducción del daño logró evitar más de 2000 casos de infección durante su segundo año de funcionamiento, con un costo aproximado de US\$ 29 por infección prevenida. En los Estados Unidos, igualmente, un estudio reciente ha llegado a la conclusión de que prevenir los casos de SIDA mediante la reducción del daño resulta económicamente razonable. Lo que se requiere es la voluntad política de aplicar medidas realmente eficaces y llegar a las personas de los colectivos marginales.

### África subsahariana

En África, al sur del desierto del Sáhara, se estima que 3,8 millones de adultos y niños se infectaron durante el 2000, lo que, a finales de año, eleva a 25,3 millones el número total de personas que viven con el VIH/SIDA en la región. Durante el mismo periodo, millones de africanos infectados en años previos han empezado a experimentar problemas de salud, y 2,4 millones, en una etapa más avanzada de la infección, han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el VIH. Así pues, la región sigue enfrentándose a un triple reto de magnitud colosal:

- Proporcionar asistencia sanitaria, apoyo y solidaridad a una población creciente de personas con enfermedades relacionadas con el VIH.
- Reducir la tasa anual de nuevas infecciones, capacitando a las personas para que se protejan a sí mismas y protejan a los demás.
- Afrontar el impacto acumulativo de más de 17 millones de fallecidos por el SIDA sobre los

huérfanos y otros supervivientes, las comunidades y el desarrollo nacional.

Aunque África subsahariana vuelve a encabezar la lista de regiones con el mayor número anual de nuevas infecciones, tal vez se vislumbre una tendencia en el horizonte: aparentemente, la incidencia regional del VIH se está estabilizando. Dado que las epidemias africanas de larga duración ya han afectado a un gran número de personas cuyo comportamiento las expone al VIH, y puesto que las medidas preventivas eficaces en algunos países han capacitado a las personas para reducir su riesgo de exposición, el número anual de nuevas infecciones se ha estabilizado, o incluso ha disminuido, en algunos países. Esos descensos han empezado a equilibrar ahora las tasas de infección aún crecientes en otras partes de África, en especial la zona meridional del continente. En conjunto, pues, en el año 2000 las nuevas infecciones han totalizado 3,8 millones, algo menos que el total regional correspondiente a 1999, que fue de 4,0 millones. Sin embargo, esta tendencia no se mantendrá si países como Nigeria empiezan a experimentar una expansión rápida.

Por el momento, la prevalencia total del VIH – el total regional de personas que viven con el VIH o con SIDA – sigue aumentando porque todavía hay, cada año, más personas que contraen nuevas infecciones que personas que fallecen a causa de la enfermedad. Sin embargo, a medida que las personas infectadas hace años fallezcan por enfermedades relacionadas con el VIH (se estima que, en ausencia de terapia antirretrovírica, la supervivencia promedio es aproximadamente de 8-10 años), aumentará la mortalidad por SIDA. En el año 2000, la mortalidad asociada al SIDA totalizó 2,4 millones de personas, en comparación con 2,2 millones en 1999. En los próximos años, a menos que exista un acceso mucho más amplio a terapias que prolongan la vida, y a condición de que no vuelvan a aumentar las nuevas infecciones, cabe esperar que el número de africanos supervivientes VIH-positivos se estabilice y finalmente disminuya, conforme el SIDA se cobra la vida de los que estaban infectados hace tiempo.

En África subsahariana, las tasas nacionales de prevalencia del VIH (publicadas en el *Informe sobre*

## Recuadro 2. El conocimiento es poder

La epidemia de VIH se propaga por las relaciones sexuales entre una persona infectada y una pareja no infectada. Cuando no se conoce el estado infeccioso de ambos miembros – y, según estadísticas conservadoras, las nueve décimas partes de las personas VIH-positivas en todo el mundo no saben que están infectadas –, las únicas opciones seguras son el coito sin penetración y el coito protegido con preservativos. Sin embargo, los preservativos no carecen de inconvenientes, especialmente en el contexto de una relación estable en la que se desea un embarazo o en la que puede resultar difícil para uno de los miembros proponer repentinamente el uso de un preservativo. Para muchas personas y parejas de África, donde las tasas de prevalencia son elevadas, averiguar el propio estado infeccioso podría ampliar la gama de alternativas preventivas disponibles contra el VIH.

Un planteamiento consiste en hacer que los servicios de pruebas voluntarias resulten más apropiados para los clientes. El Centro de Información sobre el SIDA (CIS) de Uganda es una ONG de Kampala que, desde 1990, ha prestado servicio a 350 000 clientes proporcionándoles asesoramiento confidencial y pruebas del VIH. Desde 1997, el CIS ofrece servicios de un solo día. Antes, los clientes tenían que esperar dos semanas para conocer los resultados de sus pruebas del VIH, y el 25-30% no volvía a recogerlos. Las encuestas entre los clientes del CIS confirman que el 85% prefiere obtener los resultados el mismo día, y el 76% está dispuesto a pagar más por un servicio rápido. Por término medio, los clientes pasan dos horas en el centro, aunque el procedimiento podría completarse en 30 minutos.

*la epidemia mundial de VIH/SIDA - junio de 2000, del ONUSIDA)* siguen variando ampliamente entre los distintos países. Oscilan desde menos del 2% de la población adulta en algunos países de África occidental hasta cerca del 20% o más en la zona meridional del continente, con tasas intermedias en los países de la región central y oriental de África. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que las tasas de prevalencia no reflejan el riesgo que tienen las personas de contraer la infección y fallecer a causa del SIDA a lo largo de su vida. En los ocho países africanos con tasas de infección en adultos iguales o superiores al 15%, algunos análisis conservadores indican que el SIDA se cobrará la vida de aproximadamente un tercio de los muchachos que actualmente tienen 15 años.

## ¿Cómo está respondiendo África al VIH?

Tal como se aprecia en los apartados anteriores de la presente actualización de la epidemia, el VIH ha penetrado en todos los países del planeta. Pero,

por desgracia, el cuadro de la página 5 muestra claramente que hay un continente mucho más afectado por el SIDA que cualquier otro. África alberga el 70% de los adultos y el 80% de los niños que viven actualmente con el VIH en el mundo, y ha enterrado a las tres cuartas partes de los más de 20 millones de personas que han fallecido en todo el mundo a causa del SIDA desde el comienzo de la epidemia. Más allá del sufrimiento personal que acompaña a la infección por el VIH dondequiera que se produzca, el virus amenaza con devastar comunidades enteras e invertir décadas de progreso hacia un futuro más próspero y saludable en África subsahariana.

En los siguientes apartados examinaremos cómo incide el SIDA en la vida y los medios de subsistencia de los varones, mujeres y niños de los países más afectados, especialmente los de África meridional. La información presentada pone de manifiesto dos cosas. La primera es que la devastación causada por el VIH es muy real, con independencia de que sus repercusiones se midan en cuanto a la infraestructura empresarial o las perspectivas futuras para los niños. El segundo hilo de conexión a lo

largo del presente informe es que la epidemia está estimulando una nueva facultad de adaptación. Los gobiernos, empresas, familias y comunidades se están adaptando – con mayor o menor esfuerzo y dolor – al nuevo panorama que está configurando la epidemia. Esto ilustra la capacidad estimulante de toda la población africana para afrontar nuevos retos justo cuando la situación parece más desesperada.

### **Familias: respuesta según la capacidad**

En los países más afectados por la epidemia, el aumento de la morbilidad y mortalidad tiene lugar a menudo en un contexto de deterioro de los servicios públicos, pobres perspectivas de empleo y pobreza endémica, que no se relaciona directamente con la epidemia de VIH, pero que puede verse exacerbada por ella. Esos factores no sólo reducen la capacidad de las comunidades para ayudar a los más afectados por el SIDA, sino que complican la tarea de medir las repercusiones del SIDA a nivel del hogar. Muchos de los estudios que examinan familias afectadas por el SIDA no recopilan simultáneamente información de familias no afectadas, por lo que resulta difícil distinguir entre el impacto de la enfermedad y la muerte en un adulto joven y el impacto de otras conmociones, como la sequía, la inflación o un aumento en las cuotas escolares o de los servicios sanitarios. Y puesto que la mayoría de los estudios domésticos se realizan en un punto cronológico determinado, pasan por alto las familias que han sido incapaces de afrontar la situación: las que se han disuelto a causa del SIDA, dejando a los jóvenes en la calle y a los ancianos en la indigencia y la muerte.

Lo que demuestra la información disponible es que las familias cargan con el mayor peso de la miseria causada por la epidemia. No obstante, nuevos análisis de información recopilada en etapas anteriores de la epidemia en la República Unida de Tanzania sugieren que las familias y comunidades pueden tener más capacidad de adaptación de lo que se pensaba. Un gran estudio de familias rurales efectuado durante un periodo de diversos años, en un momento en el que la prevalencia del VIH entre los adultos jóvenes de la región de Kagera era del 10-25% y cuando el SIDA había incrementado en dos

tercios la mortalidad de los adultos jóvenes, plantea dudas sobre algunos supuestos previos acerca de las consecuencias de un fallecimiento prematuro reciente. Entre las familias que habían experimentado tal fallecimiento, muy pocas estaban compuestas enteramente por ancianos y jóvenes. Menos de una de cada 10 familias no tenía ningún miembro superviviente de 15 a 50 años de edad. Los ancianos no tenían mayores probabilidades de sufrir problemas de salud que los que vivían en familias no afectadas por el SIDA u otras causas de mortalidad; tampoco tenían mayores probabilidades de verse obligados a trabajar en el campo o realizar otras tareas. Asimismo, en comparación con los no huérfanos, los huérfanos no tenían una probabilidad significativamente mayor de mostrar signos de malnutrición, con independencia de quién los cuidara después del fallecimiento de sus padres.

Otro análisis en la misma población de Tanzania examinó con mayor detalle lo que hacen las familias para afrontar económicamente la pérdida de un adulto joven. El estudio constató que había una diferencia radical en la capacidad de respuesta según el nivel de riqueza de la familia. En los hogares más pobres, durante los seis meses siguientes al fallecimiento de un adulto joven, el gasto en alimentos disminuyó casi una tercera parte y el consumo de alimentos, aproximadamente en un 15%; en cambio, en los hogares que no eran pobres aumentaron tanto el gasto como el consumo de alimentos, debido posiblemente a las celebraciones funerarias. La diferencia puede explicarse porque las familias más ricas tienen un mejor acceso a ayuda financiera. Durante los seis meses siguientes al fallecimiento de un adulto joven, las familias no pobres recibieron por término medio unos 20 000 chelines por miembro (alrededor de US\$ 25 al cambio actual) a cargo de familiares, amigos y otras fuentes privadas. Las familias pobres, por otra parte, tendían a no recibir prácticamente ninguna ayuda de los amigos y familiares, por lo que se veían obligadas a pedir dinero prestado o a confiar en la asistencia pública, que a menudo no llegaba hasta algunos meses después del fallecimiento. Esto refuerza la importancia de enfocar las medidas de alivio del SIDA en los hogares más necesitados.

Un estudio de familias afectadas por el SIDA en Zambia llegó a conclusiones similares acerca de la

necesidad de orientar los recursos, con el argumento de que se requerirían diferentes estrategias de mitigación del impacto para los distintos segmentos de la población. Ese estudio comprobó que, en los hogares afectados por el SIDA de las zonas urbanas, era probable que los niños abandonaran la escuela porque sus tutores no tenían dinero para pagar las cuotas escolares, un problema que podría aliviarse mediante subvenciones para la educación de los huérfanos. Por otra parte, en las zonas rurales, donde los niños dejaban la escuela para trabajar en el campo en lugar de un adulto enfermo o fallecido, una solución podría ser la creación de una reserva de mano de obra comunal que estuviera a disposición de las familias afectadas por el SIDA.

Otro problema en las zonas rurales es la transmisión de conocimientos a las generaciones más jóvenes.

Algunos estudios han revelado que los niños huérfanos no suelen ser capaces de asumir las labores agrícolas que les encomiendan. En Namibia, los niños encargados de los animales de granja – gallinas y cabras – veían morir muchos de esos animales simplemente porque no tenían experiencia para cuidarlos de forma adecuada. En un estudio efectuado en Kenya, cuatro de cada cinco huérfanos que realizaban labores agrícolas en una zona rural indicaron que no sabían dónde buscar información acerca de la producción de alimentos.

Por desgracia, el VIH también está erosionando los recursos que podrían ayudar a esos niños a recuperarse. El estudio de Namibia estimó que el personal de extensión agrícola, cuyo trabajo consiste en apoyar a los granjeros con información y adiestramiento práctico, pasó al menos una décima

### **Recuadro 3. Comunidades que apoyan a los huérfanos en sus casas: un modelo de asistencia poco costoso**

A medida que aumentan las proyecciones sobre el número de huérfanos a causa del SIDA, se han hecho algunos llamamientos dirigidos a potenciar la asistencia institucional de los niños. Esta solución es impracticablemente cara. En Etiopía, por ejemplo, mantener a un niño en un orfanato cuesta entre US\$ 300 y US\$ 500 al año, más de tres veces los ingresos nacionales per cápita. También es una solución trágica para los niños que son separados de sus hermanos, alejados de sus comunidades y criados en situaciones que no los preparan para vivir como adultos. La institucionalización acumula problemas para la sociedad, que está mal equipada para afrontar un aflujo de adultos jóvenes que no se han educado socialmente en la comunidad en la que tendrán que vivir.

Una solución desarrollada por grupos religiosos de Zimbabwe consiste en reclutar a miembros de la comunidad para que visiten a los huérfanos en los hogares donde viven, ya sea con padres adoptivos, abuelos u otros familiares, o bien en hogares encabezados por niños. Los voluntarios, que conocen bien sus comunidades, realizan visitas semanales o quincenales a las familias más necesitadas con el fin de asegurar que los tutores y los niños reciben el apoyo material y psicológico que requieren para mantener unido el hogar. A las familias que cuidan de huérfanos se les proporciona ropa, mantas, subvenciones escolares, semillas y fertilizantes, según las necesidades, y las comunidades colaboran en actividades tales como trabajar en campos comunales y generar ingresos para respaldar el programa. El programa ha reclutado a unos 180 voluntarios, que, en conjunto, ayudan a más de 2 700 familias con huérfanos. En total, el programa cuesta menos de US\$ 10 por familia atendida, y los fondos corren a cargo de una ONG – Family AIDS Caring Trust – y de las iglesias locales. Este enfoque de apoyo a los huérfanos impulsado por la comunidad se ha reproducido en todo Zimbabwe, y también empiezan a surgir réplicas en otros países de África, como Kenya, Malawi y Zambia.

parte de su tiempo asistiendo a servicios funerarios. De forma similar, en el distrito de Gweru (Zimbabue), la asistencia a entierros produjo una pérdida del 10% en concepto de salarios de agentes de extensión agrícola. En Malawi, el fallecimiento de empleados del Ministerio de Agricultura e Irrigación se duplicó entre 1996 y 1998 (de 5 por mil a 10 por mil), un incremento atribuible en gran parte al SIDA.

### SIDA y educación: vínculos complejos

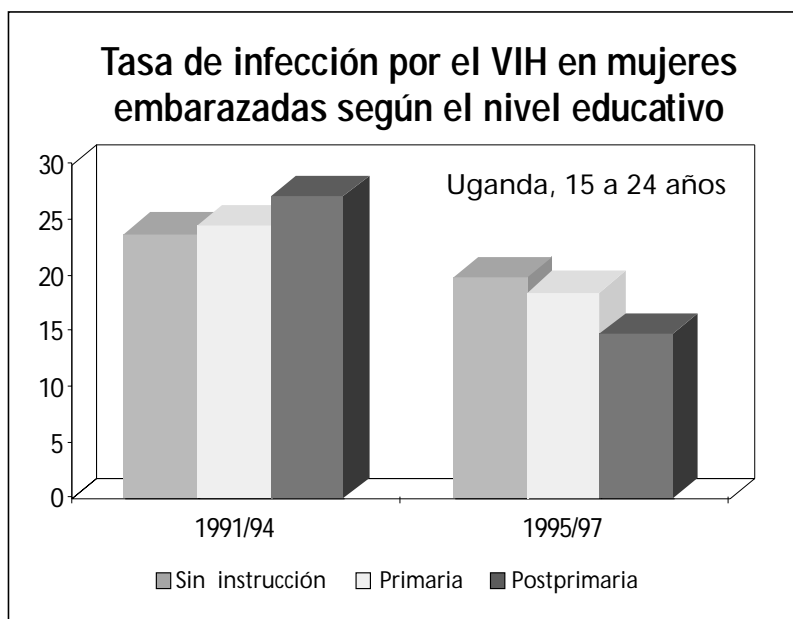
De la misma forma que en los países industrializados los segmentos de población con mayor nivel educativo fueron los primeros en adoptar estilos de vida saludables basados en hacer ejercicio, no fumar y seguir una dieta equilibrada, en África subsahariana parece estar emergiendo un patrón similar por lo que respecta al VIH. Un análisis de estudios centrados en jóvenes de 15 a 19 años puso de manifiesto que, actualmente, los adolescentes con mayor nivel educativo tienen muchas más probabilidades de utilizar preservativos que sus compañeros con menor formación; asimismo, es menos probable que mantengan relaciones sexuales esporádicas, especialmente en los países con epidemias masivas. Esto no era así al principio de la epidemia africana. En aquel momento, la educación tendía a asociarse a más ingresos disponibles y mayor movilidad, factores ambos que contribuían a aumentar las relaciones sexuales ocasionales y el riesgo de contraer el VIH. Pero, con la generalización de la información sobre el VIH, la educación ha dejado de ser un lastre para convertirse en un escudo. Dado que las personas con mayor nivel educativo están más capacitadas para atenderse a la información preventiva, y puesto que tienen más oportunidades en la vida en general, están optando ahora por exponerse menos a los peligros del VIH.

La figura *infra* muestra los resultados de estudios en mujeres

fecundas de 15 a 24 años en la región occidental de Uganda. En el periodo 1991-1994, las mujeres jóvenes con formación secundaria tenían mayores probabilidades de estar infectadas que sus congéneres analfabetas. Entre 1995-1997, sin embargo, la tasa de infección en las mujeres con mayor nivel educativo se había reducido casi a la mitad, mientras que en las mujeres sin escolarización oficial el descenso había sido mucho menor.

Si ésta es una buena noticia, la mala es que el SIDA amenaza actualmente la cobertura y calidad de la educación. La epidemia no ha preservado ese sector más de lo que ha preservado la atención de salud, la agricultura o la minería.

Por lo que se refiere a la demanda, el VIH está reduciendo el número de niños escolarizados. Las mujeres VIH-positivas tienen menos hijos, en parte por la posibilidad de que fallezcan antes de concluir la edad fecunda, y de otro lado, hasta un tercio de sus niños están infectados y tal vez no sobrevivan a la edad escolar. Muchos niños que han perdido a sus padres a causa del SIDA, o que viven en hogares que han adoptado a huérfanos por el SIDA, pueden verse obligados a dejar la escuela para ganar algún dinero o simplemente porque las cuotas escolares se han vuelto inasequibles.



Fuente: Kilian A. et al. (1999). "Reductions in risk behaviour provide the most consistent explanation for the declining prevalence of HIV-1 infection in Uganda". *AIDS*, 13: 3, 391-398.

En cuanto al suministro, la carencia de maestros es un problema en ciernes en muchos países de África. En Zambia sigue creciendo el número de maestros que fallecen como consecuencia del SIDA, y muchos más sólo imparten clases esporádicas debido a su enfermedad. Swazilandia estima que, durante los próximos 17 años, tendrá que formar a más del doble de los maestros habituales sólo para mantener los servicios al nivel de 1997. Sin esta formación adicional, el tamaño de las aulas se dispararía por encima de los 50 alumnos por maestro. Aparte de los subsidios por enfermedad y fallecimiento de maestros, cabe esperar que, en 2016, los costos añadidos de la contratación y formación socaven el tesoro de Swazilandia en unos US\$ 233 millones, más que el presupuesto gubernamental total para bienes y servicios en 1998-1999.

### El elevado costo del VIH para las empresas

El VIH repercute directamente en las empresas al minar su fuerza laboral. En 1993, cuando el VIH sólo estaba empezando a mostrar sus efectos sobre la morbilidad y mortalidad de la fuerza laboral de Côte d'Ivoire, cuatro empresas de Abidján tuvieron que asumir costos médicos relacionados con el SIDA que oscilaron entre US\$ 1,8 y US\$ 3,7 millones. En 1997, los costos del SIDA en Abidján representaron entre el 0,8% y el 3,2% de los gastos de nómina. Un estudio de cinco empresas de Etiopía realizado a mediados de los años noventa reveló que el SIDA había sido responsable de más de la mitad de la carga de enfermedades durante un periodo de cinco años, con el incremento consiguiente del absentismo y los costos médicos. En la República Unida de Tanzania, en una investigación de seis empresas, el promedio anual de costos médicos por empleado aumentó más de tres veces entre 1993 y 1997 a causa del SIDA, mientras que los costos funerarios de las empresas se multiplicaron por cinco.

Después de consultar con sindicatos y trabajadores, un número creciente de empresas está llevando a cabo análisis voluntarios y anónimos del VIH entre sus empleados. Esos análisis no revelan qué personas viven con el VIH, pero dan una idea

de las tasas de infección entre los trabajadores con diferentes niveles de capacitación. También ayudan a las empresas a enfocar con mayor eficacia sus esfuerzos de prevención en el lugar de trabajo y a planificar con miras a las futuras necesidades de asistencia sanitaria, jubilación, reclutamiento y formación.

Los resultados de algunos estudios recientes revelan la magnitud del impacto que tendrá probablemente el VIH en el futuro. Un estudio de 1999 entre mineros del sur de África constató que estaban infectados por el VIH más de un tercio de los empleados de 25 a 40 años, así como una cuarta parte de los trabajadores más jóvenes y ancianos. Los trabajadores de otras industrias muestran tasas de infección similares, al menos en Sudáfrica. En una hacienda azucarera, por ejemplo, el 26% de todos los trabajadores estaba viviendo con el VIH. En ese sector, como en el de la industria minera, las tasas del VIH eran más altas entre los trabajadores no cualificados que entre los de nivel administrativo. Las nueve décimas partes de las personas VIH-positivas estaban casadas y, por término medio, tenían entre seis y siete familiares a su cargo. Un examen de los registros sanitarios de trabajadores VIH-positivos que se jubilaron por motivos de salud durante los años noventa sugería que, en los dos años previos al retiro, esos empleados habían acudido al dispensario más de 20 veces y se habían ausentado del trabajo un promedio de 17 días. La pérdida de productividad asociada a este nivel de absentismo, los gastos clínicos y hospitalarios y la formación y retribución de nuevos trabajadores para cubrir las bajas costaron a la hacienda azucarera un promedio de 8 465 Rand (más de US\$ 1000) por empleado enfermo. Dado que el número de trabajadores infectados actualmente por el VIH supera con creces el número de los que ya han causado baja, cabe esperar que dentro de seis años la empresa pague 10 veces más que ahora en concepto de enfermedad laboral. Esos costos no contabilizan siquiera la probabilidad de que en un futuro próximo aumenten sustancialmente las primas de seguros de enfermedad y de vida para los empleados.

Ante la perspectiva de menor productividad y mayores costos, algunas empresas están optando

por expandir sus operaciones en países menos afectados por la epidemia. Otras prefieren reducir sus plantillas de trabajadores no cualificados y contratar tales servicios con firmas externas, en parte para no tener que pagar subsidios a los empleados. Esta táctica socava evidentemente la seguridad económica de los trabajadores, al tiempo que traspasa los costos de afrontar el VIH a las familias y gobiernos. Pero es posible que también vaya en contra de los intereses de los propios empleadores. Mediante una inversión asistencial que asegure una vida más prolongada y saludable de los empleados, puede mantenerse una plantilla competente, experimentada y fiel que contribuya a obtener el máximo rendimiento, y durante el máximo tiempo posible.

Los elevados costos del SIDA en el mercado laboral – pérdida de productividad, contratación y readiestramiento, primas más altas de seguros y asistencia médica – refuerzan el argumento de invertir en programas de prevención del VIH para varones y mujeres en el lugar de trabajo. Sin embargo, las empresas privadas y organismos gubernamentales que han tenido la previsión de afrontar el VIH en su fuerza laboral siguen siendo

pocos y dispersos. Aunque los dirigentes empresariales pueden reconocer la amenaza a largo plazo que supone el SIDA para su rentabilidad final, los objetivos se fijan a menudo en la supervivencia a corto plazo dentro de un clima de inflación, caída de la paridad monetaria, protestas laborales, desórdenes políticos y racionamiento de la electricidad.

Los gerentes pueden ser reacios a emprender programas de prevención del VIH en el lugar de trabajo porque consideran que son caros. De hecho, esto no tiene por qué ser así. En un estudio, con un costo de tan sólo US\$ 6 por empleado se formó a trabajadores de fábricas para que proporcionaran a sus compañeros información sobre el SIDA y servicios de apoyo que promovieran comportamientos más seguros. Esa iniciativa redujo en un tercio el número de nuevas infecciones por el VIH, en comparación con las fábricas que no realizaron tal inversión preventiva. Por US\$ 170 por empresa y año, estos y otros empleadores se han unido ahora con el fin de crear un fondo de inversión para sufragar la educación de los trabajadores y servicios gratuitos de asesoramiento y pruebas del VIH para aquellos

#### **Recuadro 4. Kenya invierte en su futuro: prevención para funcionarios gubernamentales**

En la mayoría de los países de África, el principal contratista no es una empresa privada sino el gobierno. En Kenya, diversos organismos gubernamentales, que se enfrentan a un futuro de pérdida de empleados clave y de aumento incesante de las pensiones, ya han empezado a invertir en programas de prevención.

Un ejemplo procede de Thika, un distrito a poca distancia de Nairobi, la capital de Kenya, en el que un tercio de las mujeres embarazadas tiene actualmente pruebas positivas del VIH (la tasa más elevada en todo el país). Thika alberga la planta de tratamiento de agua Ngethu del Consejo Municipal de Nairobi. Con el apoyo de AMREF, una ONG con sede en Nairobi, la dirección de la planta ha formado recientemente a algunos trabajadores para que instruyan a sus compañeros en temas relacionados con la prevención y asistencia del VIH. Se ofrecen preservativos y tratamiento para infecciones de transmisión sexual. El programa está funcionando satisfactoriamente, y es probable que se amplíe para cubrir a los 2 700 empleados del departamento de aguas de la ciudad de Nairobi.

El Gobierno de Kenya también ha emprendido iniciativas de prevención del VIH entre funcionarios de correos, agencia tributaria, autoridades portuarias y fuerzas de policía.

que los deseen. Con un enfoque más global sería posible alcanzar resultados aún mejores. Un buen ejemplo procede de un grupo de minas de Sudáfrica, que amplió sus actividades de prevención del VIH más allá de su propia fuerza laboral. Utilizando dispensarios móviles para llegar al colectivo de mujeres que suelen comerciar sexualmente con los mineros, el proyecto ofrecía análisis y tratamiento gratuitos para infecciones de transmisión sexual, junto con distribución de preservativos y fomento de otras medidas de comportamiento seguro. Los investigadores estiman que la iniciativa ha evitado 235 infecciones por el VIH al año, 195 de ellas entre mineros. El proyecto costó unos 268 000 Rand (alrededor de US\$ 38 000 al cambio actual), pero ha ahorrado a la empresa 25 veces esta cantidad en concepto de asistencia sanitaria, pérdida de productividad y otros costos. El programa se está ampliando actualmente en colaboración con el Ministerio de Salud del Gobierno.

## El SIDA socava la inversión y estanca el crecimiento económico

Sigue siendo excepcionalmente difícil calibrar el impacto macroeconómico de la epidemia. Muchos factores aparte del SIDA influyen en el rendimiento económico y complican la tarea de realizar previsiones (p.ej., la sequía, los conflictos internos y externos, la corrupción, la mala gestión económica). Además, las economías tienden a reaccionar de forma más espectacular a medidas de reestructuración, una carencia repentina de combustible o un cambio inesperado de gobierno que a erosiones lentas y prolongadas como la que provoca el SIDA.

A pesar de que los datos son incompletos, hay pruebas crecientes de que, a medida que aumentan las tasas de prevalencia del VIH, disminuyen significativamente tanto los ingresos nacionales totales (producto interior bruto, o PIB) como su ritmo de crecimiento. Los países de África en los

que está infectado menos del 5% de la población adulta sufrirán un impacto discreto en el ritmo de crecimiento del PIB. Cuando la tasa de prevalencia del VIH llega al 20% o más (tal como ya ocurre en algunos países del sur de África), el crecimiento del PIB puede disminuir hasta un 2% anual.

Con tasas de prevalencia en adultos que se aproximan al 20% y 36% respectivamente, Sudáfrica y Botswana ya están notando las repercusiones de la epidemia. Y lo peor aún está por llegar: en ambos países, los muchachos de 15 años actualmente tienen más del 50% de probabilidades de fallecer por causas relacionadas con el VIH si no se reducen radicalmente las tasas vigentes de infección. Algunos estudios recientes efectuados en esos países o encargados por ellos arrojan nueva luz sobre el impacto macroeconómico que derivará probablemente de una morbilidad y mortalidad de tal magnitud.

Los estudios revelan un panorama ciertamente desolador para Sudáfrica, donde la renta per cápita es seis veces mayor que el promedio en África subsahariana y donde la economía nacional representa el 40% de la producción económica total de la región. Según un estudio exhaustivo del ING Barings Bank, la tasa global de crecimiento económico durante la próxima década será probablemente 0,3-0,4 puntos porcentuales menor cada año de la que hubiese logrado sin el SIDA. Acumulando este menor crecimiento económico a lo largo del tiempo, otro estudio indica que, en 2010, el producto interior bruto (PIB) real será un 17% inferior al que se habría alcanzado en ausencia del SIDA. En términos actuales, esto supondría unas pérdidas de US\$ 22 mil millones para la economía sudafricana, más del doble que toda la producción nacional de cualquier otro país de la región excepto Nigeria.

Ese último estudio también prevé que, a comienzos de la próxima década, las familias gastarán mucho más en asistencia a los pacientes y huérfanos por el SIDA y que, por término medio, tendrán un 13% menos de renta disponible por persona. La inversión se resentirá a medida que las familias – pero también las empresas y el gobierno – dediquen a gastos de asistencia sani-

taria el dinero que, de otra forma, habrían ahorrado y reinvertido en la economía. En el otro lado de la ecuación de las inversiones puede haber un incentivo para eliminar algunos costos relacionados con el VIH sustituyendo personal humano – especialmente el menos cualificado – por equipos y maquinaria. En el caso de Sudáfrica, no está claro hasta qué punto sucederá esto. Aunque las tasas de infección por el VIH son máximas en este segmento de la mano de obra, también lo son las tasas de desempleo, que se sitúan en torno al 30%. Es posible, pues, que los trabajadores no cualificados que fallezcan a causa del SIDA sean sustituidos simplemente por otros que ahora se encuentran en el paro. Al mismo tiempo, es probable que el SIDA exacerbe la grave carencia de varones y mujeres cualificados en la mayoría de los sectores de la economía, lo que creará estancamientos importantes en los negocios y la producción. Esto resulta particularmente preocupante porque, tal como se ha indicado con anterioridad (págs 14-15), el VIH también está socavando la educación y, por tanto, el potencial de expandir los conocimientos prácticos con la rapidez requerida.

Esta carencia de conocimientos teóricos y prácticos es aún más acusada en la vecina Botswana, que ya está importando personal administrativo. Un estudio reciente predice que los salarios de los trabajadores cualificados aumentarán entre el 12% y el 17% como consecuencia de la mortalidad por el SIDA. Dominada por la industria de la minería de diamantes, la economía del país es mucho más intensiva en capital que la mayoría de las economías africanas. Cabe esperar que la razón entre capital y producción aumente un 18% durante los próximos 25 años, lo que ayudará a la industria de los diamantes a permanecer a flote y mantener niveles de inversión saludables. Aun así, el mercado de mano de obra no cualificada en Botswana experimentará apenas un ligero crecimiento, lo que se traducirá en una reducción del paro del 8% y en un descenso en la producción de la industria de diamantes y otros sectores. Dado que el ritmo de crecimiento del PIB disminuirá alrededor de un 1,5% anual, en 2025 la economía del país será un 31% menor de lo que habría sido en ausencia del SIDA.

En Botswana, sin embargo, un hecho aún más llamativo es que el SIDA alterará la distribución de la renta residual. Con US\$ 3 240, Botswana posee el PIB per cápita más alto de África subsahariana. Invirtiendo con prudencia los ingresos que obtiene por los diamantes, el país ha alcanzado niveles elevados de alfabetización, una buena cobertura de servicios sanitarios básicos y una reducción en el número de familias pobres. La epidemia erosionará esos progresos. Un estudio sobre los efectos del SIDA sugiere que el número de familias indigentes (las que ganan menos de US\$ 5 por persona y mes) aumentará durante los próximos 10 años. En el mismo periodo, las familias más pobres experimentarán un descenso en los ingresos del 13% y crecerán en tamaño, a medida que acojan a nuevas personas a su cargo como consecuencia del SIDA.

Los presupuestos del Gobierno de Botswana también se verán afectados. Es probable que el gasto en salud aumente de forma espectacular, según algunas estimaciones más del triple durante los próximos 10 años. Tal vez se consiga un cierto ahorro en educación, ya que la infección por el VIH en adultos jóvenes mermará seriamente el número de niños nacidos y que alcancen la edad escolar. Pero el costo de formar a maestros en número suficiente para compensar la mortalidad relacionada con el SIDA minará estos presuntos ahorros. El suministro de apoyo social a las familias más necesitadas también incidirá en los presupuestos gubernamentales. Todo este gasto adicional se suma a una base tributaria en recesión, como consecuencia de una economía que será un tercio más pequeña de lo que podría haber sido en otras circunstancias. En conjunto, es probable que el SIDA recorte en más del 20% el presupuesto gubernamental de Botswana para los próximos 10 años.

Esas proyecciones económicas para Sudáfrica y Botswana se basan en el supuesto de que los programas de prevención no produzcan cambios radicales en las tasas de infección por el VIH en un futuro inmediato. Dado que ya está infectada una gran proporción de las personas que presumiblemente enfermarán y fallecerán durante los próximos 10-15 años, este supuesto parece razonable. Si la movilización masiva en el sur de

África logra reducir la infección por el VIH entre los jóvenes, tal como ha ocurrido en Uganda – un objetivo primario de la Asociación Internacional contra el SIDA en África (véase el recuadro 5) –, entonces las proyecciones a largo plazo aquí descritas pueden sobrestimar el impacto del SIDA a nivel macroeconómico.

## Marcar la diferencia: ¿cuánto costaría?

Cuando la ola de morbilidad y mortalidad por el SIDA empezó a crecer en África, hace ahora unas dos décadas, uno o dos países reaccionaron con rapidez, movilizando a personas de toda índole para unir fuerzas contra el VIH y las relaciones sexuales no protegidas que lo propagan. Otros países esperaron bastante más antes de acometer el problema, pero también ellos están viendo recompensados sus esfuerzos. En el exhaustivo *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA*, publicado en junio de 2000 y en otros documentos de Prácticas Óptimas del ONUSIDA (<http://www.unaids.org>), se describen algunos de los éxitos más destacados, incluidos los del Senegal, Uganda y Zambia.

El hecho de que esos éxitos se limiten a un pequeño número de ejemplos, que se citan una y otra vez, supone una de las mayores tragedias de finales del siglo XX. La mayoría de los países de África – y, en realidad, de todo el mundo – perdió un tiempo muy valioso porque no comprendió plenamente la naturaleza del SIDA ni su significación como nueva epidemia. Se emprendieron algunas acciones, pero no en la escala que se habría requerido para frenar la avalancha de la epidemia.

Sobra decirlo, la escala de la acción necesaria para “marcar diferencias” ha aumentado de forma exponencial a lo largo de la epidemia. Al principio de una epidemia heterosexual, la mayoría de las nuevas infecciones las contrae y transmite una minoría de personas que cambian de pareja con una frecuencia inusual. Si se utilizan

preservativos en la mayoría de esas relaciones, la epidemia puede contenerse con relativa facilidad. Pero cuando el VIH se ha instalado firmemente en la población general, la mayor parte de las nuevas infecciones incide en la mayoría de los adultos que no tienen un número especialmente elevado de parejas. Esto significa que las campañas de prevención tienen que ampliarse enormemente, lo que, a pesar de su innegable valor, las hace más difíciles y costosas.

La mayoría de los países de África se encuentra en esta etapa. Sin embargo, pocos de ellos han ampliado los programas de prevención del VIH hasta el nivel que se requeriría para recortar significativamente el número de nuevas infecciones. Dado que los fracasos anteriores de prevención acaban convirtiéndose en necesidades actuales de asistencia, el hecho de que no se afrontara la epidemia desde el principio también está imponiendo una mayor carga asistencial en los países con una prevalencia elevada del VIH. Y a medida que enfermen y fallezcan las personas VIH-positivas, la tarea de aliviar las consecuencias para los huérfanos, otros supervivientes, familias y comunidades se convertirá en un tercer reto.

### Aumentar la respuesta: imperativo y asequible

Recientemente, diversos investigadores han intentado determinar cuánto dinero se necesitaría para marcar una diferencia real en la epidemia de SIDA en África, tanto por lo que se refiere a ampliar los programas preventivos hasta un nivel que quepa esperar que sea realmente eficaz para la población como a proporcionar asistencia y apoyo básicos para las personas infectadas y sus familias. El ejercicio no es sencillo en absoluto. Por una parte, no está claro con cuánto dinero puede comprarse cuánta prevención o asistencia. Por otra, no es fácil establecer objetivos de prevención o asistencia que sean alcanzables y realistas. En tercer lugar, es difícil asegurar la relación exacta entre cambios de comportamiento y nuevas infecciones a diferentes niveles de prevalencia del VIH, y en diferentes poblaciones. La mayor parte de la información disponible sobre costos y eficacia de los programas de prevención del VIH procede de un pequeño número

de proyectos cuidadosamente ejecutados y evaluados. Lo más probable es que los costos unitarios y los resultados de esos pequeños proyectos no sean los mismos si se aplican en escala nacional.

Por fortuna, los diferentes métodos de calcular los costos han generado estimaciones sorprendentemente similares, y lo mejor de todo es que tales costos son asequibles. Si los países fijan objetivos ambiciosos pero alcanzables para el periodo 2000-2005, de acuerdo con las ideas actuales necesitarán los siguientes recursos anuales para potenciar la respuesta al SIDA hasta una escala que tenga un efecto importante sobre la epidemia en África:

- Un mínimo de US\$ 1,5 mil millones al año permitiría lograr niveles masivamente más altos de ejecución de todos los principales componentes de un programa preventivo satisfactorio para el conjunto de África subsahariana. Esto cubriría la transmisión del VIH por vía sexual, maternoinfantil y relacionada con transfusiones, y abarcaría enfoques que van desde campañas de sensibilización a través de los medios de comunicación hasta asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH, así como fomento y suministro de preservativos.
- Por lo que respecta al cuidado de los huérfanos y personas que viven con el VIH o con SIDA, los costos dependen en gran medida del tipo de asistencia que se proporcione. Se estima que, con un mínimo de US\$ 1,5 mil millones al año, los países de África subsahariana podrían adquirir terapia de alivio de los síntomas y el dolor (cuidados paliativos) para la mitad o más de los pacientes con SIDA que la necesitan; tratamiento y profilaxis de las infecciones oportunistas para una proporción algo menor, y cuidado para los huérfanos del SIDA. En el momento actual, la cobertura asistencial en muchos países de África es insignificante, de modo que alcanzar esos niveles de cobertura representaría un enorme paso adelante.
- Instaurar cobertura con terapia antirretrovírica de combinación añadiría varios miles de millones de dólares a la factura anual.

Por supuesto, proporcionar servicios de prevención y asistencia del SIDA implica algo más que disponer de estos fondos. Los países han de tener infraestructuras sanitarias, educativas, de comunicaciones y de otros tipos lo suficientemente desarrolladas para permitir el suministro de tales intervenciones. En algunos de los países más afectados, esos sistemas ya se encuentran al límite, y es probable que se deterioren aún más bajo el peso del SIDA. Asimismo, el dinero sólo puede utilizarse con prudencia si hay personas para utilizarlo de tal manera. Existe una carencia importante de varones, mujeres y jóvenes que estén capacitados para impartir asesoramiento, asistencia y prevención. También hay una gran demanda, y una escasa disponibilidad, de aptitudes en materia de teoría estratégica, planificación y gestión. La demanda local ya supera la oferta local, y a medida que se disponga de más fondos para ampliar la respuesta al VIH, es probable que la demanda crezca todavía más.

Se trata de problemas importantes que deberá afrontar la Asociación Internacional contra el SIDA en África. Los países de África y sus asociados en la comunidad mundial tendrán que hacer mucho más para crear infraestructuras y fortalecer la capacidad humana si realmente pretenden marcar una diferencia en la epidemia.

Al mismo tiempo, la comunidad mundial puede y debe hacer más para ayudar a financiar una estrategia creíble contra el SIDA en África. Con una inversión de US\$ 3 mil millones al año, el mundo puede marcar una diferencia masiva en la calidad de vida de millones de africanos. Diríase que el precio que hay que pagar es pequeño para ayudar a todo un continente a evitar un futuro dominado por la ruptura social que caracteriza a la "era del SIDA" a comienzos del tercer milenio. De hecho, el costo empalidece si se compara con el gasto en otras enfermedades susceptibles de prevención. Se estima, por ejemplo, que sólo los Estados Unidos gastan alrededor de US\$ 52 000 millones para afrontar las consecuencias médicas de la obesidad, más de 15 veces lo que se necesitaría para cambiar el rostro del SIDA en África.

### **Recuadro 5. La importancia del liderazgo político**

Creada en 1999, la Asociación Internacional contra el SIDA en África trabaja para movilizar una respuesta más amplia e intensificada a la epidemia por parte de los asociados de dentro y fuera del continente. Uno de sus objetivos es aumentar el número de países africanos que gestionen su respuesta al SIDA al máximo nivel. La experiencia demuestra que las perspectivas de éxito son mayores cuando un país tiene un organismo o comité de alto nivel – que a menudo depende directamente del presidente o del primer ministro – responsable de planificar y dirigir la lucha contra la epidemia. Este organismo de alto nivel puede aglutinar los múltiples sectores que deberían estar implicados, desde las bases populares a través de los ministerios de educación, defensa y salud hasta el sector privado en las áreas agrícola, minera, industrial y de servicios.

En los últimos 15 meses, trabajando a través de la Asociación, un número impresionante de países ha establecido nuevos organismos de coordinación del SIDA de alto nivel o ha reforzado los ya existentes. Entre esos países cabe citar Etiopía, Ghana, Mozambique, Nigeria, República Unida de Tanzania, Swazilandia, Uganda y Zambia.



## GRÁFICOS

1. Estimaciones mundiales a fines de 2000 :  
adultos y niños
2. Número estimado de casos nuevos de infección  
por el VIH en adultos y niños en 2000
3. Número estimado de adultos y niños viviendo con  
el VIH/SIDA a fines de 2000
4. Número estimado de defunciones causadas por el  
VIH/SIDA en adultos y niños durante 2000

# Estimaciones mundiales a fines de 2000 adultos y niños

---

✕ Personas que viven con el VIH/SIDA.....	36,1 millones
✕ Nuevas infecciones por el VIH en 2000.....	5,3 millones
✕ Defunciones por causa del VIH/SIDA en 2000 .....	3,0 millones
✕ Número acumulado de defunciones por causa del VIH/SIDA.....	21,8 millones



**UNOSIDA**  
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL



Organización  
Mundial  
de la Salud

# Número estimado de casos nuevos de infección por el VIH en adultos y niños en 2000



**Total: 5,3 millones**



UNOSIDA  
UNICEF • PNUD • FNUAO • FNUO  
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL



Organización  
Mundial  
de la Salud

# Número estimado de adultos y niños viviendo con el VIH/SIDA a fines de 2000



## Total: 36,1 millones



**UNOSIDA**  
UNICEF • FNUO • FNUO • FNUO  
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL



Organización  
Mundial  
de la Salud

# Número estimado de defunciones causadas por el VIH/SIDA en adultos y niños durante 2000



## Total: 3,0 millones



UNOSIDA  
UNAIDS  
UNICEF • PNUD • FIANCO • INSPIRO



Organización  
Mundial

## **Nota sobre las estimaciones del ONUSIDA/OMS**

Las estimaciones sobre el VIH y el SIDA que aparecen en el presente documento se basan en la información disponible en la actualidad para el ONUSIDA y la OMS. Son estimaciones provisionales. La OMS y el ONUSIDA, conjuntamente con expertos de los programas nacionales del SIDA y de centros de investigación, revisa periódicamente esas estimaciones, con objeto de actualizarlas a medida que se dispone de un mejor conocimiento de la epidemia y que se hacen progresos en los métodos de obtención de datos.

Así pues, el conocimiento de la epidemia mejora no solamente en función de la disponibilidad de mejor información sobre la propagación del VIH (por ejemplo, a través de una vigilancia centinela más representativa), sino también a medida que se aprende más sobre los factores que favorecen o contienen la propagación del virus (por ejemplo, la historia natural de la infección en distintas partes del mundo, el impacto de la infección por el VIH en la fecundidad, y las consecuencias del tratamiento mejorado). Esos avances en los conocimientos, juntamente con los progresos metodológicos, proporcionan la base para las estimaciones actualizadas de la incidencia y la prevalencia del VIH, así como de la mortalidad por ese virus. A causa de esos factores, las estimaciones actuales no se pueden comparar directamente con las de los años precedentes, ni con las que pudieran publicarse más adelante.

El objetivo de la publicación de estas estimaciones es ayudar a los gobiernos, a las organizaciones no gubernamentales y a otros organismos que se esfuerzan por mantener el SIDA bajo control, a evaluar la situación de la epidemia en sus países y a vigilar la eficacia de los considerables esfuerzos de todas las partes en materia de prevención y tratamiento.