



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PMA • PNUD • UNFPA • ONUDD
OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

Seguimiento del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2001

Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/SIDA, 2003



ONUSIDA/04.03S (versión española, mayo de 2004)

Versión original inglesa, UNAIDS/03.37E, septiembre de 2003 :
Follow-up to the 2001 United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS
– Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic, 2003.

Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 2004.

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

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

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

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

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/SIDA, 2003.
(Seguimiento del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2001)

1.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – prevención y control 2.Infecciones por el VIH – prevención y control 3.Indicadores del estado de salud 4.Evaluación de programas 5.Cooperación internacional 6.Organizaciones internacionales – economía I. ONUSIDA II. Series

ISBN 92 9 173290 7

(Clasificación de la NLM: WC 503)

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

**Seguimiento del periodo extraordinario de sesiones
de la Asamblea General de las Naciones Unidas
sobre el VIH/SIDA de 2001**

**Informe sobre los progresos realizados
en la respuesta mundial a la epidemia
de VIH/SIDA, 2003**



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PMA • PNUD • UNFPA • ONUDD
OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

Índice

Acrónimos	5
Agradecimientos	6
Prólogo	7
Introducción	8
Hallazgos fundamentales	10
I. Indicadores del compromiso y la acción mundiales	17
1. Financiación internacional para el VIH/SIDA	17
2. Financiación pública para investigación y desarrollo	21
3. Control del VIH/SIDA en el lugar de trabajo en compañías transnacionales	23
4. Control del VIH/SIDA en el lugar de trabajo en organizaciones internacionales	27
5. Sensibilización sobre el VIH/SIDA	31
II. Indicadores del compromiso y la acción nacionales	35
1. Cantidad de fondos nacionales destinados al VIH/SIDA por los gobiernos	37
2. Políticas gubernamentales sobre el VIH/SIDA	38
A. Plan estratégico	40
B. Prevención	44
C. Derechos humanos	50
D. Atención y apoyo	53
E. Índice de Esfuerzo del Programa del SIDA	56
III. Indicadores del programa y el comportamiento nacionales	59
1. Educación escolar sobre el VIH/SIDA basada en aptitudes para la vida	59
2. Control del VIH/SIDA en el lugar de trabajo	62
3. Infecciones de transmisión sexual: gestión integral de casos	64
4. Prevención de la transmisión maternoinfantil: profilaxis antirretrovírica	64
5. Tratamiento del VIH: terapia antirretrovírica de combinación	65
6. Consumidores de drogas intravenosas: prácticas sexuales y de inyección seguras	68
7. Conocimientos de los jóvenes sobre la prevención del VIH	69
8. Comportamientos de reducción del riesgo entre los jóvenes	71
9. Asistencia escolar de los huérfanos	72
IV. Indicadores del impacto nacional	75
1. Reducción en la prevalencia del VIH	75
2. Reducción en la transmisión maternoinfantil	77

V. Logro de los objetivos de la Declaración de compromiso: retos pendientes	78
1. Recursos financieros insuficientes para ejecutar y ampliar las intervenciones	78
2. Falta de recursos humanos y capacidad técnica en muchas áreas de la programación sobre el VIH, especialmente a nivel local	78
3. Estigma y discriminación	79
4. Sistemas de vigilancia y evaluación deficientes	79
5. Otros retos	80
Conclusiones y recomendaciones	81
Anexos	
1. Intervenciones normalizadas sobre el VIH/SIDA utilizadas por el ONUSIDA para medir las necesidades y la disponibilidad de recursos en países de ingresos bajos y medianos	83
2. Lista de países que facilitaron informes nacionales sobre la aplicación de la Declaración de compromiso	84
3. Porcentaje de escuelas con maestros capacitados que imparten educación basada en aptitudes para la vida	85
4. Porcentaje de grandes empresas públicas y privadas en países seleccionados que han adoptado políticas integrales sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo	86
5. Porcentaje de pacientes con infecciones de transmisión sexual que han recibido un diagnóstico (D), asesoramiento (A) y tratamiento (T) apropiados	87
6. Porcentaje estimado de mujeres embarazadas infectadas por el VIH que reciben tratamiento antirretrovírico	88
7. Porcentaje de adultos con infección por el VIH avanzada que reciben tratamiento antirretrovírico	90
8. Porcentaje de mujeres jóvenes (15-24 años) con un conocimiento exhaustivo sobre el VIH/SIDA	92
9. Porcentaje de mujeres jóvenes (15-24 años) con un conocimiento preciso sobre los métodos de prevención del VIH	93
10. Porcentaje de mujeres jóvenes (15-24 años) sin conceptos erróneos sobre el VIH/SIDA	94
11. Porcentaje de jóvenes (15-24 años) que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja no habitual	95
12. Porcentaje de jóvenes (15-24 años) en África subsahariana que comunican relaciones sexuales de alto riesgo durante el último año	96
13. Edad mediana en el momento de la primera relación sexual (África subsahariana)	96
14. Razón de asistencia escolar (huérfanos versus no huérfanos)	97
15. Prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas (15-24 años)	98
16. Prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo	99
17. Número estimado de consumidores de drogas intravenosas; porcentaje de consumidores de drogas intravenosas infectados por el VIH, y porcentaje de consumidores de drogas intravenosas a los que han llegado los servicios de prevención	101
18. Porcentaje estimado de lactantes infectados por el VIH nacidos de madres infectadas por el VIH	102

Acrónimos

APV	asesoramiento y pruebas voluntarias
ARV	antirretrovírico
ASEAN	Asociación de Naciones del Asia Sudoriental
CARICOM	Comunidad del Caribe
CDI	consumidores de drogas intravenosas
CIAT	Coalición Internacional para el Acceso al Tratamiento del VIH
CNS	consejo nacional del SIDA
CRIS	Sistema de información de la respuesta nacional
CTN	corporación transnacional
DELP	Documento de estrategia para la lucha contra la pobreza
DPN	dispensario prenatal
EDS	encuesta demográfica y de salud
ETI	Equipo de trabajo interinstitucional
EVC	encuesta de vigilancia del comportamiento
FMSTM	Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
I+D	investigación y desarrollo
ICPN	Índice Compuesto de Política Nacional
IEC	información, educación y comunicación
IPS	Índice de Esfuerzo del Programa sobre el SIDA
ITS	infección de transmisión sexual
JCP	Junta Coordinadora del Programa (ONUSIDA)
MCP	Mecanismos de Coordinación en el País
MICS	encuesta a base de indicadores múltiples
NIDI	Instituto Demográfico Interdisciplinario de Holanda
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PEN	plan estratégico nacional
PNS	programa nacional sobre el SIDA
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PTMI	prevención de la transmisión maternoinfantil
PVVS	persona(s) que vive(n) con el VIH/SIDA
V+E	vigilancia y evaluación
SADC	Comunidad de África Meridional para el Desarrollo
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TAR	terapia antirretrovírica
TMI	transmisión maternoinfantil
UNDAF	Marco de las Naciones Unidas para la Asistencia al Desarrollo
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNRISD	Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a los miembros de los consejos nacionales del SIDA, programas de control del SIDA, personal de las Naciones Unidas y representantes de organizaciones comunitarias por su generosa contribución a este informe sobre los progresos realizados.

Prólogo

En 2003, el mundo tiene más oportunidades que nunca para cambiar el curso de la epidemia mundial de VIH. Tal como se indica en el presente informe, el nivel de recursos disponibles para los programas sobre el VIH/SIDA ha aumentado espectacularmente, y casi todos los países muy afectados tienen en la actualidad un plan estratégico y multisectorial de acción para afrontar la epidemia. En concreto, existe una enorme dinámica mundial para ampliar el acceso a los tratamientos del VIH/SIDA en los países en desarrollo, una perspectiva casi inimaginable hace tan sólo unos pocos años.

En cualquier caso, el informe también subraya los retos a los que seguimos enfrentándonos. Pese a la abundancia de información sobre intervenciones de eficacia constatada, la cobertura de la prevención del VIH es sumamente baja. En los países en desarrollo, sólo una de cada nueve personas puede acceder a intervenciones preventivas básicas, como asesoramiento y pruebas voluntarias, y menos de una de cada veinte mujeres embarazadas tiene acceso a servicios para prevenir la transmisión materno-infantil del virus. La mayoría de los países del mundo no ofrece protección jurídica contra la discriminación de las poblaciones vulnerables, y más de la mitad de los países de África subsahariana no tienen leyes que impidan la discriminación a causa del estado VIH-positivo de una persona. En África subsahariana, donde más de cuatro millones de personas podrían beneficiarse inmediatamente de la terapia antirretrovírica, sólo unas 50.000 (alrededor del 1% de las que la necesitan) tienen acceso a tales medicaciones.

La Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA, aprobada durante el histórico periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS) de 2001, refleja la importancia crítica de una información fidedigna. Los 189 Estados Miembros que refrendaron la Declaración de compromiso pretendían hacer algo más que elaborar una «lista ideal» de políticas favorecidas. Por el contrario, al concretar y fijar plazos para los objetivos de la Declaración y exigir un esfuerzo sin precedentes para medir el éxito mundial en la consecución de tales objetivos, los Estados Miembros imaginaban que la Declaración se convertiría en una innovadora herramienta orientada a promover una mayor responsabilidad y un sentimiento de urgencia y solidaridad –condicionado por los resultados– en la lucha contra la epidemia.

De acuerdo con los mandatos de la Declaración de compromiso, la Secretaría del ONUSIDA y sus copatrocinadores desarrollaron conjuntamente una serie de indicadores mundiales/regionales y nacionales con el fin de ponderar los progresos realizados por la comunidad internacional en la consecución de los objetivos de la Declaración, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El presente informe, que aporta datos sobre la primera aplicación de esos indicadores, constituye la valoración más exhaustiva efectuada hasta ahora del estado de las respuestas mundiales, regionales y nacionales al espectro de desafíos que plantea el VIH/SIDA. El próximo informe anual se publicará dentro de dos años, en 2005. Confiamos en que los responsables de la formulación de políticas, donantes, autoridades nacionales, activistas, periodistas y personas interesadas de todo el mundo encuentren útil este esfuerzo, y que el informe ayude a generar un compromiso aún mayor para alcanzar los objetivos estipulados en el UNGASS de 2001. Las necesidades son claras y urgentes. La información crítica que se ofrece aquí nos permitirá medir objetivamente los progresos realizados y asegurar que seguimos siendo responsables de los resultados.



Dr. Peter Piot
Director Ejecutivo

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

Introducción

En la clausura del histórico periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, los 189 Estados Miembros adoptaron la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA, que refleja el consenso mundial sobre un marco global que permita una acción eficaz para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio de contener la epidemia y empezar a invertir su curso para 2015.

Reconociendo la necesidad de una acción multisectorial en diversos frentes, la Declaración de compromiso engloba las respuestas a nivel mundial, regional y nacional para prevenir nuevas infecciones por el VIH, ampliar el acceso a la atención sanitaria y mitigar el impacto de la epidemia. Aunque fueron los gobiernos los que refrendaron inicialmente la Declaración de compromiso, el «espíritu» del documento va mucho más allá del sector gubernamental, hasta alcanzar las empresas privadas y sindicatos, organizaciones religiosas, ONG, otras entidades de la sociedad civil y organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA. Desde su adopción en 2001, la Declaración de compromiso se ha convertido en una herramienta fundamental de promoción y rendición de cuentas cada vez más reconocida en todo el mundo.

Tal como se define en la Declaración de compromiso, el éxito en la lucha contra el SIDA se mide por el logro de objetivos concretos y en los plazos estipulados. La Declaración exige un seguimiento cuidadoso del avance en la aplicación de los compromisos acordados, y requiere que el Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, publique un informe anual sobre los progresos realizados que identifique los problemas y limitaciones y recomiende las acciones necesarias para acelerar la consecución de los objetivos estipulados en la Declaración.

De acuerdo con estos mandatos, en 2002 la Secretaría del ONUSIDA colaboró con sus copatrocinadores y otros asociados para desarrollar una serie de indicadores básicos y adicionales que permitieran evaluar los progresos realizados en la aplicación de la Declaración de compromiso. Durante el último año, la Unidad de Vigilancia y Evaluación del ONUSIDA ha trabajado con los países y otros actores a fin de recopilar los datos necesarios para establecer tanto los niveles de referencia de cada indicador como los mecanismos para obtener información de manera continuada.

Los indicadores básicos se agrupan en cuatro categorías genéricas:

- Una serie de indicadores de nivel mundial, concebida para medir **el compromiso y la acción mundiales**.
- Otra serie de indicadores supervisa **el compromiso y la acción nacionales**, controlando el gasto gubernamental en el VIH/SIDA y cotejando el desarrollo y la aplicación de políticas frente a un Índice Compuesto de Política Nacional de 20 puntos.
- Los indicadores del **programa y el comportamiento nacionales** miden el porcentaje de personas que tienen derecho a recibir servicios básicos y el grado en que poblaciones concretas adoptan comportamientos más seguros para reducir el riesgo de transmisión del VIH.
- Los indicadores del **impacto nacional** examinan el número de nuevas infecciones entre los jóvenes (15-24 años) y los lactantes nacidos de madres VIH-positivas.

El ONUSIDA emprendió la recopilación y análisis de los datos relativos a los cinco indicadores mundiales (véase la Sección I) con la colaboración del Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Nueva Academia Empresarial, que llevaron a cabo las encuestas utilizadas para abordar los indicadores mundiales 3 y 4 sobre políticas en el lugar de trabajo. La Secretaría del ONUSIDA obtuvo la mayor parte de la información relativa a los otros tres indicadores mundiales.

Con el fin de valorar los diversos indicadores nacionales, el ONUSIDA examinó los informes remitidos por los países en respuesta a la petición que había efectuado el Secretario General a los 189 Estados Miembros. De esos Estados, 103 elaboraron y remitieron informes nacionales, incluidos 29 países de África subsahariana, 17 de Asia y el Pacífico, 21 de América Latina y el Caribe, 14 de Europa oriental y Asia central, ocho de África del Norte y Oriente Medio y 14 de países ricos (véase el Anexo 2). En la mayoría de los casos, los comités nacionales del SIDA u organismos equivalentes supervisaron la compilación de los informes, y más de las tres cuartas partes de éstos incluyeron aportaciones de tres o más ministerios gubernamentales.

Las directrices del ONUSIDA recomiendan encarecidamente que los países organicen uno o más foros amplios de consulta antes de remitir las respuestas nacionales con objeto de hacer participar a organizaciones de la sociedad civil y el sector privado. La información suministrada por los países documenta la implicación de la sociedad civil en aproximadamente los dos tercios de los casos. Los informes también revelan la participación de personas que viven con el VIH/SIDA en el 53% de los países.

Casi todos los países completaron el cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional. Sin embargo, sólo el 40% de los países que remitieron informes suministraron información sobre los indicadores del programa y el comportamiento nacionales o sobre los indicadores del impacto nacional.

Una limitación importante de esta recopilación de datos es el nivel desigual de notificación entre las regiones: la proporción más alta de países que respondieron por región corresponde a África subsahariana, y la más baja, a África del Norte y Oriente Medio. Asimismo, algunos países tendían a proporcionar información más extensa sobre los indicadores del programa y el comportamiento nacionales, mientras que otros apenas ofrecían información en este campo, lo que dificulta la posibilidad de efectuar comparaciones regionales. De todos modos, los ejemplos dados en los informes nacionales se han utilizado, en la medida de lo posible, para ilustrar áreas en las que los países han realizado progresos o han emprendido actividades especiales. El ONUSIDA ha revisado los datos nacionales presentados en este informe y los ha cotejado con otras fuentes para consolidar su validez. No obstante, los datos nacionales presentados en los informes nacionales derivan exclusivamente de información suministrada por los propios países, y el ONUSIDA no garantiza que dicha información sea completa y correcta.

El presente informe –el primero de una serie periódica de informes del ONUSIDA sobre el estado de la respuesta mundial– constituye la evaluación más exhaustiva efectuada hasta la fecha de las respuestas nacionales al VIH/SIDA. El informe pretende ampliar y complementar el ***Informe del Secretario General sobre los progresos realizados hacia la aplicación de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA***, sometido al examen de la Asamblea General en septiembre de 2003.

Hallazgos fundamentales

En la vigilancia de los progresos realizados hacia la aplicación de la Declaración de compromiso, el ONUSIDA ha identificado los siguientes hallazgos fundamentales:

- **Gasto internacional y nacional.** El gasto dedicado a programas sobre el VIH/SIDA en los países de ingresos bajos o medianos totalizará US\$ 4.700 millones en 2003, un incremento del 20% respecto a 2002 y del 500% en relación a 1996. Ese aumento ha procedido tanto de donantes internacionales como de los propios países afectados. El ONUSIDA estima que, en 2002, el gasto total en programas sobre el VIH/SIDA de los gobiernos de 58 países de ingresos bajos o medianos ascendió aproximadamente a US\$ 995 millones, cifra que duplica la registrada en 1999. Sin embargo, a pesar de estos importantes avances, el gasto actual es menos de la mitad del que se necesitará en 2005 y menos de un tercio del que se requerirá en 2007.
- **Financiación para investigación y desarrollo de vacunas y microbicidas.** El ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS) estiman que, en 2001, el gasto del sector público en investigación y desarrollo de una vacuna contra el VIH ascendió a US\$ 430-470 millones, y que el 57-63% de este gasto mundial correspondió a los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de América. Asimismo, en 2001, el Gobierno de ese país invirtió US\$ 62 millones en investigación y desarrollo de microbicidas, cifra que cabe esperar que aumente a US\$ 214 millones en 2003.
- **Promoción y liderazgo.** El seguimiento de los medios de comunicación sugiere que la sensibilización pública sobre el VIH/SIDA está aumentando en muchas partes del mundo, incluidas ciertas regiones donde la epidemia está pasando a ser un problema importante, como Europa oriental y Asia central. También hay pruebas de que los esfuerzos de promoción están logrando motivar a los gobiernos de muchos países para que adopten reformas políticas que refuercen la respuesta a la epidemia. De todas formas, el seguimiento también indica que en muchos países, especialmente aquellos donde la epidemia es baja y concentrada, los principales líderes políticos continúan desvinculados de la lucha contra el VIH/SIDA.
- **Marcos de política nacional.** Durante los últimos años se ha producido un aumento significativo en el número de países que tienen estrategias nacionales sobre el VIH/SIDA integrales y multisectoriales, así como organismos dirigidos por el gobierno para coordinar la respuesta a la epidemia. En 2003, casi todos los países gravemente afectados poseen marcos normativos para desarrollar una respuesta eficaz al VIH/SIDA. No obstante, numerosos países indican que, a pesar de la existencia de estrategias multisectoriales, la respuesta a la epidemia sigue concentrándose a menudo en el sector sanitario, con una colaboración limitada de toda la gama de ministerios que deberían participar activamente en la lucha contra el VIH/SIDA.
- **Debilidad en las políticas nacionales sobre el VIH/SIDA.** Pese a progresos importantes en el desarrollo de marcos estratégicos nacionales para una respuesta eficaz, numerosos países corren riesgo de no cumplir los objetivos de política estipulados en la Declaración de compromiso para 2003 a causa de una debilidad crítica en los esfuerzos nacionales. Preocupan particularmente las siguientes cuestiones:
 - **Discriminación por el VIH.** El 38% de los países, incluidos casi la mitad de los de África subsahariana, todavía no ha adoptado una legislación para prevenir la discriminación contra las personas que viven con el VIH/SIDA.

- **Poblaciones vulnerables.** Sólo el 36% de los países ha implantado medidas jurídicas para prohibir la discriminación contra poblaciones que son especialmente vulnerables al VIH/SIDA.
- **Abordar las dimensiones de género de la epidemia de VIH.** Continúa creciendo la carga de la epidemia sobre las mujeres y niñas. En diciembre de 2002, las mujeres representaban el 50% de las personas que viven con el VIH/SIDA en todo el mundo y el 58% en África subsahariana. A pesar de las numerosas y bien documentadas desigualdades que contribuyen a la vulnerabilidad de las mujeres y niñas, casi un tercio de los países carecen de políticas que aseguren la igualdad de acceso de las mujeres a servicios críticos de prevención y asistencia.
- **Migración transfronteriza.** Aun cuando las migraciones de población aumentan a menudo la vulnerabilidad al VIH/SIDA, menos de la mitad de los países han adoptado estrategias para promover medidas eficaces de prevención del VIH entre los migrantes transfronterizos.
- **Acceso a medicaciones.** En promedio, el 80% de los países que remitieron informes nacionales indicaron que habían adoptado políticas para asegurar o mejorar el acceso a fármacos relacionados con el VIH. Sin embargo, en la región de Asia-Pacífico, donde hay actualmente más de siete millones de personas que viven con el VIH/SIDA, más de un tercio de los países todavía no tenían políticas para promover el acceso a medicaciones relacionadas con el VIH, incluidos los fármacos antirretrovíricos.
- **Mitigación del impacto socioeconómico de la epidemia.** Más del 40% de los países con epidemias generalizadas (es decir, con una prevalencia del VIH superior al 1% en la población general) todavía no han evaluado el impacto socioeconómico del VIH/SIDA, lo que impide emprender esfuerzos esenciales para paliar las consecuencias de la epidemia en la sociedad.
- **Eficacia de las políticas nacionales.** Como complemento de los hallazgos del Índice Compuesto de Política Nacional, un estudio cualitativo (llamado Índice de Esfuerzo del Programa sobre el SIDA), llevado a cabo en 54 países durante 2003, sugiere que África y Asia se están comportando relativamente bien por lo que respecta a apoyo político y formulación de políticas, y que todas las regiones muestran indicios de mejora en la prevención del VIH. En comparación con otras regiones donde la epidemia es menos acuciante, los países africanos tienen mayores probabilidades de priorizar los esfuerzos para mitigar el impacto de la epidemia. Las mayores deficiencias en los esfuerzos nacionales se observan en las áreas de recursos, derechos humanos y asistencia.
- **Cobertura de prevención del VIH sumamente baja.** Aunque la mayoría de los países ha desarrollado marcos estratégicos para una acción eficaz, sólo una fracción de las personas con riesgo de contraer el VIH tiene un acceso razonable a servicios básicos de prevención.
 - **Educación basada en aptitudes para la vida.** De los 30 países que informaron sobre este indicador, la mitad está realizando esfuerzos para incorporar en sus programas educativos la enseñanza de aptitudes para la vida. Dado que la educación sobre salud sexual y reproductiva fomenta modos de vida saludables y reduce los comportamientos de riesgo, otros países están en curso de integrar este enfoque dentro de sus programas escolares.
 - **Conocimientos básicos sobre el VIH/SIDA.** Disponer de una información precisa sobre el VIH/SIDA es un requisito previo para la prevención eficaz del VIH. Sin

embargo, en 31 de los 38 países en los que, en 2000, se encuestó a mujeres jóvenes (15-24 años) sobre conceptos básicos del VIH/SIDA, menos del 30% supo responder correctamente a preguntas sobre la transmisión del VIH.

- **Comportamientos de reducción del riesgo entre los jóvenes.** Los resultados de las encuestas indican que el uso de preservativos con parejas ocasionales es mayor en las zonas urbanas que en las rurales, y entre los varones jóvenes que entre las mujeres jóvenes. Los varones jóvenes, sin embargo, tienen mayores probabilidades de comunicar relaciones sexuales de alto riesgo (es decir, con una pareja no conyugal y con la que no se cohabita) durante el último año. Los datos también señalan que el uso de preservativos varía considerablemente entre los países, con porcentajes que van desde tan sólo el 2% hasta el 88% en África subsahariana. En esa región, entre el 15% y el 20% de los jóvenes indican que tuvieron el primer coito antes de los 15 años, y la edad mediana de la primera relación sexual es menor entre las muchachas que entre los muchachos.
- **Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.** Puesto que las infecciones de transmisión sexual (ITS) no tratadas aumentan en varios órdenes de magnitud el riesgo de transmisión del VIH, el control de las ITS es un elemento fundamental en la prevención eficaz del VIH. No obstante, según la escasa información recibida, sólo uno de cada cuatro países de África subsahariana indica que como mínimo el 50% de los pacientes con ITS recibe un diagnóstico, asesoramiento y tratamiento apropiados.
- **Prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI).** Cuatro años después de que las investigaciones demostraran que la administración de una sola dosis de nevirapina (relativamente barata) a la madre y al recién nacido reduce significativamente las probabilidades de transmisión del VIH al lactante, la cobertura de la PTMI sigue siendo casi inexistente en muchos de los países más afectados. Aparte de Botswana, donde la cobertura llegaba al 34% a finales de diciembre de 2002, la PTMI es sumamente limitada en los países del mundo con incidencias más elevadas de VIH/SIDA.
- **Cobertura del consumo de drogas intravenosas y comportamientos seguros.** La escasa información obtenida de los países en los que el consumo de drogas intravenosas es una vía constatada de transmisión del VIH indica que menos del 5% de los consumidores de drogas intravenosas (CDI) reciben los servicios preventivos recomendados. Quizá como consecuencia de este acceso restringido a servicios de prevención, la mayoría de los CDI todavía no ha adoptado comportamientos que reduzcan el riesgo de transmisión.
- **Cobertura sumamente baja de terapia antirretrovírica.** Aunque se estima que unos 5-6 millones de personas necesitan actualmente terapia antirretrovírica (TAR) en los países de ingresos bajos o medianos, en diciembre de 2002 sólo la estaban recibiendo unos 300.000 individuos de estas regiones. A pesar de que la cobertura sigue siendo baja en África subsahariana, algunos países, como Botswana, el Camerún, Nigeria y Uganda, han realizado esfuerzos significativos para ampliar la cobertura de TAR a través tanto del sector público como del privado. Los países del Caribe que proporcionaron información al ONUSIDA indican una cobertura por debajo del 1%. En Asia, donde más de siete millones de personas viven actualmente con el VIH/SIDA, ningún país ha superado una cobertura de TAR del 5%, y algunos notifican cifras particularmente bajas.
- **Niños huérfanos o vulnerables a causa del SIDA.** El 39% de los países con epidemias generalizadas de VIH no tiene ninguna política nacional que proporcione apoyo básico

a los niños huérfanos o vulnerables a causa del VIH/SIDA. Aunque cuatro países están en curso de desarrollar tales políticas, la cuarta parte de los países con epidemias generalizadas no planea por ahora desarrollar estrategias de este tipo. Dado que el número previsto de niños huérfanos por el SIDA se elevará como mínimo a 25 millones en 2010, el mundo se enfrenta al imperativo urgente de desarrollar y aplicar estrategias que promuevan la educación de los niños vulnerables, les ofrezcan apoyo psicosocial crítico y los protejan de la violencia, la discriminación y el maltrato. De todos modos, los datos sobre asistencia escolar de los niños huérfanos en África subsahariana revelan que algunos países han asumido plenamente el compromiso de ayudar a los niños vulnerables: la razón actual de asistencia escolar entre huérfanos y no huérfanos es casi de 1:1 en la mitad de los países encuestados.

- **El VIH/SIDA en el lugar de trabajo.** Aunque la implicación del colectivo empresarial en la respuesta a la epidemia se acrecentó sustancialmente durante 2002, la mayoría de las compañías transnacionales no cree que el VIH/SIDA sea un problema grave para su corporación, y pocas han adoptado las políticas integrales en el lugar de trabajo esbozadas en la Declaración de compromiso. También las ONG muestran una integración desigual del VIH/SIDA dentro de sus políticas en el lugar de trabajo. Aunque las organizaciones de las Naciones Unidas tienen mayores probabilidades que las ONG de ofrecer tratamiento y otros servicios al personal VIH-positivo, se requieren esfuerzos adicionales para aplicar las prácticas recomendadas en el entorno laboral de las Naciones Unidas.
- **Prevalencia del VIH entre los jóvenes, grupos de alto riesgo y recién nacidos.** Los datos nacionales indican que la epidemia sigue creciendo en todo el mundo y que África subsahariana continúa siendo la región más afectada.

La epidemia es especialmente grave en África meridional, con tasas de prevalencia del VIH extraordinariamente elevadas entre mujeres embarazadas de 15-24 años en países como **Swazilandia** (39%), **Botswana** (32%), **Sudáfrica** (24%), **Kenya** (22%), **Namibia** (18%), **Zimbabwe** (18%) y **Malawi** (18%). En África oriental, la prevalencia en este grupo de población sigue disminuyendo en **Uganda**, desde el 30% a principios de los años noventa hasta el 9% en 2002. En África occidental y central, las tasas nacionales de prevalencia se mantienen relativamente bajas, aunque hay pruebas de una reciente propagación del VIH en países como el **Camerún** (12%).

En América Latina y el Caribe, la epidemia está bien afianzada. Doce países de esa región tienen una prevalencia *estimada* del VIH del 1% o superior entre mujeres embarazadas. En otras regiones, la prevalencia nacional es relativamente baja, dado que la epidemia se concentra de forma mayoritaria en poblaciones específicas. Algunas excepciones a esta regla son **Camboya**, **Djibouti**, **Myanmar** y **Tailandia**, donde las tasas en mujeres embarazadas superan el 1%.

Numerosos países comunican epidemias concentradas en grupos de alto riesgo. En Asia, la prevalencia del VIH entre CDI es muy alta en ciertas partes de **China** (40%), **India** (68%), **Indonesia** (50%), **Myanmar** (70%), **Nepal** (50%), **Tailandia** (85%) y **Viet Nam** (80%).

La región de Europa oriental y Asia central continúa presentando la epidemia de crecimiento más rápido en el mundo, que se localiza principalmente entre consumidores de drogas intravenosas. La **Federación de Rusia** sigue al frente de la epidemia, con una prevalencia del VIH entre CDI que llega casi al 60% en determinadas zonas. Sin embargo, muchos otros países de la región están experimentando en la actualidad epidemias rápidamente emergentes.

Puesto que los programas para prevenir la transmisión maternoinfantil tienen una cobertura sumamente baja, las tasas de transmisión del VIH a neonatos siguen siendo altas en los países con epidemias generalizadas. De los 17 países de África subsahariana que informaron sobre PTMI, 12 no tienen prácticamente ningún programa de profilaxis ARV, y la prevalencia del VIH en recién nacidos de madres infectadas llega al 25%.

- **Vigilancia y evaluación.** Las tres cuartas partes de los países indicaron que la vigilancia y evaluación (V+E) de las actividades nacionales continuaba siendo un reto pendiente, y muchos de ellos consideraban que su limitada capacidad de V+E era un obstáculo que les impedía proporcionar información pertinente sobre los indicadores nacionales. Sólo el 43% de los países comunicó la existencia de un plan nacional de V+E, y únicamente el 24% había asignado un presupuesto nacional de V+E para llevar a cabo tales actividades.



Indicadores del compromiso y la acción mundiales

Indicadores del compromiso y la acción nacionales

***Indicadores del programa y el comportamiento
nacionales***

Indicadores del impacto nacional



I. Indicadores del compromiso y la acción mundiales

1. **Cantidad de fondos destinados al VIH/SIDA por donantes internacionales en los países en desarrollo o en transición**
2. **Cantidad de fondos públicos disponibles para investigación y desarrollo de vacunas y microbicidas**
3. **Porcentaje de compañías transnacionales que están presentes en países en desarrollo y tienen políticas y programas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo**
4. **Porcentaje de organizaciones internacionales que tienen políticas y programas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo**
5. **Evaluación de los esfuerzos de sensibilización sobre el VIH/SIDA**

La Declaración de compromiso señala que una acción eficaz a nivel de país requiere un liderazgo mundial sólido y sostenido en la lucha contra la epidemia. Asimismo, exhorta a aumentar de forma radical y sostenida los recursos para apoyar programas sobre el VIH/SIDA; emprender actividades de promoción y sensibilización de alto nivel con el fin de crear liderazgo y compromiso; acrecentar sustancialmente la colaboración entre los países en materia de VIH/SIDA y mejorar la coordinación de los esfuerzos nacionales, e integrar políticas sólidas en el lugar de trabajo dentro de las operaciones de las compañías transnacionales y las organizaciones internacionales.

Para cada uno de los cinco indicadores mundiales, el ONUSIDA ha adoptado un enfoque individualizado a fin de supervisar el avance hacia la aplicación de las estipulaciones mundiales de la Declaración de compromiso. Tal como se explica más abajo, los esfuerzos de seguimiento a cargo del ONUSIDA han identificado un incremento sustancial de los recursos destinados a programas sobre el VIH/SIDA en los países en desarrollo, así como una sensibilización pública creciente allí donde la epidemia está emergiendo como un problema importante. Sin embargo, los recursos actuales son claramente insuficientes en relación con las cantidades que se necesitarán para luchar de forma global contra el VIH/SIDA, y ciertos sectores clave, como el mundo laboral, siguen siendo infrutilizados en la respuesta mundial.

1. Financiación internacional para el VIH/SIDA

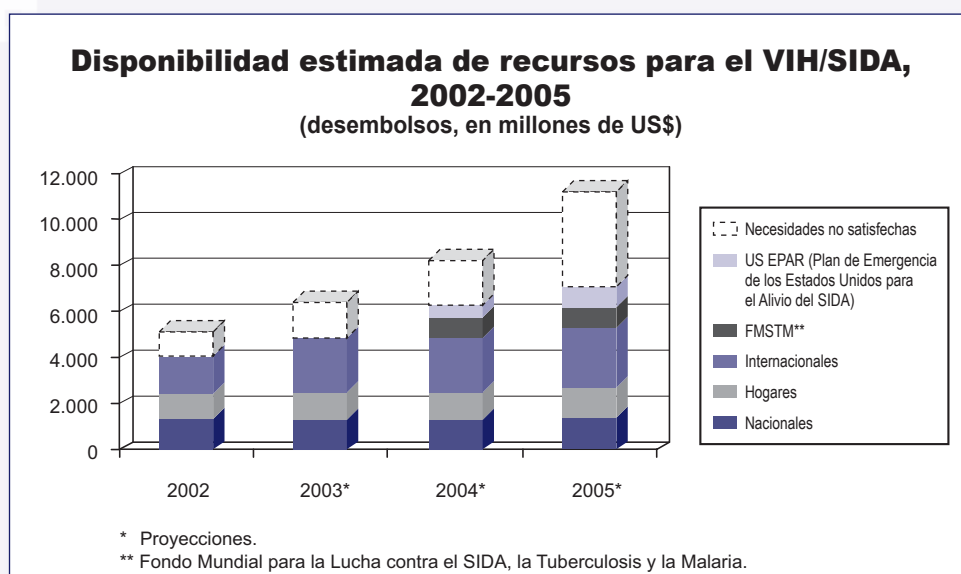
Cantidad de fondos destinados al VIH/SIDA por donantes internacionales en los países en desarrollo o en transición

Desde 2002, el ONUSIDA ha potenciado significativamente su capacidad de rastrear los recursos disponibles para programas sobre el VIH/SIDA en los países de ingresos bajos o medianos. Este esfuerzo excluye los fondos que se han comprometido pero que todavía no se han aprobado, así como los recursos que se han prometido pero todavía no se han desembolsado.

Debido a la novedad relativa de esta área de trabajo, persisten algunas deficiencias en la capacidad del Programa para controlar los flujos de recursos con una precisión óptima. Cabe prever que futuras mejoras en las metodologías de rastreo de recursos aumenten significativamente la capacidad para obtener de manera oportuna datos pertinentes de gasto.

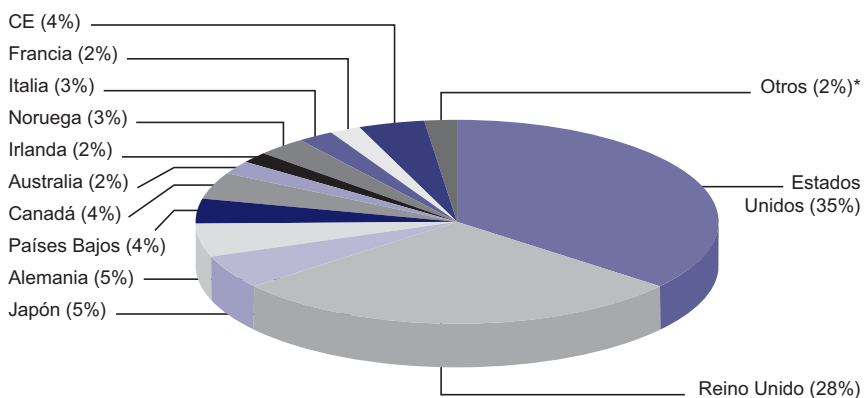


De acuerdo con la mejor información disponible, el ONUSIDA estima que el gasto en el VIH/SIDA en los países de ingresos bajos y medianos totalizará US\$ 4.700 millones en 2003. Esto representa un incremento del 20% respecto al gasto de 2002 (US\$ 3.900 millones) y de casi el 500% en relación a 1996.



Se prevé que, en 2003, las fuentes no nacionales representen aproximadamente el 57% del gasto en programas sobre el VIH/SIDA en los países de ingresos bajos o medianos. El gasto internacional en 2003 incluye una proyección de US\$ 1.600 millones en asistencia bilateral y US\$ 600 millones en gasto multilateral (contando el Fondo Mundial). Entre 1996 y 2002, la asistencia no nacional para el VIH/SIDA (acuerdos bilaterales, Comisión Europea, fundaciones internacionales, ONG, sistema de las Naciones Unidas y préstamos del Banco Mundial) se incrementó unas seis veces –desde US\$ 297 millones hasta casi US\$ 1.800 millones–, y cabe prever que esa cifra aumente otro 40% en 2003, hasta US\$ 2.500 millones.

Distribución porcentual del gasto bilateral en programas sobre el VIH/SIDA entre países de ingresos elevados, 2003



* Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

Desembolsos bilaterales presupuestados y previstos para programas sobre el VIH/SIDA, en países ricos seleccionados y de la Comisión Europea, 2003

	Desembolsos presupuestados (en millones de US\$)	Desembolsos previstos (en millones de US\$)
Estados Unidos	838,3	576,8
Reino Unido	408	452,1
Alemania	133,7	107,1
Japón	95	85
Canadá	93,8	66,3
CE	93,2	65
Países Bajos	82	65
Noruega	50,8	50,8
Irlanda	44,9	40
Australia	39	39
Italia	36,4	25,0
Francia	36,3	25,0
Otros	49,5	40
TOTAL	2.000,9	1.637,1

África subsahariana ha recibido la mayor proporción de la asistencia financiera internacional: el 56% de las cantidades desembolsadas por países donantes seleccionados en 2000, el último año para el que se dispone de estimaciones regionales. La segunda cuota en importancia corresponde a Asia y el Pacífico (18%), seguidos por África del Norte y Oriente Medio (9%), América Latina y el Caribe (9%) y Europa oriental (1%). En 2000, el gasto mundial e interregional consumió el 19% de la asistencia para el desarrollo destinada al VIH.

Recursos financieros para el VIH/SIDA: evolución prometedora en 2003

Durante el último año, diversos acontecimientos importantes han acelerado la movilización de nuevos y cuantiosos recursos para el VIH/SIDA. En 2003, los gobiernos de los Estados Unidos y Europa anunciaron su intención de incrementar significativamente el gasto en el VIH/SIDA a través de cauces tanto bilaterales como multilaterales. En junio de 2003, el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM) –una consecuencia en sí misma del dinamismo generado por la Declaración de compromiso– había acumulado promesas de contribución por un valor aproximado de US\$ 4.600 millones y había aprobado US\$ 1.500 millones en subvenciones para iniciativas contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo en 93 países. (No está claro hasta qué punto el FMSTM contribuirá a ulteriores incrementos de la asistencia internacional para el VIH/SIDA más allá de 2003, ya que el grueso de los compromisos actuales abarca un periodo de cinco o más años, lo que limita los fondos disponibles actualmente para sufragar nuevas propuestas de los países. Se calcula que el FMSTM necesita contribuciones de como mínimo US\$ 2.000 millones en 2003 y US\$ 4.600 millones en 2004 para cubrir la demanda prevista de los países candidatos.)

A pesar de los últimos avances en la movilización de recursos para la lucha contra el SIDA, la financiación prevista durante 2003 queda muy lejos de la suma necesaria para poner en práctica una respuesta eficaz.¹ El ONUSIDA calcula que la diferencia entre el gasto proyectado para 2003 y la capacidad estimada de los programas a nivel de país es de US\$ 1.600 millones. El gasto actual representa menos de la mitad de los US\$ 10.700 millones que se requerirán para financiar un conjunto de 25 intervenciones en 2005, y menos de un tercio de los US\$ 14.900 millones que se necesitarán en 2007.

La valoración de las discrepancias entre recursos necesarios y disponibles, en la actualidad y en el futuro, se basa en un trabajo de expertos económicos, facilitado por el ONUSIDA, que se actualizó en *Financial Resources for HIV/AIDS Programmes in Low- and Middle-Income Countries over the Next Five Years* (Recursos financieros para los programas sobre el VIH/SIDA en los países de ingresos bajos y medianos durante los próximos cinco años), documento sometido al examen de la Junta Coordinadora del Programa del ONUSIDA en diciembre de 2002.² El marco analítico desarrollado por el ONUSIDA incorpora datos sobre costos por unidad y cobertura actual de las intervenciones convencionales, así como sobre limitaciones en la capacidad de programación a causa de insuficiencias en la infraestructura de capital o en los recursos humanos. Se prevé que, en los países de ingresos bajos y medianos, la capacidad de las intervenciones de prevención, atención, tratamiento y apoyo a los niños huérfanos aumente de US\$ 4.700 millones en 2002 a

¹ El ONUSIDA estima que el 53% del gasto necesario en 2003 debería dirigirse a servicios de prevención, el 40% a atención y tratamiento y el 7% a actividades de apoyo a los huérfanos.

² Disponible en el sitio web del ONUSIDA, en: http://www.unaids.org/about/governance/files/PCB_13_02.5_en.doc.

US\$ 8.300 millones en 2004, a medida que los recursos adicionales y la existencia de marcos de políticas estratégicas permitan una amplificación progresiva a nivel de país.

Apoyar las iniciativas sobre el VIH/SIDA por medio de la asistencia para el desarrollo

La Declaración de compromiso reconoce que la respuesta al VIH/SIDA exige no sólo un mayor gasto en programas específicos para el VIH, sino también programas de ayuda internacional más amplios que permitan a los países aliviar la pobreza y el subdesarrollo, que aumentan la vulnerabilidad al VIH/SIDA. La Declaración exhorta a los países donantes a cumplir el objetivo acordado de destinar el 0,7% del producto interior bruto para asistencia oficial al desarrollo. Dinamarca encabeza actualmente los esfuerzos en este sentido, ya que en 2001 asignó el 1,03% de su PIB a asistencia oficial al desarrollo. Otros países donantes que cumplen o superan el objetivo del 0,7% son Noruega (0,83%), Luxemburgo (0,82%), Países Bajos (0,82%) y Suecia (0,81%).

2. Financiación pública para investigación y desarrollo

Cantidad de fondos públicos disponibles para investigación y desarrollo de vacunas y microbicidas

Dado que expertos reconocidos advierten de que la tasa de nuevas infecciones por el VIH podría acelerarse un 25% o más durante la presente década, el desarrollo de nuevas tecnologías de prevención constituye una prioridad ineludible para la salud mundial. Dos enfoques preventivos –las vacunas y los microbicidas– ofrecen esperanzas de ampliar sustancialmente la gama de medios disponibles para prevenir la propagación del VIH.

Por desgracia, el mundo ha tardado demasiado en invertir en investigación y desarrollo relacionados con problemas de salud que afectan principalmente a los países en desarrollo. Sólo el 10% de los US\$ 70.000 millones que se gastan cada año en investigación biomédica se dedica a las enfermedades que representan el 90% de la carga de morbilidad en todo el mundo.

Vacunas. Aunque una vacuna preventiva ofrece las mayores esperanzas de invertir el curso de la epidemia mundial, la obtención de una vacuna segura y eficaz topa con innumerables obstáculos. Aparte de los considerables retos científicos que hay que superar, pocas compañías importantes han emprendido activamente programas de investigación de vacunas para el VIH, y desde una perspectiva histórica, la investigación de vacunas ha representado una fracción relativamente pequeña de la inversión del sector público en investigación biomédica relacionada con el VIH.³

- **Primer ensayo de fase III.** En 2003, VaxGen, una compañía farmacéutica con sede en los Estados Unidos, anunció los resultados del primer ensayo de eficacia de fase III de una vacuna experimental contra el VIH. Efectuado en los Estados Unidos y Europa, el ensayo evaluó una vacuna gp120 de subtipo B diseñada para producir anticuerpos contra el VIH. Aunque el ensayo no logró demostrar eficacia para prevenir la infección, puso claramente de manifiesto la viabilidad de efectuar ensayos de vacunas de fase III.

³ En los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, el principal financiador de investigación biomédica relacionada con el VIH, la investigación de vacunas representa el 11% de su presupuesto de investigación sobre el VIH/SIDA.

- **Gasto en investigación y desarrollo de vacunas.** Con el fin de establecer una base de referencia para el futuro seguimiento del gasto relacionado con vacunas en todos los sectores, en 2002 el ONUSIDA y la OMS llevaron a cabo una encuesta entre 12 importantes programas de investigación de los sectores público o público-privado (véase el recuadro adjunto). Los 12 programas respondieron al cuestionario del ONUSIDA/OMS.

Programas destacados de investigación en los que se evaluó el gasto en I+D de vacunas

- Organismo Nacional de Investigaciones sobre el Sida (Francia).
- Centros de Control y Prevención de Enfermedades (Estados Unidos).
- EUROVAC (Comunidad Europea).
- Red de Ensayos de Vacunas contra el VIH (Estados Unidos).
- Iniciativa Internacional para la Vacuna contra el SIDA.
- Instituto Internacional de Enfermedades Infecciosas (Japón).
- Institutos Nacionales de Salud (Estados Unidos).
- Instituto Superior de Salud (Italia).
- Instituto Nacional de Normas y Control Biológicos (Reino Unido)
- Proyecto de Investigación sobre el SIDA de Etiopía-Países Bajos (Países Bajos).
- Iniciativa Sudafricana para la Vacuna contra el SIDA (Sudáfrica).
- Instituto de Investigación del Ejército Walter Reed (Estados Unidos).

De acuerdo con los resultados de la encuesta, el ONUSIDA/OMS estima que el gasto del sector público en investigación y desarrollo de vacunas para el VIH totalizó US\$ 430-470 millones en 2001. Los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de los Estados Unidos destinaron US\$ 269 millones, o sea el 57-63% del gasto mundial, a I+D de vacunas relacionadas con el VIH.

Aunque no se dispone de cifras definitivas, es probable que en 2003 el gasto en I+D de vacunas supere significativamente los niveles de 2001. Los NIH han comunicado que en 2003 su gasto en investigación de vacunas para el VIH ascenderá a US\$ 422 millones (un incremento del 57% respecto a 2001), y cabe esperar que a lo largo de este año la Fundación Bill y Melinda Gates, la Plataforma para Ensayos Clínicos en Países en Desarrollo de la Comisión Europea y otras entidades realicen nuevas inversiones significativas en investigación de vacunas.

Microbicidas. La escasez de medidas de prevención controladas por las mujeres obstruye los esfuerzos para prevenir la transmisión sexual del VIH, especialmente en las regiones donde las carencias económicas, políticas y sociales dificultan que las mujeres puedan negociar el uso de preservativos con sus parejas sexuales. El desarrollo de estrategias de prevención eficaces que puedan controlar las propias mujeres constituye una prioridad mundial crítica.

- **Apoyo filantrópico privado.** Durante los últimos años se ha prestado una atención sustancialmente mayor a los esfuerzos de investigación para desarrollar uno o más microbicidas seguros y eficaces que contribuyan a la prevención del VIH y otras ITS. En 2002, la Fundación Rockefeller puso en marcha la Asociación Internacional para los Microbicidas, que, en marzo de 2003, ya había recaudado más de US\$ 100 millones en contribuciones, incluida una subvención quinquenal de más de US\$ 60 millones de la Fundación Bill y Melinda Gates.

- **Fuerte desarrollo de la investigación.** El apoyo filantrópico y del sector público para la investigación de microbicidas es especialmente importante teniendo en cuenta que ninguna de las grandes compañías farmacéuticas se ha implicado todavía en la I+D de microbicidas. Pese al fracaso de los incentivos de mercado para atraer la inversión del sector privado en microbicidas, en 2003 se están preparando seis microbicidas experimentales para someterlos a ensayos de eficacia a gran escala.
- **Déficit de financiación.** La Fundación Rockefeller estima que se necesitarán US\$ 775 millones durante los próximos cinco años para aumentar la probabilidad de que en 2010 se haya obtenido un microbicida seguro y eficaz.⁴ A finales del año fiscal 2001, el Gobierno de los Estados Unidos había invertido US\$ 62 millones en I+D de microbicidas, cifra que se prevé que aumente hasta US\$ 214 millones en 2003.

Más recursos para investigación sobre el VIH/SIDA: la Fundación Bill y Melinda Gates

La Fundación Bill y Melinda Gates ha asumido un liderazgo importante en el fortalecimiento del compromiso mundial con la investigación y desarrollo de vacunas y microbicidas para el VIH/SIDA. La Fundación ha aportado más de US\$ 126 millones a la Iniciativa Internacional para la Vacuna contra el SIDA a fin de acelerar el desarrollo y la evaluación clínica de vacunas experimentales prometedoras. En 2003, altos oficiales de la Fundación se unieron con expertos en investigación del VIH/SIDA para proponer la creación de una empresa mundial sobre vacunas contra el SIDA con el fin de reforzar, acelerar y coordinar estratégicamente las diversas iniciativas que estudian fórmulas potenciales de vacunación contra el SIDA. Una subvención de US\$ 20 millones de la Fundación Gates está ayudando a sufragar los ensayos de fase III del Carraguard, uno de los principales microbicidas experimentales. Además, la Fundación ha concedido otra subvención multianual de US\$ 60 millones a la Asociación Internacional para los Microbicidas.

3. Control del VIH/SIDA en el lugar de trabajo en compañías transnacionales

Porcentaje de compañías transnacionales que están presentes en países en desarrollo y tienen políticas y programas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo

La epidemia de VIH está afectando adversamente a la industria en muchas partes del mundo, sobre todo en África subsahariana, al contribuir a la pérdida de mano de obra, conocimientos prácticos y experiencia; aumentar el absentismo laboral, y sobrecargar las empresas con costos adicionales por asistencia sanitaria, pago de pensiones y formación de nuevos trabajadores. AngloGold, una filial de Anglo-American, calcula que casi una cuarta parte de los 90.000 mineros que trabajan en sus explotaciones de oro y diamantes están infectados por el VIH y que el SIDA cuesta a la compañía hasta US\$ 6 por onza de oro producida. Tal como establece la Declaración de compromiso, es necesaria una acción eficaz por parte de la industria para mitigar el impacto a largo plazo de la epidemia sobre el crecimiento económico.

⁴ <http://www.global-campaign.org/fundingneeds.htm>. Este estudio farmaco-económico, encargado por la Fundación Rockefeller, no incluye los costos de: investigación para descubrir nuevas pistas hacia donde dirigir los estudios; trabajo de introducción de nuevos productos y acceso a ellos; gastos generales de índole organizativa, y esfuerzos de promoción.

El lugar de trabajo desempeña un papel potencialmente crítico en el fortalecimiento de las iniciativas de prevención, asistencia y apoyo relativos al VIH. Tal como se reconoce en el **Repertorio de prácticas sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo** de la OIT, el lugar de trabajo ofrece numerosas oportunidades para acrecentar la sensibilización sobre el SIDA, proporcionar servicios de prevención del VIH y ampliar la cobertura de los servicios de salud y apoyo. Un estudio reciente en Zimbabwe, por ejemplo, comprobó que los trabajadores de fábricas con programas de prevención del VIH basados en la educación inter pares tenían tasas de infección un 34% inferiores a las de trabajadores comparables sin tales programas. Los estudios han determinado que los costos que suponen para las empresas los programas de tratamiento y atención quedan compensados sobradamente por los beneficios de mantener la salud y la productividad de los trabajadores.

En los últimos años, el colectivo empresarial ha empezado a movilizarse contra la epidemia. La Coalición Empresarial Mundial sobre el VIH/SIDA, que en la actualidad cuenta con más de 100 compañías internacionales afiliadas, se propone fomentar la implicación empresarial en la lucha contra el SIDA, trabajando a menudo en colaboración con los consejos empresariales nacionales, como la Coalición Empresarial Sudafricana sobre el VIH/SIDA. Con más de 50 compañías afiliadas, la Iniciativa para la Salud Mundial del Foro Económico Mundial pretende «potenciar una mayor participación del sector privado en la batalla mundial contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria».

Utilizando el **Repertorio de prácticas** de la OIT como guía, el ONUSIDA ha determinado que una política sólida sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo de las organizaciones internacionales debe incluir como mínimo los siguientes componentes:

- Prevención del estigma y la discriminación a causa del estado VIH-positivo en el reclutamiento y promoción del personal, así como en las prestaciones de empleo, enfermedad e indemnización por cese.
- Cobertura en el lugar de trabajo que proporcione:
 - Datos básicos sobre el VIH/SIDA.
 - Información sobre peligros de transmisión del VIH y medios de protección frente al virus relacionados específicamente con el trabajo.
 - Promoción de preservativos.
 - Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV).
 - Diagnóstico y tratamiento de ITS.
 - Suministro de fármacos relacionados con el VIH.
- Formación para el control del VIH/SIDA en situaciones de conflicto, emergencia o catástrofe, allí donde sea aplicable.

Con el fin de supervisar la aplicación de la Declaración de compromiso, el ONUSIDA y el UNRISD efectuaron una encuesta entre las 100 mayores compañías transnacionales (CTN) del mundo, clasificadas en función de sus activos en divisas, para recopilar información sobre las respuestas empresariales a la epidemia. Hay que extremar las precauciones al generalizar los resultados de esa encuesta, ya que sólo respondieron 30 de las 100 mayores CTN. En cualquier caso, la encuesta obtuvo algunos hallazgos útiles:

- **Políticas en el lugar de trabajo.** El 70% de las 30 compañías que completaron la encuesta indicaron que tenían políticas o programas para afrontar el VIH/SIDA en el lugar de trabajo. En conjunto, esa cifra representa el 21% de las 100 mayores CTN.

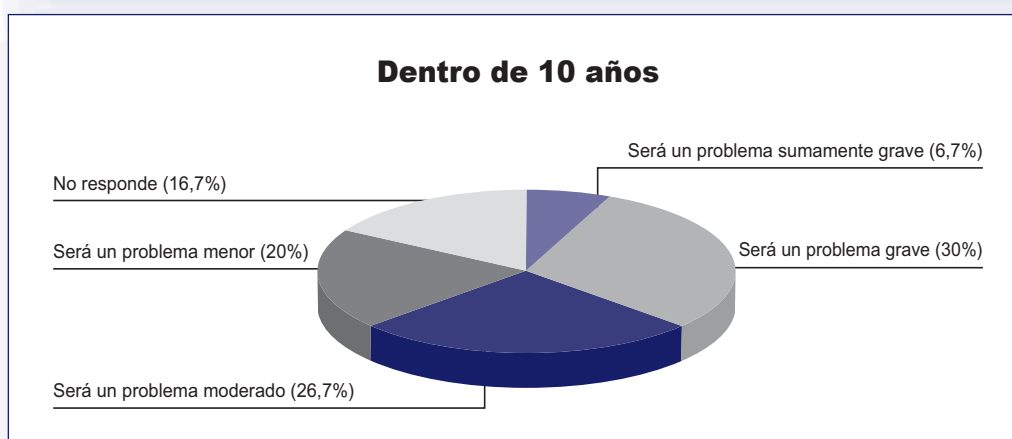
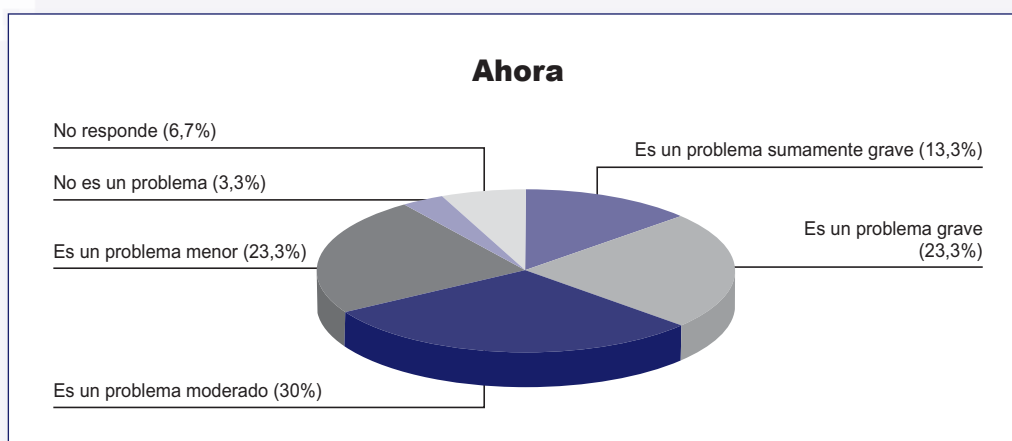
Se llevó a cabo una investigación subsiguiente para valorar el grado de compromiso empresarial con las políticas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo. En concreto, el UNRISD consultó los sitios web de las 100 compañías y comprobó que el 39%

mencionaba el VIH/SIDA, pero sólo el 11% proporcionaba información clara relacionada específicamente con las políticas o programas en el lugar de trabajo. Basándose en esta investigación de seguimiento, el ONUSIDA y el UNRISD llegaron a la conclusión de que, por lo que respecta a la cobertura de políticas en el lugar de trabajo, la estimación del 21% es probablemente un reflejo más fidedigno de la realidad que el 70% que se obtiene al contabilizar tan sólo el pequeño número de compañías que respondieron.

- **Impacto percibido del VIH/SIDA sobre la empresa.** Al parecer, la mayoría de las CTN no considera todavía que el VIH/SIDA sea un problema grave para sus actividades. Aproximadamente el 57% de las CTN que completaron la encuesta dijeron que, en el momento actual, el VIH/SIDA no es un problema, es un problema menor o es un problema moderado, aunque este porcentaje disminuía al 47% cuando se pedía a las compañías que estimaran el impacto de la epidemia sobre sus operaciones en 2013. El 23% indicó que el VIH/SIDA es actualmente un problema grave, y el 13%, que es un problema sumamente grave. El 7% no contestó.

La percepción del impacto de la epidemia sobre las operaciones de las compañías depende en gran medida de las regiones en las que éstas estén presentes. Las CTN que funcionan en países en desarrollo tenían una probabilidad sustancialmente mayor de decir que la epidemia está afectando de forma adversa a sus operaciones. Según el 84% de las CTN que respondieron, la epidemia de VIH está teniendo un impacto negativo en sus sucursales en África subsahariana.

Actitud del consejo de administración de 30 compañías frente a la amenaza actual y futura que plantea el VIH/SIDA para sus actividades



- Prevenición.** Existen grandes variaciones en las medidas de prevención que ofrecen las empresas a sus trabajadores. Más del 90% de las compañías que respondieron y que tenían políticas sobre el VIH indicaron que ofrecían actividades educativas sobre el VIH/SIDA, y varias de ellas utilizaban enfoques de educación inter pares. Más del 60% proporcionaban asesoramiento y pruebas voluntarias a sus trabajadores, y más de la mitad fomentaban el uso de preservativos (aunque, de hecho, poco más del 40% tenían preservativos a disposición de los empleados).

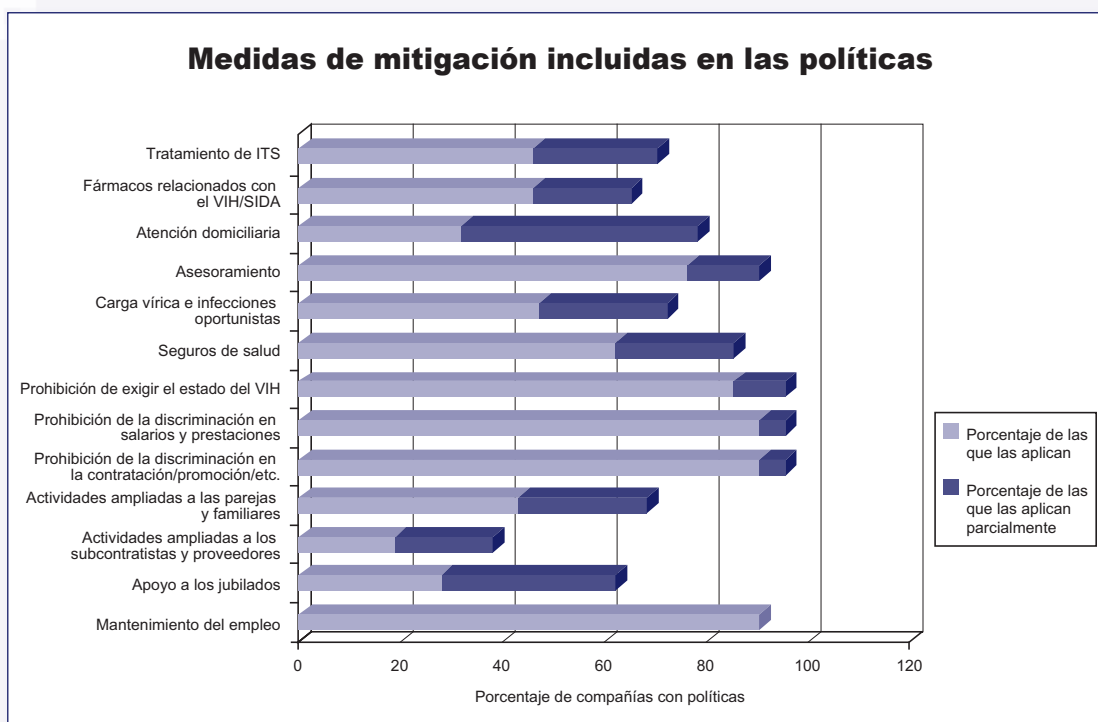
También varía el grado en que las parejas, familiares y comunidades locales pueden beneficiarse de estas medidas de prevención, aunque, según la mayoría de las compañías que respondieron, el acceso a como mínimo algunos de estos programas se extiende más allá de los propios trabajadores.



- Tratamiento, atención y mitigación del impacto.** Más del 60% de las compañías que completaron la encuesta indicaron que proporcionaban una cierta cobertura de TAR, un porcentaje notable si se tiene en cuenta que, sólo en los últimos años, algunas compañías pioneras, como Heineken y Anglo-American, han anunciado que proporcionarían TAR gratuita a los trabajadores VIH-positivos. La cobertura sanitaria es limitada para los familiares y generalmente inexistente para los subcontratistas y proveedores.

Los resultados de la encuesta no dejan claro si la cobertura sanitaria patrocinada por la empresa es asequible o integral. Algunas compañías dijeron que se están esforzando para facilitar el acceso de los trabajadores a los servicios necesarios, pero que a menudo no pueden garantizar el acceso debido a la escasez o inexistencia de tales servicios.

- Políticas antidiscriminación.** Más del 80% de las compañías que respondieron prohíben explícitamente la discriminación en cuanto a contratación, salario o prestaciones. Un porcentaje similar tiene políticas en el lugar de trabajo que impiden que la dirección exija a los trabajadores que revelen su estado serológico.



4. Control del VIH/SIDA en el lugar de trabajo en organizaciones internacionales

Porcentaje de organizaciones internacionales que tienen políticas y programas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo

Encuesta entre organizaciones internacionales. Para valorar las políticas y programas en el lugar de trabajo de las organizaciones internacionales, la Secretaría del ONUSIDA encargó a Nueva Academia Empresarial que llevara a cabo una encuesta en instituciones de este tipo. Durante 2003, 182 organizaciones internacionales recibieron un cuestionario sobre políticas relacionadas con el VIH; respondieron 43 (26 ONG, ocho organizaciones de las Naciones Unidas y nueve organismos bilaterales).

- **Pocas políticas en el lugar de trabajo.** Sólo el 14% de las organizaciones encuestadas tiene políticas sobre el VIH/SIDA que se atengan a los criterios recomendados (según la definición del *Repertorio de prácticas* de la OIT). Entre las organizaciones internacionales que respondieron a la encuesta, el 38% no entendía la necesidad de una política o programa específicos sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo, y menos de la mitad (43%) tenían una política o programa de este tipo que cubriera todas las secciones de la organización.
- **Servicios básicos de salud.** Por lo que se refiere a políticas laborales específicas, un porcentaje sustancialmente mayor parecía cumplir los requisitos estipulados en el *Repertorio de prácticas* de la OIT. Casi las tres cuartas partes (73%) poseen centros gratuitos o financieramente accesibles de asesoramiento y pruebas voluntarias, y más del 90% ofrecen educación sobre el VIH/SIDA al personal. Todas las organizaciones

encuestadas indicaron que prohibían la discriminación en materia de contratación, promoción, traslados o compensaciones.

- **Tratamientos para el VIH/SIDA.** El 21% de las organizaciones internacionales encuestadas proporciona a sus trabajadores un seguro que cubre los tratamientos para el VIH/SIDA. Menos de una de cada cinco (18%) dijeron que ofrecen asistencia gratuita a domicilio para el personal con enfermedades relacionadas con el VIH (aunque ninguna de las organizaciones que respondieron pertenecía al sector de las ONG). Según los resultados de la encuesta, los organismos de las Naciones Unidas tienen mayores probabilidades que las ONG de ampliar la cobertura a las parejas, familiares, comunidades locales y proveedores.

Los resultados de la encuesta revelan que una proporción sustancial (80%) de la comunidad para el desarrollo internacional ha intentado proporcionar fármacos relacionados con el VIH a precios razonables. Más del 70% de las organizaciones que respondieron son capaces, al menos en parte, de «asegurar la disponibilidad de instalaciones financieramente accesibles o gratuitas para el tratamiento de ITS». Por lo que respecta a fármacos para el VIH y tratamiento de ITS, todas las organizaciones que respondieron negativamente pertenecían al sector de las ONG.

En general, aunque la gran mayoría de las organizaciones internacionales cumple ciertos aspectos básicos de las políticas laborales recomendadas (como la prestación de servicios básicos de prevención del VIH o la adopción de políticas antidiscriminatorias), pocas han adoptado un enfoque integral frente al VIH/SIDA en el lugar de trabajo. A pesar de que los resultados de la encuesta no permiten conclusiones definitivas, parecen plausibles ciertas explicaciones. Algunas ONG, por ejemplo, carecen de los medios necesarios para cubrir los costos de la TAR. Asimismo, aunque las organizaciones de índole religiosa pueden promover sistemáticamente la sensibilización sobre el SIDA en el lugar de trabajo, a veces se niegan a fomentar de manera activa el uso de preservativos; de hecho, sólo el 10% de las organizaciones que completaron la encuesta indicaron que tienen preservativos a disposición de los trabajadores.

Oxfam: afrontar el VIH/SIDA en el lugar de trabajo

En junio de 2001, una auditoría institucional de los lugares de trabajo de Oxfam en África meridional llegó a la conclusión de que el VIH/SIDA tendrá efectos profundos sobre la organización, incluidos un aumento del absentismo laboral y de los costos financieros asociados a las prestaciones de salud; un descenso de la productividad, y una pérdida de capacidad institucional. Estas proyecciones alertaron a la alta dirección de Oxfam sobre la necesidad de afrontar la epidemia en todas las esferas de la organización, incluidos los lugares de trabajo, y condujeron a la decisión de incorporar el VIH/SIDA como componente integral de todas sus políticas y prácticas institucionales. Oxfam ha elaborado para su personal una política concreta sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo que cubre aspectos tales como no discriminación, confidencialidad, prevención del VIH, TAR y acceso a atención y apoyo. También se alienta al personal y demás asociados a que analicen el impacto probable de la epidemia y adapten sus programas en consecuencia. Por ejemplo, el programa Joint Oxfam International, en Malawi, llevó a cabo seminarios de sensibilización del personal que se tradujeron en la instalación de «rincones de preservativos» en las oficinas de Oxfam, la designación de personas focales especializadas en el VIH/SIDA y la celebración de sesiones informativas mensuales.

El VIH/SIDA en el lugar de trabajo de las Naciones Unidas. Como en cualquier otro lugar de trabajo, en las Naciones Unidas también hay que abordar el problema del VIH y el SIDA. La fuerza laboral de las Naciones Unidas se enfrenta a vulnerabilidades especiales que derivan de su alta movilidad a causa de viajes frecuentes, periodos de reajuste con cambios de destino y alejamiento de la familia y de las redes de apoyo. Por otro lado, en virtud de su mandato, el sistema de las Naciones Unidas se encuentra en una posición idónea para desempeñar un papel ejemplar en la promoción de buenas prácticas de empleo por lo que respecta al VIH/SIDA.

- **Política de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo.** Desde 1991, la política sobre el VIH/SIDA para el personal del sistema de las Naciones Unidas ha servido como plataforma normativa para las iniciativas en el lugar de trabajo. El advenimiento de nuevos desarrollos en políticas internacionales en el campo del VIH/SIDA, marcado por la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA y el *Repertorio de prácticas sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo* de la OIT, ha brindado la oportunidad de que el sistema de las Naciones Unidas revise su respuesta, tanto en sus propios lugares de trabajo como en el contexto de su mandato más general.

El 23 de septiembre de 2002, el Secretario General Kofi Annan señaló que, en el seno de las Naciones Unidas, la observancia de sus propios mandatos seguía siendo desigual. El Secretario General encomendó a los organismos de las Naciones Unidas que evaluaran sus políticas laborales y que, cuando fuera necesario, adoptaran medidas inmediatas para aplicar prácticas que se atengan a los criterios recomendados.

- **Encuesta entre la fuerza laboral de las Naciones Unidas.** Para valorar las actitudes y conocimientos de la fuerza laboral de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, el ONUSIDA realizó una encuesta entre más de 8.000 miembros de su personal (aproximadamente el 10% de todo el sistema), tanto de la sede central como de las oficinas en 82 países. La encuesta reveló lo siguiente:

- El 17% del personal de las Naciones Unidas no sabe qué es el VIH/SIDA.
- Aproximadamente una cuarta parte (26%) indica que comprende los conceptos básicos sobre el tratamiento del VIH/SIDA.
- El 5% son conscientes de su estado VIH-positivo, pero no están dispuestos a revelarlo en el trabajo por miedo a perder el empleo o a un trato diferencial.
- Más del 40% desconocen cuál es su estado del VIH, pero les preocupa que el hecho de averiguar tal información pueda percibirse negativamente.
- Casi la mitad indican que nunca han recibido información sobre el VIH/SIDA a cargo de las Naciones Unidas y que, por tanto, los medios de comunicación constituyen su principal fuente de información.
- El 40% desea información adicional sobre el VIH/SIDA.

Aunque es posible que quienes respondieron a la encuesta del ONUSIDA no sean representativos de toda la fuerza laboral de las Naciones Unidas, los resultados identifican áreas de mejora potencial en las políticas de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo. En concreto, los resultados de la encuesta han ayudado al desarrollo por parte del ONUSIDA de una estrategia de aprendizaje sobre el VIH/SIDA, que ya se está aplicando actualmente.

El Equipo de Trabajo Interinstitucional (ETI) sobre el VIH/SIDA y el Mundo del Trabajo emprendió una iniciativa independiente para evaluar las políticas en el lugar de trabajo de las Naciones Unidas. El ETI realizó una encuesta entre diversos organismos de las Naciones Unidas para determinar hasta qué punto sus políticas y prácticas se atenían a las recomendadas en el *Repertorio*

de prácticas de la OIT. El informe derivado de la encuesta subraya que, a pesar de que algunos organismos llevan a cabo prácticas excelentes, el lugar de trabajo de las Naciones Unidas, como conjunto, no ha integrado sistemáticamente el VIH/SIDA en su cultura de planificación de recursos humanos y deberá potenciar la respuesta al impacto del VIH/SIDA sobre su fuerza laboral y capacidad institucional.

Las Naciones Unidas en Kenya: ampliar a los subcontratistas el acceso a tratamiento para el VIH/SIDA

En julio de 2003, las organizaciones de las Naciones Unidas con sede en Nairobi publicaron un nuevo reglamento que exige que todos sus subcontratistas ofrezcan a los trabajadores cobertura médica para el VIH/SIDA. Los contratistas deben inscribir a sus empleados en planes de seguros médicos, de modo que puedan recibir tratamiento apropiado para el VIH/SIDA.

Aunque ya en 1992 las Naciones Unidas en Nairobi empezaron a ofrecer medicaciones para el SIDA a sus 1.600 trabajadores a jornada completa, la nueva política se aplicará ahora a todo el personal empleado a través de contratistas. La nueva política –la primera de este tipo que llevan a cabo las Naciones Unidas en África– permitirá proporcionar fármacos antirretrovíricos a 400 trabajadores que pasan más de la mitad de su semana laboral en el complejo de las Naciones Unidas en Nairobi. Los trabajadores están empleados por 17 subcontratistas que ofrecen servicios de jardinería, limpieza, electricidad, mantenimiento general, agencia de viajes, operaciones de catering, transporte y mensajería.

El Equipo de Trabajo de Recursos Humanos de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA ha identificado una serie de actividades que deberían llevarse a cabo en el curso del próximo año, incluidas:

1. Promoción de políticas y del **Repertorio de prácticas** de la OIT

Asimismo, se prevé una revisión de las siguientes cuestiones: absentismo, horario laboral flexible, asistencia a servicios funerarios, planificación de la sucesión, y atención después del tiempo de servicio. Todas esas medidas pretenden fomentar un entorno de trabajo compasivo en las Naciones Unidas.

2. Prestaciones de seguridad social

Propugnar mejores prestaciones para el personal con diferentes acuerdos contractuales.

3. Prevención y sensibilización

Crear competencia sobre el VIH/SIDA entre el personal de las Naciones Unidas por medio de:

- Promoción de la estrategia de aprendizaje en todo el sistema de las Naciones Unidas.
- Desarrollo de una guía de ejecución que puedan utilizar los organismos de las Naciones Unidas y los equipos en el país.
- Formación de capacitadores regionales.
- Sensibilización de todos los gestores en cada uno de los organismos de las Naciones Unidas.
- Desarrollo de una estrategia eficaz de comunicación y comercialización para facilitar la integración del VIH/SIDA dentro de las políticas y prácticas laborales.

4. Atención y apoyo

Potenciar los servicios de atención y apoyo mediante:

- Una evaluación de las actividades actuales por lo que respecta a atención y apoyo.
- Identificación de prácticas óptimas.
- Un estudio de viabilidad sobre la prestación gratuita de TAR al personal.

5. Sensibilización sobre el VIH/SIDA

Evaluación de los esfuerzos de sensibilización sobre el VIH/SIDA

Avances decisivos en 2002-2003. La eficacia creciente de los esfuerzos de sensibilización sobre el VIH/SIDA (por parte de ONG, personas que viven con el VIH/SIDA, organismos de las Naciones Unidas, diplomáticos, grupos religiosos, líderes empresariales, organizaciones laborales y un amplio abanico de otros actores) queda reflejada en el aumento del compromiso político y de los recursos disponibles para programas sobre el VIH/SIDA. Durante los últimos 12-18 meses se ha apreciado un reforzamiento notable de las actividades de promoción del SIDA en múltiples frentes y a cargo de diversos actores.

- **Países desarrollados.** En los países desarrollados, los grupos de promoción y sensibilización se han dejado sentir cada vez más para exigir incrementos sustanciales en el apoyo financiero internacional para programas sobre el VIH/SIDA. En colaboración con sus homólogos de los países en desarrollo, los impulsores de la acción contra el SIDA en los países donantes han reclamado la aceleración de los esfuerzos para ampliar el acceso al tratamiento en contextos con recursos limitados. El VIH/SIDA se ha convertido en un foco de atención cada vez más importante del diálogo diplomático (por ej., en reuniones mundiales como la cumbre del G-8 y el Foro Económico Mundial, y también en encuentros diplomáticos bilaterales). En julio de 2003, una reunión mundial celebrada en París (y copresidida por ministros de los Estados Unidos y Francia) subrayó la importancia de aumentar el apoyo financiero para el FMSTM.
- **Liderazgo regional.** Un espectro creciente de organismos regionales está mostrando un compromiso más sólido y visible para cooperar en la lucha contra el VIH/SIDA.
 - **Europa oriental y Asia central.** En mayo de 2002, una reunión en la cumbre de la Comunidad de Estados Independientes (CEI) refrendó el Programa de Respuesta Urgente de los Estados Miembros de la CEI a la Epidemia de VIH/SIDA, y desde entonces, los jefes de gobierno han designado coordinadores nacionales de alto nivel con autoridad sobre respuestas multisectoriales amplias.
 - **África subsahariana.** En diversos ámbitos (incluida una cumbre sin precedentes celebrada en Abuja, en 2000, bajo los auspicios de la Comunidad de África Meridional para el Desarrollo), los líderes africanos han reafirmado y reforzado su determinación de trabajar conjuntamente en la lucha contra el VIH/SIDA. AIDS Watch Africa, un grupo de jefes de Estado africanos, está supervisando los progresos realizados en la aplicación de la Declaración de Abuja de 2001. En julio de 2003, con motivo de la Cumbre de la Unión Africana, se organizó en Maputo un Foro Mundial sobre Salud y Desarrollo que reunió a jefes de Estado africanos, funcionarios de las Naciones Unidas y expertos en el SIDA de todo el mundo. También se celebró en Maseru (Lesotho) una cumbre especial de jefes de Estado y gobiernos de la Comunidad de África Meridional para el Desarrollo (SADC) con el fin de abordar la amenaza del

VIH/SIDA para la región y la respuesta necesaria. Algunas primeras damas se están movilizando para combatir el VIH/SIDA en el continente, con énfasis especial en el estigma y la transmisión maternoinfantil del VIH.

- **Asia y el Pacífico.** El ONUSIDA está colaborando con países de la región de Asia y el Pacífico para ejecutar el plan de acción aprobado en agosto de 2002 por el Foro de Liderazgo de Asia y el Pacífico sobre VIH/SIDA y Desarrollo. Los líderes de los países pertenecientes a la Asociación de Naciones del Asia Sudoriental (ASEAN) se han unido igualmente para promover la solidaridad y la cooperación regionales en la lucha contra el VIH/SIDA.
- **El Caribe.** Los miembros de la Asociación Pancaribeña contra el VIH/SIDA, creada en 2001, incluyen actualmente unas 63 instituciones, como organismos de las Naciones Unidas, ONG regionales, donantes multilaterales y bilaterales, empresas del sector privado y todos los gobiernos de la región. La movilización regional contra el VIH/SIDA se ha beneficiado particularmente del liderazgo y compromiso personales del Dr. Denzil L. Douglas, Primer Ministro de Saint Kitts y Nevis.
- **Asistencia de las Naciones Unidas para los esfuerzos regionales.** El Secretario General de las Naciones Unidas ha trabajado para reforzar aún más las actividades regionales de promoción y sensibilización nombrando embajadores de alto nivel como enviados especiales sobre el SIDA a diferentes regiones. Los enviados especiales de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA son Sir George Alleyne (Caribe), el profesor Lars Kallings (Europa oriental y Asia central), Stephen Lewis (África) y Nafis Sadik (Asia).
- **Liderazgo y promoción a nivel de país.** Las actividades de promoción y sensibilización también han experimentado progresos significativos en numerosos países, incluidos aquellos en los que el VIH/SIDA está emergiendo actualmente como problema importante. En Indonesia, por ejemplo, donde las tasas de infección por el VIH siguen creciendo, se celebró en 2002 un consejo de ministros especial para abordar la epidemia. El Presidente ha hablado públicamente acerca de los derechos de las personas que viven con el VIH/SIDA, y el país ha emprendido una estrategia quinquenal oficial para luchar contra la epidemia. Asimismo, en la India, en julio de 2003, el Primer Ministro dio la bienvenida a más de mil representantes elegidos de todos los niveles del Gobierno que se reunieron en una convención nacional para tratar el problema creciente del VIH/SIDA. En China, la primera conferencia nacional sobre el VIH/SIDA en 2001 contribuyó a acrecentar la sensibilización nacional sobre la epidemia y reforzar la respuesta tanto del Gobierno como de los sectores no gubernamentales.

Valoración de la cobertura en los medios de comunicación. Por su propia naturaleza, resulta difícil evaluar la eficacia de las actividades de promoción y sensibilización sobre el SIDA. Valorar la eficacia de tales esfuerzos es complicado no sólo por la diversidad de formas que adoptan estas iniciativas (como los comunicados en los medios, las campañas de sensibilización, los grupos de presión y las movilizaciones populares), sino también porque las actividades de este tipo requieren a menudo muchos años para alcanzar los resultados deseados. Dado que la acción promocional tiene lugar a todos los niveles y en todas las regiones, y puesto que la llevan a cabo infinidad de partes interesadas, resulta prácticamente imposible valorar con precisión el impacto colectivo de tales esfuerzos.

La Secretaría del ONUSIDA intentó evaluar al menos una manifestación de la actividad promocional comparando la cobertura de noticias sobre el VIH en octubre/noviembre de 2001 con la de octubre/noviembre de 2002 en 10 países seleccionados (Brasil, China, Federación de Rusia, Ghana, Honduras, Jamaica, Kazajstán, Myanmar, Nepal y Zimbabwe). El análisis también incluyó

comunicados o declaraciones sobre el SIDA de entidades mundiales/regionales, como la Unión Africana, la Comunidad del Caribe (CARICOM) y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

El análisis de los medios de comunicación, basado en el archivo de noticias en línea del ONUSIDA, identificó 569 artículos relacionados con el VIH. El análisis pretendía valorar las actitudes dominantes frente a la epidemia en los 10 países seleccionados, identificar tendencias de cobertura y detectar vacíos importantes o áreas de preocupación.

El cotejo entre 2001 y 2002 puso de manifiesto un incremento muy acusado en la magnitud de la cobertura sobre el VIH y, concretamente, en el número de artículos dirigidos a fomentar la sensibilización sobre el VIH/SIDA en China, la Federación de Rusia, Ghana y Zimbabwe, lo que parece indicar que el debate público sobre la epidemia puede estar aumentando en esos países. En el Brasil, Honduras y Kazajstán, la cobertura disminuyó en el curso de los dos años. Jamaica y Myanmar registraron alzas discretas en la cobertura.

Con la excepción de los países de la ASEAN, entre 2001 y 2002 aumentó el número de comunicados de prensa sobre el VIH a cargo de organismos regionales. El descenso de la cobertura en los países de la ASEAN (de 11 artículos en 2001 a ninguno en 2002) puede explicarse por la gran cobertura que recibió la declaración de noviembre de 2001 sobre el VIH/SIDA con motivo de la séptima cumbre de la ASEAN en Bandar Seri Begawan, donde los jefes de gobierno se comprometieron a un liderazgo conjunto en la lucha contra la epidemia.

Aunque la cobertura mediática se ocupó a menudo de la acción gubernamental, sólo un artículo (en 2001) incluyó declaraciones de los jefes de Estado o de gobierno. La cobertura en varios países (como China, Ghana, Jamaica y Kazajstán) se centró en los esfuerzos para cambiar leyes y políticas con el fin de facilitar una respuesta más eficaz al VIH/SIDA. El 17 de octubre de 2002, el *“South China Morning Post”* informó de que la ciudad de Suzhou (en la provincia oriental de Jiangsu) había aprobado la primera ley china para proteger contra la discriminación a las personas infectadas por el VIH.

A pesar de que una cuota sustancial de la cobertura mediática podría interpretarse como estigmatizadora, en 2002 una mayor proporción de artículos cuestionó el estigma y la discriminación relacionados con el VIH, especialmente en el Brasil, China, Federación de Rusia, Ghana, Jamaica y Zimbabwe. La cobertura en los medios también puso énfasis en los esfuerzos para prevenir la propagación del VIH entre los jóvenes.

Hay que extremar las precauciones al intentar extraer conclusiones generales a nivel mundial o regional a partir de la experiencia en estos 10 países. Sea como fuere, los siguientes hallazgos parecen plausibles:

- En países fundamentales donde la epidemia de VIH está emergiendo rápidamente o se está agravando, hay datos inequívocos de que las actividades promocionales ayudan a acrecentar la sensibilización y la preocupación públicas. En algunos países clave donde el VIH/SIDA sigue empeorando, el descenso en la cobertura entre 2001 y 2002 es motivo potencial de inquietud.
- Tal como se refleja en la cobertura mediática, la acción promocional está teniendo un impacto importante en el entorno normativo de muchos países, donde los estamentos decisorios nacionales han empezado a considerar la introducción de cambios en las leyes y políticas con el fin de reforzar la respuesta a la epidemia.
- La «visibilidad» limitada de líderes nacionales en la cobertura mediática señala que muchos políticos de alto rango continúan desvinculados de la lucha contra el VIH/SIDA.

- En ciertos países, el estigma asociado al VIH/SIDA puede estar disminuyendo ligeramente a medida que aumenta la cobertura sobre la enfermedad en los medios de comunicación. De todos modos, esa misma cobertura pone de manifiesto que el estigma y la discriminación relacionados con el VIH siguen siendo una amenaza grave para una respuesta eficaz en muchas partes del mundo.

II. Indicadores del compromiso y la acción nacionales

1. Cantidad de fondos nacionales destinados al VIH/SIDA por los gobiernos
2. Índice Compuesto de Política Nacional
 - A. Plan estratégico
 1. El país ha desarrollado estrategias multisectoriales para luchar contra el VIH/SIDA
 2. El país ha integrado el VIH/SIDA en su plan de desarrollo general
 3. El país tiene un órgano nacional de gestión/coordinación en materia de VIH/SIDA, funcional y multisectorial
 4. El país tiene un órgano nacional funcional específico sobre el VIH/SIDA que fomenta la interacción entre el gobierno, el sector privado y la sociedad civil
 5. El país tiene un órgano funcional específico sobre el VIH/SIDA que asiste en la coordinación de las organizaciones de la sociedad civil
 6. El país ha evaluado el impacto del VIH/SIDA en su situación socioeconómica con fines de planificación
 7. El país tiene una estrategia que aborda las cuestiones relativas al VIH/SIDA entre sus servicios uniformados nacionales (incluidas las fuerzas armadas y las fuerzas de protección civil)
 - B. Prevención
 1. El país tiene una política o estrategia general para fomentar la información, educación y comunicación (IEC) sobre el VIH/SIDA
 2. El país tiene una política o estrategia para promover la educación sobre salud sexual y reproductiva entre los jóvenes
 3. El país tiene una política o estrategia que fomenta la IEC y otras intervenciones de salud para grupos con tasas elevadas o crecientes de infección por el VIH
 4. El país tiene una política o estrategia que fomenta la IEC y otras intervenciones de salud para los migrantes transfronterizos
 5. El país tiene una política o estrategia para ampliar el acceso, incluido el de los grupos vulnerables, a productos básicos de prevención
 6. El país tiene una política o estrategia para reducir la transmisión maternoinfantil (TMI) del VIH
 - C. Derechos humanos
 1. El país dispone de leyes y reglamentaciones que protegen de la discriminación a las personas que viven con el VIH/SIDA
 2. El país dispone de leyes y reglamentaciones que protegen de la discriminación a los grupos identificados como particularmente vulnerables al VIH/SIDA
 3. El país tiene una política para asegurar el acceso equitativo de los varones y las mujeres a la prevención y atención, con interés particular en los grupos vulnerables
 4. El país tiene una política para asegurar que un comité deontológico revise y apruebe los protocolos de investigación sobre el VIH/SIDA en seres humanos



2. Índice Compuesto de Política Nacional (cont.)

D. Atención y apoyo

1. El país tiene una política o estrategia que fomenta la atención y apoyo integrales para el VIH/SIDA, con interés particular en los grupos vulnerables
2. El país tiene una política o estrategia para asegurar o ampliar el acceso a los medicamentos relacionados con el VIH/SIDA, con interés particular en los grupos vulnerables
3. El país tiene una política o estrategia para abordar las necesidades adicionales de los huérfanos y otros niños vulnerables

Información a nivel de país

Para medir los progresos nacionales en la aplicación de la Declaración de compromiso, el ONUSIDA utiliza tres parámetros diferentes:

- El grado de compromiso y acción nacionales, medido por la cantidad de recursos nacionales dedicados a actividades relacionadas con el VIH/SIDA y por la adopción nacional de las políticas y prácticas estipuladas en la Declaración.
- El grado en que el compromiso y la acción nacionales se reflejan en la prestación de servicios que llegan a quienes los necesitan, aumentan el nivel de conocimientos sobre el VIH entre poblaciones clave y reducen los comportamientos de riesgo.
- El grado en que el compromiso y la acción nacionales dan lugar a progresos concretos en la reducción del número de nuevas infecciones.

Esta sección del informe, basada en 103 informes nacionales, examina el primero de los tres parámetros: el compromiso y la acción nacionales medidos por los recursos y por la adopción de políticas sólidas respecto al VIH.

- El 90% de los informes fueron elaborados por comisiones nacionales del SIDA u órganos equivalentes.
- En dos tercios de los casos se solicitaron aportaciones de representantes de la sociedad civil.
- En el 53% de los informes nacionales se consultó a personas que viven con el VIH/SIDA. La participación de esas personas parece ser máxima en África del Norte y Oriente Medio (71% de los países que respondieron), seguidos por África subsahariana (71%), Europa oriental y Asia central (63%), Asia meridional y sudoriental (57%), y países ricos (0%).
- Las tres cuartas partes de los países indican que los informes nacionales están a disposición del público.

1. Cantidad de fondos nacionales destinados al VIH/SIDA por los gobiernos

Aun reconociendo que los recursos son muy limitados en muchos de los países más afectados por la epidemia, la Declaración de compromiso exhorta a los gobiernos de los países de ingresos bajos y medianos a aumentar los recursos destinados a programas sobre el VIH/SIDA.

El ONUSIDA estima que, en 2002, el gasto nacional total en programas sobre el VIH/SIDA a cargo de los gobiernos de 58 países de ingresos bajos o medianos ascendió aproximadamente a US\$ 995 millones, cifra que duplica la registrada en 1999. Además, el ONUSIDA estima que, en esos países, los hogares afectados por el VIH gastaron en 2002 una cantidad similar.

Al estimar el gasto gubernamental en actividades sobre el VIH/SIDA durante 2002, el ONUSIDA se centró en los fondos realmente desembolsados, no en cantidades autorizadas pero que nunca llegaron a los programas.

Aunque hay pruebas de que muchos gobiernos están aumentando sus desembolsos para actividades relacionadas con el VIH/SIDA, es probable que gran parte del incremento respecto al gasto gubernamental en 1999 sea atribuible a la mejora en los mecanismos de notificación de los esfuerzos nacionales. Las tres cuartas partes del gasto nacional en el VIH/SIDA durante 2002 corresponden a siete países de ingresos medianos: Brasil, Colombia, Federación de Rusia, México, Sudáfrica, Tailandia y Venezuela. Diversos análisis que han comparado el gasto en el VIH/SIDA con los presupuestos gubernamentales totales en países de ingresos bajos o medianos indican que muchos de esos países todavía no priorizan la respuesta al VIH/SIDA en la asignación de los recursos nacionales.

Una revisión por regiones revela los siguientes ejemplos de apoyo nacional a programas sobre el VIH/SIDA:

- **Asia oriental y el Pacífico.** El Gobierno central de China aumentó su gasto en prevención del VIH desde aproximadamente US\$ 1,8 millones en 2001 hasta US\$ 12 millones en 2002.
- **Europa oriental y Asia central.** En esa región, la que está experimentando la propagación más rápida de la epidemia, los gobiernos dedicaron sumas relativamente pequeñas a actividades relacionadas con el VIH/SIDA: US\$ 10 millones en Belarús, US\$ 2,7 millones en Kazajstán, US\$ 219.000 en Kirguistán y US\$ 132.000 en Tayikistán.
- **América Latina y el Caribe.** América Latina incluye países de ingresos medianos cuyos gobiernos han destinado recursos nacionales sustanciales a la lucha contra el VIH/SIDA, incluidos el Brasil (US\$ 750 millones en 2002), México (US\$ 212 millones) y Venezuela (US\$ 71 millones). La Argentina, que en 2002 se enfrentó a una grave crisis económica, gastó una cifra estimada de US\$ 75 millones en programas sobre el VIH/SIDA. Los gobiernos de América Central y el Caribe dedicaron al VIH/SIDA una cantidad significativamente menor de recursos nacionales, pero esto puede explicarse en parte por el hecho de que la mayoría de esos países son relativamente pequeños. Antigua, un país de 68.000 habitantes, gastó unos US\$ 259.000 en programas sobre el VIH/SIDA durante 2002.
- **Asia meridional y sudoriental.** En 2002, el Gobierno de Viet Nam gastó US\$ 4 millones en el VIH/SIDA, el 91% de este desembolso para apoyar actividades de prevención del VIH. Con un producto interior bruto por habitante de US\$ 260, Camboya destinó casi US\$

2 millones a programas sobre el VIH/SIDA durante el pasado año. Myanmar, que está experimentando el crecimiento más acusado de la epidemia en la región, dedicó al VIH/SIDA aproximadamente US\$ 3,4 millones de los fondos nacionales gubernamentales.

- **África subsahariana.** Algunos gobiernos (como los de Lesotho y Malawi) se han comprometido a asignar el 2% de sus presupuestos para programas sobre el VIH/SIDA. En Sudáfrica, los gobiernos nacional y provinciales han presupuestado unos US\$ 160 millones para el año fiscal 2003. Botswana, un país de dos millones de habitantes de ingresos medianos altos, gastó US\$ 70 millones en programas sobre el VIH/SIDA durante 2002. Nigeria, un país de 127 millones de habitantes de ingresos bajos, en el que la infección por el VIH se está propagando rápidamente, destinó US\$ 14,1 millones de sus recursos nacionales gubernamentales a programas sobre el VIH/SIDA.

2. Políticas gubernamentales sobre el VIH/SIDA

La Declaración de compromiso insta al desarrollo y aplicación rápidos de marcos de política nacional sólidos para guiar la acción sobre el VIH/SIDA. Se requiere un entorno de política favorable para alentar la acción multisectorial contra la epidemia de VIH y asegurar que las respuestas nacionales sean lo más estratégicas posible. Los marcos normativos globales también protegen y promueven los derechos humanos, reconocen las dimensiones de género de la epidemia, contribuyen a la erradicación del estigma y la discriminación y fomentan la participación activa de las personas que viven con el VIH/SIDA.

Para valorar hasta qué punto los países han adoptado y aplicado la gama de políticas sobre el VIH/SIDA estipuladas en la Declaración de compromiso, el ONUSIDA desarrolló un Índice Compuesto de Política Nacional consistente en 20 indicadores que se relacionan mayoritariamente –aunque no en su totalidad– con las cuestiones normativas mencionadas en la Declaración. Los indicadores abordan cuatro orientaciones de política fundamentales para una acción nacional eficaz:

- Desarrollo, aplicación e integración de planes nacionales estratégicos sobre el SIDA.
- Prevención de la transmisión del VIH.
- Protección y promoción de los derechos humanos.
- Atención y apoyo para las personas infectadas o afectadas por el VIH/SIDA.

Estos indicadores se reflejaron en una encuesta de 20 preguntas que se envió a los 189 Estados Miembros que apoyaron la Declaración de compromiso. Para rellenar el cuestionario, los países tenían acceso a un documento de orientación preparado por el ONUSIDA en 2002: *Seguimiento de la Declaración de compromiso: directrices para la elaboración de indicadores básicos*. Se pidió a los países que utilizaran un formato estándar producido por el ONUSIDA para informar sobre los 20 indicadores del Índice Compuesto de Política Nacional; que respondieran a cada pregunta contestando «sí», «no» o «no es pertinente», y que, en los casos oportunos, expusieran comentarios o explicaciones por escrito.

Hasta el 1 de junio de 2003, 87 países habían rellenado y remitido el cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional: 23 de África subsahariana, ocho de África del Norte y Oriente Medio, 15 de Asia y el Pacífico, 20 de América Latina y el Caribe, 11 de Europa oriental y Asia central y 10 de países ricos. En este apartado se resumen las respuestas de los 87 países que rellenaron el cuestionario. Respuestas posteriores no revelaron variaciones significativas respecto a los hallazgos principales. Cuando las preguntas no eran pertinentes para respuestas nacionales

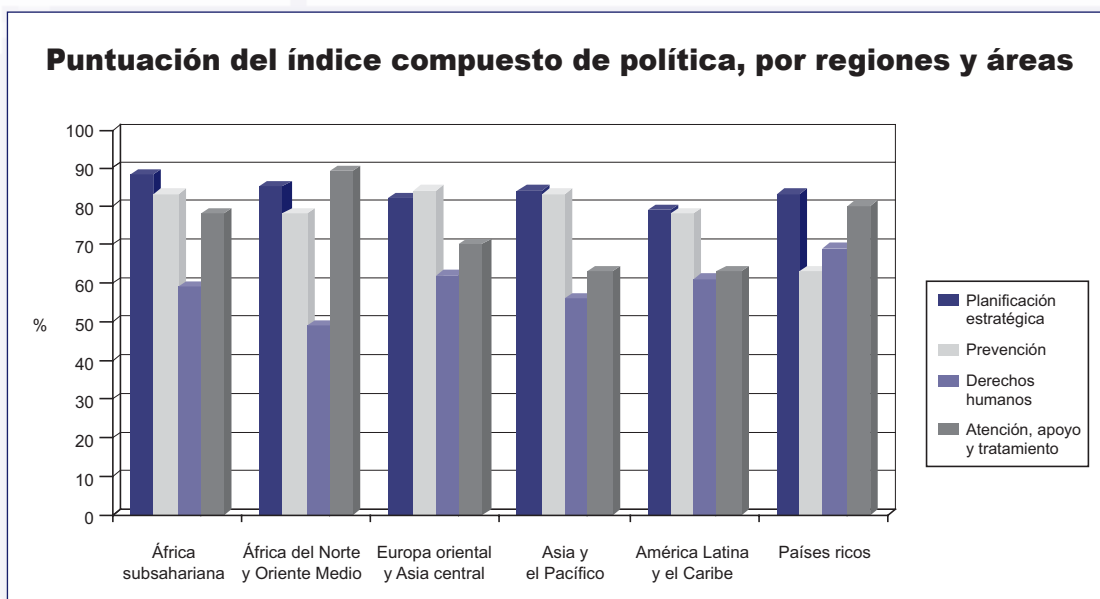
específicas (por ej., porque el país tiene una baja prevalencia del VIH), las respuestas de esos países no se incluyeron en el cálculo de los porcentajes citados en el presente informe.

En cualquier caso, se aprecian diferencias significativas en el porcentaje de respuestas positivas a preguntas concretas, lo que sugiere que el desarrollo de políticas nacionales es mucho más sólido en algunas áreas que en otras, y en algunos países que en otros (véase el gráfico adjunto). Entre las distintas áreas normativas, por ejemplo, las puntuaciones más elevadas correspondieron a liderazgo, compromiso y prevención. Las más bajas se observaron en las áreas de políticas sobre derechos humanos, en especial la existencia de leyes y reglamentaciones para los grupos vulnerables y la garantía de un acceso equitativo a servicios de prevención y atención para los varones y las mujeres.

A pesar de que hay un número relativamente escaso de variaciones regionales discernibles entre las áreas normativas, las puntuaciones de los países ricos son a menudo muy inferiores a las de otras regiones. Pueden aducirse varias explicaciones razonables. El porcentaje de respuesta de los países de ingresos elevados fue comparativamente bajo, pero muchas de las preguntas en la encuesta del ONUSIDA estaban pensadas específicamente para obtener información sobre la respuesta al VIH/SIDA en los países en desarrollo, donde vive el 95% de las personas afectadas.

Aun cuando los resultados indican algunos progresos en el desarrollo de marcos normativos integrales sobre el VIH/SIDA, se recomienda precaución al interpretar los hallazgos. Tal como señalaron numerosos países en sus respuestas, y tal como confirman apartados posteriores de este informe, la adopción de una política recomendada no asegura que ésta se ponga en práctica eficazmente.

En concreto, los países indican que la limitación de recursos financieros o capacidad técnica impide a menudo la ejecución de las políticas promulgadas. Asimismo, aunque una puntuación baja señala que se requiere un trabajo adicional en el desarrollo y aplicación de políticas, la ausencia de una política formal en un área concreta no significa necesariamente que no se lleven a cabo tales servicios a nivel de país. **Bangladesh**, por ejemplo, comunica que, aunque no posee políticas nacionales formales en muchas áreas de prevención, numerosas ONG están realizando un trabajo significativo en esos campos (por ej., con grupos vulnerables o jóvenes).



Aparte de los datos del Índice Compuesto de Política Nacional, un proyecto conjunto del ONUSIDA y USAID ha intentado documentar con mayor detalle los cambios registrados en las políticas nacionales durante los dos últimos años. Ese estudio, conocido como Índice de Esfuerzo del Programa sobre el SIDA (IPS) –que se discute con mayor detalle al final del presente apartado–, se basa en la información suministrada por expertos nacionales de 44 países sobre la existencia de elementos programáticos y sobre su calidad. Los hallazgos del IPS indican que:

- Durante los dos últimos años se han producido cambios positivos significativos a nivel de políticas, y que los mayores progresos han tenido lugar en África y Asia.
- Se han realizado mejoras notables en cuanto a organización, apoyo político y disponibilidad de recursos, aun cuando los progresos han sido más limitados por lo que respecta a derechos humanos y entorno de reglamentación.
- Una cuarta parte de los países indican que, durante los dos últimos años, han adoptado estrategias multisectoriales y han iniciado programas de PTMI y APV.

Estos hallazgos están en consonancia con los del Índice Compuesto de Política Nacional y dan credibilidad adicional a la conclusión de que en el entorno normativo sobre el VIH/SIDA se han producido cambios positivos desde la adopción de la Declaración de compromiso.

Los datos aquí recopilados y presentados han inducido al ONUSIDA a concluir ***que se han realizado progresos significativos hacia la consecución de los objetivos de 2003 por lo que respecta al desarrollo de políticas, de acuerdo con lo estipulado en la Declaración de compromiso.***

A. Plan estratégico

A1 El país ha desarrollado estrategias multisectoriales para luchar contra el VIH/SIDA

La Declaración de compromiso insta a que, para 2003, todos los países desarrollen y apliquen estrategias nacionales multisectoriales sobre el SIDA. De los 87 países que respondieron a la encuesta del ONUSIDA, el 93% indicó que había adoptado estrategias nacionales, incluidos todos los países encuestados de África subsahariana, Asia y el Pacífico, y Europa oriental y Asia central. Es menos probable que los países ricos hayan adoptado planes nacionales multisectoriales.

- ***Desarrollo de políticas para epidemias emergentes.*** Las respuestas positivas correspondieron principalmente a los países que están muy afectados por la epidemia. Algunos países con epidemias más recientes o tasas bajas de prevalencia están en proceso de desarrollar planes nacionales multisectoriales o están concentrando sus respuestas en el sector sanitario.
- ***Actualización de las estrategias nacionales.*** Conforme cambian las circunstancias (como el paso de epidemia localizada a generalizada; la aparición de programas de tratamiento como opción factible, y el desarrollo de enfoques financieramente accesibles para la prevención de la transmisión maternoinfantil), los países han reconocido la necesidad de revisar y actualizar sus estrategias nacionales. ***Camboya y Sudáfrica***, por ejemplo, están en curso de revisar sus planes nacionales. En agosto de 2002, el Consejo Nacional Indonecio sobre el SIDA desarrolló una nueva estrategia multisectorial contra la epidemia (finalizada en abril de 2003) a través de un proceso consultivo y participativo con la sociedad civil, las provincias, el sector privado y personas que viven con el VIH/SIDA.
- ***Retos para una respuesta multisectorial.*** Diversos países indican que las respuestas nacionales siguen concentrándose en el sector sanitario. Aunque las políticas pueden ser

integrales en sí mismas, a menudo no llegan a aplicarse por falta de recursos financieros, técnicos o humanos.

A2 El país ha integrado el VIH/SIDA en su plan de desarrollo general

Al adoptar la Declaración de compromiso, los países acordaron que, para 2003, habrían integrado el VIH/SIDA en las actividades periódicas de planificación para el desarrollo, como las estrategias para la erradicación de la pobreza, las asignaciones presupuestarias y los planes de desarrollo sectorial. Este compromiso reconoce tanto la centralidad del VIH/SIDA para las perspectivas de desarrollo futuro (un punto subrayado recientemente en el *Informe sobre el Desarrollo Humano de 2003*, elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]) como la importancia de crear respuestas sinérgicas a los múltiples problemas que aumentan la vulnerabilidad al VIH/SIDA y exacerban el impacto de la epidemia sobre las sociedades, comunidades y hogares.

El 92% de los países que respondieron a la encuesta y que tenían los planes de desarrollo antes mencionados indicó que ya había integrado el VIH/SIDA en tales instrumentos. Los resultados de la encuesta fueron ligeramente más bajos en Asia y el Pacífico y en América Latina y el Caribe, donde algunos países expresaron una necesidad menos acuciante de tal integración debido a sus tasas relativamente bajas de prevalencia del VIH.

A3 El país tiene un órgano nacional de gestión/coordiación en materia de VIH/SIDA, funcional y multisectorial

A4 El país tiene un órgano nacional funcional específico sobre el VIH/SIDA que fomenta la interacción entre el gobierno, el sector privado y la sociedad civil

A5 El país tiene un órgano funcional específico sobre el VIH/SIDA que asiste en la coordinación de las organizaciones de la sociedad civil

Las prioridades básicas reflejadas en la Declaración de compromiso incluyen la participación activa de diversas partes interesadas en la respuesta nacional y una coordinación máxima de las actividades sobre el VIH/SIDA. La Declaración insta a que, para 2003, los países potencien la colaboración y el desarrollo de asociaciones innovadoras entre los sectores público y privado. Asimismo, pide a los países que, para 2003, establezcan y refuercen mecanismos para que el sector privado, las organizaciones de la sociedad civil, las personas que viven con el VIH/SIDA y los grupos vulnerables participen en la respuesta nacional.

- **Tasa elevada de organismos de coordinación de política.** El 88% de los países que respondieron a la encuesta del ONUSIDA señaló que había creado organismos multisectoriales y operativos para gestionar y coordinar los esfuerzos nacionales. El 89% comunicó que tenía un organismo para facilitar la interacción entre el gobierno, el sector privado y la sociedad civil. Un número menor de países (81%) posee un organismo que ayuda a coordinar las actividades de la sociedad civil en relación con el VIH/SIDA.

Con frecuencia, el mismo organismo asume las múltiples funciones de coordinación mencionadas en los indicadores A3, A4 y A5. En aproximadamente una cuarta parte de los países que respondieron, estas diversas funciones corren a cargo de los recién creados Mecanismos de Coordinación en el País (MCP), que se establecieron específicamente con el fin de apoyar los esfuerzos nacionales para obtener financiación del FMSTM. La *República Unida de Tanzania*, en cambio, posee múltiples organismos de coordinación para abordar las diferentes tareas, incluidos una Comisión Nacional del SIDA, la Red Tanzana de Organizaciones de la Sociedad Civil y el MCP nacional.

- **Coordinación a nivel provincial y de distrito.** Algunos países se han orientado hacia una mayor descentralización en la planificación y coordinación de las actividades relacionadas con el VIH/SIDA. *Papua Nueva Guinea* y *Uganda*, por ejemplo, tienen comités provinciales del SIDA además de un organismo nacional. De forma similar, en *Marruecos* se han establecido comités multisectoriales a nivel regional y provincial con el fin de elaborar planes estratégicos locales, coordinar las actividades y supervisar su ejecución. Otros países, como *Madagascar*, prevén establecer en un futuro próximo comités de coordinación del SIDA a estos mismos niveles.
- **Importancia de un apoyo adecuado a los esfuerzos de coordinación.** Diversos países, sin embargo, indicaron que estos organismos de coordinación necesitaban reforzamiento y una mayor inversión financiera y política para poder coordinar los esfuerzos de manera más eficaz. Aunque el Ministerio de Salud de la *Federación de Rusia* creó un consejo asesor que incluía varios ministerios federales clave, partes interesadas regionales y organizaciones de la sociedad civil, el país señala que el escaso apoyo de las más altas esferas políticas ha impedido que esos esfuerzos tengan un rendimiento óptimo.

A6 El país ha evaluado el impacto del VIH/SIDA en su situación socioeconómica con fines de planificación

De acuerdo con la Declaración de compromiso, para 2003 los países tienen que haber evaluado el impacto socioeconómico de la epidemia con miras al desarrollo y aplicación de estrategias para mitigar la carga del VIH/SIDA sobre la sociedad.

De los 28 países con epidemias de VIH generalizadas (prevalencia >1% en la población adulta) que respondieron al cuestionario del ONUSIDA, 16 (57%) comunicaron que habían estudiado el impacto socioeconómico del VIH/SIDA en su país. *Filipinas*, por ejemplo, con apoyo del PNUD, ha encargado una evaluación multimetodológica y multidisciplinaria del impacto de la epidemia para acelerar la integración del VIH/SIDA en su planificación general para el desarrollo. *Malawi* utilizó la asistencia técnica del PNUD y el Banco Mundial a fin de completar una serie de estudios sectoriales concebidos para comprender mejor el impacto de la epidemia en diferentes segmentos de la sociedad. En *Belice*, el Ministerio de Desarrollo Económico llevó a cabo una valoración del impacto que contó con el apoyo del Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Algunos países notificaron que habían iniciado diversos estudios, pero que los hallazgos de la investigación todavía no se habían sintetizado lo suficiente para coadyuvar a la planificación estratégica nacional.

A7 El país tiene una estrategia que aborda las cuestiones relativas al VIH/SIDA entre sus servicios uniformados nacionales (incluidas las fuerzas armadas y las fuerzas de protección civil)

A causa de las implicaciones de seguridad del VIH/SIDA, en enero de 2000 el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas celebró el primer debate de la historia centrado en una cuestión de salud, y apoyó posteriormente una serie de estrategias para integrar la prevención del VIH en las operaciones internacionales de mantenimiento de la paz. Asimismo, subrayó la amenaza potencial que plantea la epidemia para la seguridad internacional, especialmente en contextos de conflicto y mantenimiento de la paz.

El periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA hizo aún mayor hincapié en las implicaciones de seguridad del VIH/SIDA al adoptar la Declaración de compromiso, que exhorta a los países a que, para 2003, desarrollen y pongan en práctica estrategias nacionales con el fin de incorporar los elementos de sensibilización,

prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA en las actividades llevadas a cabo en respuesta a situaciones de emergencia. Al refrendar la Declaración, los países se comprometieron a proporcionar formación para la sensibilización sobre el VIH/SIDA y a hacer participar a los servicios uniformados en el desarrollo y ejecución de programas de sensibilización y prevención de la epidemia.

Un volumen creciente de datos recalca la importancia crítica de los esfuerzos nacionales para abordar el VIH/SIDA entre el personal de los servicios uniformados. En muchos países, donde el ejército actúa a menudo como fuerza estabilizadora esencial, las tasas de infección por el VIH entre el personal uniformado son significativamente mayores que en la población general.

- **Estrategias para los servicios uniformados.** El 78% de los países que respondieron al cuestionario del ONUSIDA indicó que había implantado una estrategia nacional sobre el VIH/SIDA para los servicios uniformados. Esa cifra oscilaba entre el 81% y el 90% en la mayoría de las regiones, pero era más baja en América Latina y el Caribe y en los países ricos, donde los porcentajes eran del 65% y 55%, respectivamente.

Hay indicios de que un número creciente de países está empezando a ser consciente de la amenaza que plantea la epidemia para la seguridad nacional y regional. Más países están utilizando herramientas programáticas y otras formas de asistencia desarrolladas por el ONUSIDA.

Enfoque del VIH/SIDA entre los servicios uniformados en Botswana y la República Democrática Popular Lao

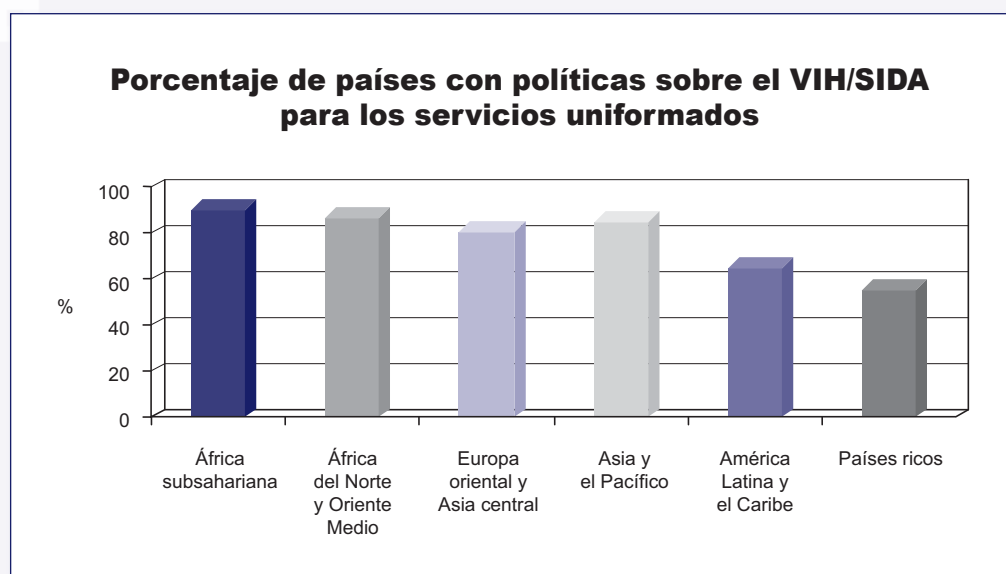
En la RDP Lao, los Ministerios de Defensa y de Seguridad son miembros del nuevo Comité Nacional para el Control del SIDA. Tanto la policía como el ejército fueron incluidos en el componente de comportamiento del programa nacional de vigilancia de segunda generación. La policía y el ejército se están preparando para formar educadores inter pares, y hay planes para emprender una respuesta al VIH/SIDA entre los soldados y policías jóvenes del país.

En 2002, Botswana nombró puntos focales del VIH/SIDA a jornada completa para el departamento de policía, las fuerzas de defensa y los servicios de seguridad en las prisiones. Las actividades llevadas a cabo en 2002 incluyeron programas de prevención, formación de educadores inter pares, análisis situacional e iniciativas de contacto, y esfuerzos para desalentar las violaciones y agresiones sexuales.

- **Escasa coordinación con los esfuerzos para el socorro de emergencia.** Aparte de los datos suministrados por los países sobre esta cuestión, la Secretaría del ONUSIDA efectuó un seguimiento independiente que proporciona información más detallada sobre el grado en que los países han aplicado la serie de medidas de seguridad estipuladas en la Declaración de compromiso. En la encuesta de 2003, 16 (29%) de los 54 países estudiados indicaron que sus estructuras de socorro de emergencias están coordinadas con los mecanismos nacionales del VIH/SIDA. Aunque algunos países, como *Eritrea* y *Uzbekistán*, afirman que están estableciendo actualmente tales procesos, parece que el nivel de coordinación entre los esfuerzos orientados al VIH/SIDA y al socorro de emergencia es tenue o inexistente en la mayoría de los países.
- **Formación limitada sobre el VIH/SIDA para el personal de socorro de emergencia.** Además, sólo el 12% de los países proporciona formación sobre el control del VIH/SIDA en situaciones de emergencia. Una excepción notable es *Tailandia*, que incluye

un componente del VIH/SIDA como parte de la instrucción del personal militar para situaciones de guerra o después de conflictos. Casi la mitad (47%) de los países que rellenaron el cuestionario del ONUSIDA indicaron que las organizaciones humanitarias poseen políticas y programas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo, con un porcentaje especialmente elevado (75%) de respuestas positivas en África.

- Marco para un plan de acción estratégico.** En 2002, el ONUSIDA celebró una reunión sobre VIH/SIDA y Seguridad Nacional con la intención de desarrollar un marco para un plan de acción estratégico centrado específicamente en los servicios uniformados. Como seguimiento directo del plan de acción, el ONUSIDA ha adoptado un enfoque paralelo para examinar los servicios uniformados a través de asociaciones regionales y nacionales, con una cobertura total de 36 países. Los objetivos son: 1) prevenir la transmisión del VIH entre los servicios uniformados, con énfasis en los reclutas jóvenes, mediante educación inter pares, suministro y distribución de preservativos y servicios de atención y apoyo, y 2) hacer participar activamente a los servicios uniformados en la lucha contra la epidemia, asegurando su intervención en la planificación estratégica nacional sobre el VIH/SIDA.



B. Prevención

Los objetivos de prevención enunciados en la Declaración de compromiso se resumen en gran medida en la meta global de reducir en un 25% la prevalencia del VIH entre los varones y mujeres jóvenes (de 15-24 años), para 2005 en los países más afectados y para 2010 en todo el mundo. En 2003, según la Declaración, los países deberían haber establecido objetivos nacionales con el fin de reducir la incidencia del VIH en los grupos vulnerables que presentan tasas elevadas o crecientes de infección. En el Anexo 1 se ofrece un conjunto de 17 intervenciones de prevención básicas. En el presente apartado se resumen los hallazgos sobre la adopción de las políticas preventivas recomendadas; en un apartado posterior del documento se presenta información sobre el acceso real a servicios de prevención.

B1 El país tiene una política o estrategia general para fomentar la información, educación y comunicación (IEC) sobre el VIH/SIDA

La información, educación y comunicación (IEC) sobre el VIH/SIDA son componentes cruciales de cualquier conjunto integral de medidas preventivas para reducir el número de nuevas infecciones por el VIH. Aun sin limitarse a ellas, la IEC incluye actividades como campañas en los medios de comunicación, educación sobre el SIDA en las escuelas y programas de educación inter pares, que se proponen generar cambios en los conocimientos y el comportamiento que reduzcan el riesgo de exposición al VIH e infección por el VIH.

El 88% de los países que respondieron a la encuesta indicaron que tenían políticas relativas a IEC. Los porcentajes de países con tales políticas eran elevados en todas las regiones, con cifras del 80% o superiores. *Botswana*, por ejemplo, ha formado un Consejo Asesor sobre Cambio de Comportamiento y Comunicaciones, compuesto por 25 miembros, que tiene por finalidad asesorar en cuestiones programáticas. La *República Democrática Popular Lao* se propone asegurar los conocimientos y la sensibilización de su población sobre el VIH, con una cobertura del 85% en 2005 y del 100% en 2010. Éste es sin duda un reto nacional importante, teniendo en cuenta que el país engloba 47 grupos étnicos diferentes, con múltiples idiomas y diversas prácticas culturales.

Las respuestas parecen indicar que los países deben comprender que una estrategia global de información, educación y comunicación es un elemento esencial en la prevención del VIH. Es de suma urgencia que los países con epidemias generalizadas y concentradas se marquen objetivos concretos de cobertura con el fin de guiar las respuestas programáticas. Por ejemplo, *Burkina Faso*, un país con una tasa de prevalencia del VIH en adultos del 6%, no tiene ninguna estrategia nacional para el suministro de información, educación y comunicación sobre el VIH/SIDA. El *Perú*, en cambio, dispone de una estrategia de IEC que fomenta la monogamia y el aplazamiento del inicio de la actividad sexual, pero que no promueve formalmente el uso de preservativos entre la población general. Otros países, como *Papua Nueva Guinea*, indican que no tienen una estrategia formal de IEC pero que están llevando a cabo programas de esta índole.

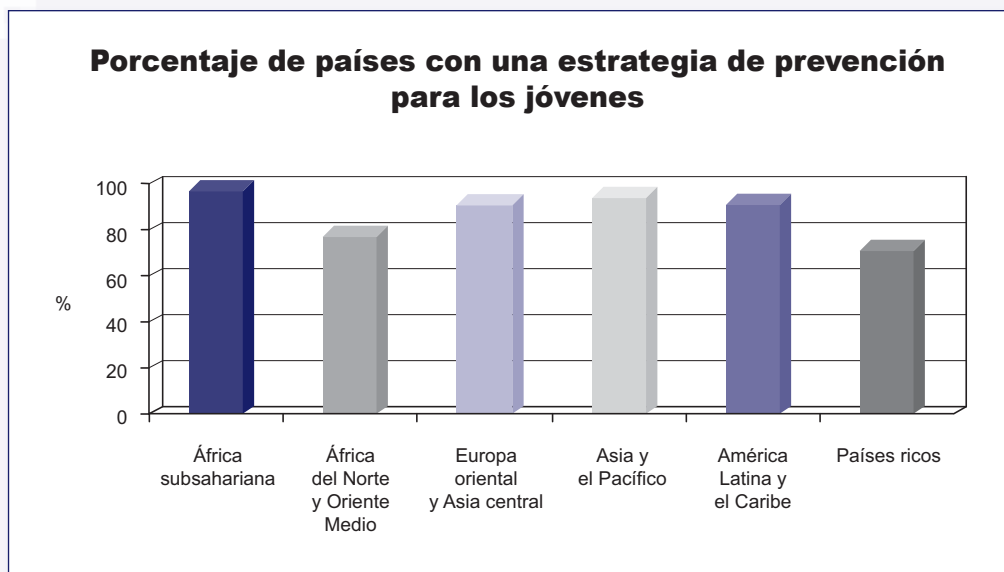
Promoción de la sensibilización y educación sobre el SIDA en Armenia

El Programa Nacional sobre Prevención del VIH/SIDA de Armenia da prioridad a las campañas de información para sensibilizar a la población general, las actividades con los medios de comunicación, la formación de periodistas, la creación de centros de asesoramiento y pruebas voluntarias en las ciudades importantes y el establecimiento de un centro nacional de información y una línea telefónica directa sobre el SIDA.

B2 El país tiene una política o estrategia para promover la educación sobre salud sexual y reproductiva entre los jóvenes

Según la Declaración de compromiso, para 2003 los países tienen que haber desarrollado o reforzado estrategias, políticas y programas para ampliar los servicios de información, asesoramiento y educación sobre salud sexual que sean de alta calidad y respetuosos con los jóvenes. También se insta a los países a que, para 2003, refuercen sus programas sobre salud sexual y reproductiva e impliquen a las familias y jóvenes en la planificación, ejecución y evaluación de programas sobre el VIH/SIDA.

El 88% de los países que rellenaron la encuesta indicó que tiene una política o estrategia para promover la educación sobre salud sexual y reproductiva entre los jóvenes, aunque, en comparación con otras regiones, los países ricos y los de África del Norte y Oriente Medio tenían menos probabilidades de haber adoptado tales políticas. Diversos países de Europa occidental incluidos en el grupo de ingresos elevados, como *Macedonia*, *Malta* y *Serbia* y *Montenegro*, todavía no han desarrollado políticas de este tipo.



Conviene señalar que la mayoría de los países de las regiones de Asia y el Pacífico, América Latina y el Caribe, y África subsahariana, con enormes poblaciones de jóvenes, han comunicado la implantación de políticas que deberían crear el entorno propicio para una cobertura de programación a gran escala. Hay algunos ejemplos excepcionales de compromiso demostrable entre los pocos países cuyas políticas sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes están integradas en los procesos de planificación para el desarrollo nacional o sectorial, aparte del sector sanitario.

- **Uganda** indica que su Política Nacional sobre Salud de los Adolescentes es un componente integral del proceso de desarrollo nacional.
- En **Honduras**, el Ministerio de Salud se ha marcado objetivos específicos de salud sexual y reproductiva para los jóvenes.
- **Camboya** está llevando a cabo múltiples esfuerzos para integrar el VIH/SIDA en las actividades del Ministerio de Educación, Juventud y Deporte.
- Después de dedicar el año 2002 a una campaña polifacética para combatir la propagación del VIH, el Primer Ministro de **Nepal** ha emprendido un esfuerzo nacional que da prioridad específica a las actividades de prevención entre los jóvenes.
- Otro país sin una política formal, **Etiopía**, afirma que está realizando esfuerzos para desarrollarla, y cita un foro nacional de la juventud que elaboró un plan trienal sobre el VIH/SIDA.
- En un intento de potenciar las acciones nacionales, el Foro de Cooperación sobre el VIH/SIDA de la **ASEAN** está intensificando los esfuerzos regionales para promover la formación basada en aptitudes para la vida y la educación sobre salud sexual y reproductiva entre los jóvenes.

Prioridad a la prevención del VIH entre los jóvenes en Namibia

El Segundo Plan de Desarrollo Nacional de Namibia se propone, para 2004, educar al 80% de la población estudiantil en materia de salud reproductiva, sexualidad, VIH/SIDA e ITS. En colaboración con el UNICEF y la Facultad de Medicina de la Universidad de Maryland, el Ministerio de Educación Básica gestiona el programa «Mi futuro es mi elección», que proporciona a los jóvenes información esencial sobre salud sexual y reproducción, embarazo, ITS y VIH/SIDA, además de impartir aptitudes para que los jóvenes puedan tomar decisiones de vida saludable.

B3 El país tiene una política o estrategia que fomenta la IEC y otras intervenciones de salud para grupos con tasas elevadas o crecientes de infección por el VIH

El 81% de los países ha implantado políticas o estrategias para prevenir el VIH entre las poblaciones vulnerables. Especialmente alentador es el elevado porcentaje de respuestas positivas en Europa oriental y Asia central (90%), donde tales políticas revisten una importancia particular debido a la concentración de la epidemia en estos grupos vulnerables. En la mayoría de las demás regiones, el porcentaje se sitúa por encima del 85%, salvo en América Latina y los países ricos, donde es del 75% y 60%, respectivamente.

Muchos países han comunicado intervenciones prioritarias para diversas poblaciones, dependiendo de las circunstancias nacionales. Por ejemplo:

- El *Brasil* indica que sus estrategias de IEC hacen hincapié especial en los varones que tienen relaciones sexuales con varones, profesionales del sexo, jóvenes y consumidores de drogas intravenosas.
- Con la ayuda de donantes internacionales, *Nepal* está ejecutando diversas estrategias de prevención dirigidas a profesionales del sexo, sus clientes y consumidores de drogas intravenosas.
- La estrategia quinquenal sobre el VIH/SIDA y las ITS de la *República de Moldova* prioriza las actividades de reducción del daño para consumidores de drogas intravenosas, incluido el primer programa de suministro de metadona de la región.
- La estrategia nacional de *Zimbabwe* promueve intervenciones para profesionales del sexo, jóvenes, poblaciones móviles y reclusos, entre otros grupos.

B4 El país tiene una política o estrategia que promueve la IEC y otras intervenciones de salud para los migrantes transfronterizos

La Declaración de compromiso insta a que, para 2005, los países desarrollen y empiecen a aplicar estrategias de prevención del VIH para migrantes y trabajadores móviles, incluido el suministro de información sobre servicios sociales y de salud. Este objetivo de la Declaración aborda la correlación bien establecida entre movilidad de la población e incremento del riesgo de infección por el VIH.

A dos años de la fecha límite para la realización de este objetivo de la Declaración, sólo el 47% de los países posee una política de prevención del VIH para los migrantes transfronterizos. Algunos países, como Indonesia, afirman que están en curso de desarrollar estrategias nacionales de este tipo.

A pesar de la proporción relativamente baja de países que incluyen a los migrantes transfronterizos en su política nacional, diversos países han emprendido iniciativas potencialmente importantes en esta área.

- **Zimbabwe** ha instaurado diversas estrategias para afrontar los riesgos que plantea la migración transfronteriza, incluido el proyecto «Corredores de la esperanza», patrocinado por USAID, para conductores de largo recorrido.
- **Guatemala** informa de que varias iniciativas transfronterizas ya están operando en América Central, y **Namibia** indica que el Comisionado Nacional para los Refugiados ha emprendido programas sobre el VIH/SIDA en todos los puntos de acogida y en el principal campo de refugiados del país, donde viven aproximadamente unas 22.000 personas.
- En la región de Asia, la **ASEAN** ha subrayado la movilidad de la población como área prioritaria en sus programas sobre el VIH/SIDA. Se ha llegado a un consenso para ampliar las estrategias de prevención, con programas para antes de la partida, para después de la llegada y para la reintegración de los millones de trabajadores que están empleados fuera de su país.

B5 El país tiene una política o estrategia para ampliar el acceso, incluido el de los grupos vulnerables, a productos básicos de prevención

La Declaración de compromiso insta a que, para 2005, los países amplíen el acceso a productos básicos de prevención, como los preservativos masculinos y femeninos y los equipos estériles de inyección. Este requisito de la Declaración reconoce las deficiencias actuales en el suministro y accesibilidad de medios fundamentales de prevención, y exhorta a la comunidad internacional a tomar medidas enérgicas para subsanar tales carencias.

- **Déficit en el acceso a los preservativos.** El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) estima que el suministro actual de preservativos masculinos (entre 6 y 9 millones anuales) cubre tan sólo una cuarta parte de las necesidades. En África, donde la epidemia se propaga de forma abrumadora por transmisión sexual, el suministro actual es únicamente de tres preservativos masculinos por año y por varón adulto. El UNFPA estima que, en 2000, el gasto internacional en preservativos representó tan sólo el 19% del que se necesitaba. Asimismo, aunque numerosos estudios han puesto de manifiesto que los preservativos femeninos son eficaces para prevenir la transmisión del VIH y suelen resultar aceptables para las mujeres y sus parejas sexuales, el acceso a tales preservativos sigue siendo limitado en los países de ingresos bajos o medianos.
- **Prácticas de inyección peligrosas.** En los países de ingresos bajos o medianos, la mayoría de los centros de asistencia sanitaria no cumple las precauciones universales, incluidas las medidas para velar por la esterilidad de los equipos de inyección. Los expertos de la OMS calculan que, en 2000, las prácticas de inyección peligrosas fueron la causa de 160.00 infecciones en la región de Asia y el Pacífico.
- **Desarrollo de una política nacional.** El 81% de los países que rellenaron el cuestionario indicó que tiene una política nacional para ampliar el acceso a productos básicos de prevención. Aunque el porcentaje mundial es bastante alto, la cifra comparativamente baja de África subsahariana (73%) subraya la necesidad de que los países tomen medidas inmediatas a fin de asegurar la realización de este objetivo de la Declaración para 2005.

Las respuestas revelan que los países están siguiendo una amplia gama de estrategias para aumentar la accesibilidad de las tecnologías de prevención.

- **Kazajstán** notifica que el número de jeringas distribuidas a CDI en 2002 (16.000) representa un incremento de dos veces y media respecto a 2001; además, en 2002, se duplicó la distribución de preservativos y el país abrió 69 nuevos centros de asesoramiento y pruebas voluntarias.
- En 2002, **Botswana** adquirió 31 millones de preservativos a través del sector público, lo que permitió la distribución de 44 preservativos por persona sexualmente activa (de 15-59 años); asimismo, el país estableció mecanismos de control de calidad para sus programas de distribución de preservativos.
- En la **República Democrática Popular Lao**, la política nacional se propone ofrecer acceso a APV en todas las provincias para 2005.

Mayor acceso a los preservativos en la India

El Gobierno de la India ha adoptado una estrategia nacional para ampliar el acceso a los preservativos por medio de planes de distribución gratuita y comercialización social. La estrategia nacional incluye intervenciones orientadas para aumentar el acceso a los preservativos entre grupos especialmente vulnerables, como los profesionales del sexo, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los consumidores de drogas intravenosas, los trabajadores del transporte y la mano de obra migrante.

B6 El país tiene una política o estrategia para reducir la transmisión materno infantil (TMI) del VIH

La Declaración de compromiso prevé una reducción del 20% para 2005, y del 50% para 2010, en el número de lactantes infectados por el VIH nacidos de madres VIH-positivas. El logro de este objetivo exige que los países adopten y ejecuten estrategias para potenciar un conjunto integral de servicios dirigidos a reducir el riesgo de transmisión materno infantil.

El 88% de los países afirma que ha implantado políticas nacionales de PTMI. Los porcentajes más elevados corresponden a América Latina y el Caribe (100%) y a África subsahariana (91%). Preocupa, sin embargo, la cifra relativamente baja (78%) de respuestas positivas en Asia, donde la PTMI ya ha emergido como una necesidad imperiosa de salud pública en diversos países.

La información sobre la aplicación de la Declaración de compromiso pone de manifiesto una amplia gama de respuestas nacionales.

- En 2002, **Belarús** puso en marcha una campaña para enseñar métodos eficaces de PTMI a obstetras, ginecólogos y pediatras.
- **Malawi** ha lanzado en 2003 una iniciativa de PTMI que incluye directrices nacionales, estrategias de alimentación infantil para las mujeres VIH-positivas y la negociación del suministro gratuito de nevirapina y de los medios de diagnóstico apropiados.
- **Botswana** está ampliando su programa nacional de acceso universal a AZT y nevirapina gratuitas para todas las mujeres embarazadas, y se propone ofrecer fórmula infantil gratuita para todas las madres que opten por la alimentación artificial. Entre diciembre de 1999 y junio de 2002, el porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron asesora-

miento sobre PTMI aumentó del 60% al 74%, mientras que la cifra de mujeres embarazadas VIH-positivas que recibieron AZT pasó del 30% al 60%.

C. Derechos humanos

C1 El país dispone de leyes y reglamentaciones que protegen de la discriminación a las personas que viven con el VIH/SIDA

Según la Declaración de compromiso, «El respeto de los derechos de las personas que viven con el VIH/SIDA impulsa una respuesta eficaz». La Declaración insta a que, para 2003, los países promulguen, consoliden o apliquen leyes para eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con el VIH/SIDA y para combatir el estigma y la exclusión social relacionados con el VIH.

Los resultados de la encuesta indican que muchos países corren el riesgo de no cumplir el propósito de la Declaración de fundamentar las respuestas nacionales en el respeto de los derechos humanos. A nivel mundial, el 62% de los países afirma que ha implantado medidas jurídicas para proteger de la discriminación a las personas que viven con el VIH/SIDA. En África subsahariana, donde hay actualmente unos 30 millones de personas que viven con el VIH/SIDA, poco más de la mitad de los países encuestados (52%) ha aprobado mandatos antidiscriminación. Lo mismo ocurre en África del Norte y Oriente Medio, región en la que sólo uno de cada dos países tiene leyes de esta índole.

Además, las respuestas nacionales señalan que estas cifras pueden exagerar de hecho el compromiso oficial con la erradicación del estigma y la discriminación relacionados con el VIH. Diversos países que respondieron positivamente no han adoptado medidas antidiscriminatorias específicas para el VIH, sino que confían en leyes generales que prohíben una amplia gama de prácticas discriminatorias. Otros señalan que, aunque las leyes nacionales prohíben técnicamente la discriminación a causa del VIH, el conocimiento público de esas leyes suele ser bajo, y no hay medios adecuados para aplicar la normativa.

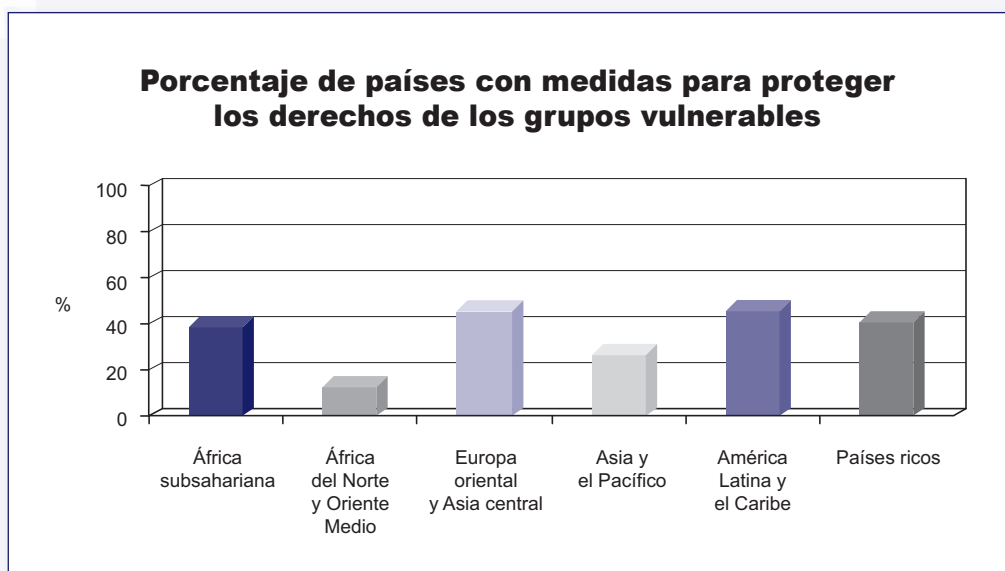
Lucha contra la discriminación por el VIH en los Países Bajos

El artículo 1 de la Constitución de los Países Bajos prohíbe la discriminación por cualquier motivo. Además, la Ley de Exploraciones Médicas del país establece que a ninguna persona se le puede negar un seguro o un subsidio de desempleo por razones médicas. La legislación holandesa impide que los contratistas soliciten la presentación de una prueba del VIH a quienes buscan empleo, y el país no tiene restricciones de desplazamiento para las personas que viven con el VIH.

C2 El país dispone de leyes y reglamentaciones que protegen de la discriminación a los grupos identificados como particularmente vulnerables al VIH/SIDA

El estigma y la discriminación que obstaculizan una respuesta eficaz a la epidemia se extienden no sólo a las personas infectadas por el VIH, sino también a los miembros de grupos especialmente vulnerables a la infección, como consumidores de drogas intravenosas, varones que tienen relaciones sexuales con varones, profesionales del sexo y jóvenes vulnerables. La Declaración recomienda que, para 2003, los países consoliden o apliquen, según sea necesario, medidas jurídicas para eliminar la discriminación contra los miembros de grupos vulnerables y promover sus derechos humanos. Estas iniciativas legislativas desempeñan un papel fundamental en la respuesta global al VIH/SIDA al ayudar a asegurar, entre otras cosas, el acceso a servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH.

- **Poca abundancia de leyes antidiscriminatorias para las poblaciones vulnerables.** Las respuestas nacionales a este indicador concreto fueron de las más bajas que se registraron para cualquier indicador; así, sólo el 36% de los países declaró que había promulgado políticas antidiscriminación para las poblaciones vulnerables. Las respuestas positivas fueron especialmente bajas en las regiones de Asia y el Pacífico y de África del Norte y Oriente Medio.
- **Discriminación autorizada oficialmente.** En muchas partes del mundo, las poblaciones vulnerables siguen siendo objeto de actos discriminatorios autorizados oficialmente. En numerosos países, la conducta homosexual continúa siendo ilegal y puede conducir a la prisión, al igual que el comercio sexual. En algunos países en los que el consumo de drogas intravenosas está impulsando la epidemia, las políticas oficiales hacia esta población son mayoritariamente punitivas, en lugar de poner énfasis en servicios integrales de prevención y atención para CDI, como sensibilización sobre las drogas, educación relacionada con el VIH/SIDA y promoción de prácticas sexuales seguras.
- **Disuasión para el acceso a servicios.** Las medidas para aumentar el acceso de los profesionales del sexo a los servicios de prevención, atención y apoyo, como tratamiento de ITS y suministro de preservativos, se ven limitadas a menudo por marcos legislativos que penalizan a los profesionales del sexo y los disuaden de solicitar asistencia sanitaria. Por el contrario, en países como **Benin**, **Côte d'Ivoire** y el **Senegal**, donde los esfuerzos de prevención se han centrado específicamente en los profesionales del sexo y otros grupos vulnerables, esas iniciativas han logrado controlar eficazmente la incidencia del VIH y las ITS.



Aun cuando la mayoría de los países parece correr el riesgo de no cumplir los requisitos de la Declaración en esta área, algunos están mostrando un liderazgo importante en la protección y promoción de los derechos de las poblaciones vulnerables. Diversas regiones del **Brasil**, por ejemplo, han aprobado leyes que proscriben la discriminación a causa de la orientación sexual. A pesar de las restricciones impuestas por los marcos legislativos, unos pocos países (**Benin**, el **Brasil** y **Camboya**) han realizado progresos en mejorar el acceso equitativo de las poblaciones vulnerables a servicios de prevención del VIH. La **República de Moldova** ha iniciado una revisión exhaustiva de la legislación nacional para asegurar la observancia de los convenios sobre derechos humanos.

C3 El país tiene una política para asegurar el acceso equitativo de los varones y las mujeres a la prevención y atención, con interés particular en los grupos vulnerables

La carga de la epidemia sobre las mujeres y niñas ha crecido considerablemente durante los últimos años, de forma que en la actualidad las mujeres representan la mitad de todas las personas que viven con el VIH/SIDA y casi el 60% de las infectadas por el VIH en África subsahariana. Estas tendencias reflejan las múltiples desigualdades económicas, jurídicas y sociales a las que se enfrentan las mujeres y niñas en muchas partes del mundo.

Comprendiendo la necesidad de integrar las dimensiones de género en las respuestas nacionales a la epidemia, los 189 Estados Miembros que apoyaron la Declaración de compromiso acordaron varios objetivos con el fin de capacitar a las mujeres y niñas para que puedan protegerse de la infección por el VIH. Para 2005, los países tienen que haber aplicado estrategias nacionales que promuevan los derechos de las mujeres y las capaciten para tomar decisiones en materias relativas a su sexualidad. Para 2005, los países también tienen que haber adoptado medidas que aseguren el acceso de las mujeres y niñas a servicios integrales de asistencia sanitaria, incluida la salud sexual y reproductiva.

El indicador de política C3 valora el grado en que los países han pasado a la acción para asegurar la igualdad en el acceso a la prevención, atención y otros servicios relacionados con el VIH. En conjunto, el 69% de los países afirma que ha implantado políticas para asegurar que las mujeres tengan un acceso equitativo a servicios relacionados con el VIH. En aproximadamente uno de cada tres países se requiere una acción inmediata para asegurar la igualdad de género en el acceso a servicios de prevención y atención del VIH/SIDA, tal como estipula la Declaración.

Pese a la incapacidad de muchos países para integrar la igualdad de género en sus marcos nacionales sobre el VIH/SIDA, algunos de ellos ya están abordando activamente la disparidad en los servicios que se ofrecen a varones y mujeres. El Grupo de Trabajo sobre Género y VIH/SIDA de **Kenya**, por ejemplo, ha publicado recomendaciones para asegurar el acceso equitativo de las mujeres a la atención sanitaria. En 2001, el Ministerio de Asuntos de la Mujer de **Camboya** desarrolló una política nacional para promover los derechos de las mujeres y niñas con riesgo de infección por el VIH.

C4 El país tiene una política para asegurar que un comité deontológico revise y apruebe los protocolos de investigación sobre el VIH/SIDA en seres humanos

Como componente de un esfuerzo mundial de investigación sobre el VIH/SIDA más sólido y eficaz, los países acordaron, bajo la Declaración de compromiso, asegurar para 2003 que todos los ensayos de investigación biomédica relacionados con el VIH se basen en prácticas óptimas y directrices internacionales y sean evaluados por comités de revisión ética independientes. En el momento actual, el 70% de los países encuestados impone la obligatoriedad de revisión ética de los protocolos de investigación relacionados con el VIH. El porcentaje de respuestas positivas es especialmente bajo en Europa oriental y Asia central, donde menos de la mitad de los países aseguran que los protocolos de ensayos clínicos son revisados por un comité deontológico.

La **India** ha desarrollado directrices para asegurar que las investigaciones sobre el VIH/SIDA en seres humanos sean revisadas y aprobadas por comités deontológicos tanto institucionales como nacionales. En **Filipinas**, el Consejo Nacional del SIDA ha elaborado directrices éticas que ofrecen orientación sobre el consentimiento informado, confidencialidad, asistencia, discriminación y otras cuestiones pertinentes para la participación en investigaciones clínicas.

D. Atención y apoyo

D1 El país tiene una política o estrategia que fomenta la atención y apoyo integrales para el VIH/SIDA, con interés particular en los grupos vulnerables

La Declaración de compromiso afirma que «la atención, apoyo y tratamiento son elementos fundamentales de una respuesta eficaz». La Declaración adopta un enfoque integral frente a la atención, apoyo y tratamiento, que incluye no sólo TAR sino también otros fármacos para infecciones oportunistas y asistencia psicosocial para las personas infectadas o afectadas por el VIH/SIDA y sus familias. De acuerdo con la Declaración, se insta encarecidamente a los países a que, para 2003, desarrollen estrategias nacionales con el fin de proporcionar servicios asistenciales integrales para las personas afectadas por el VIH, sus familias y sus comunidades.

Más de las tres cuartas partes (76%) de los países encuestados por el ONUSIDA indicaron que ya tenían tales políticas. Los porcentajes eran más bajos en Europa oriental y Asia central, lo que refleja la aparición más reciente de la epidemia en esa región. Teniendo en cuenta el rápido crecimiento de la infección por el VIH en Europa oriental y Asia central, y dado que más de un millón de personas de la región ya están viviendo con el VIH/SIDA, los países que actualmente no poseen estrategias asistenciales integrales (es decir, más de un tercio) deben acelerar sus esfuerzos para desarrollar y aplicar tales políticas.

Recientemente, como consecuencia del abaratamiento de la TAR y la mayor disponibilidad de apoyo externo para programas de tratamiento del VIH, muchos países han emprendido acciones para aumentar el acceso a una atención integral. **Viet Nam** ha extendido a 40 provincias su red de centros de asesoramiento, atención y tratamiento del VIH/SIDA. **Malawi** está aprovechando la financiación del FMSTM para aumentar el acceso a la atención y tratamiento; promover el uso racional de los fármacos relacionados con el SIDA, incluidos los antirretrovíricos, e integrar la asistencia del VIH y la tuberculosis.

Diversos países señalan que, aunque las estrategias nacionales promueven la atención integral para el VIH/SIDA, es frecuente que tales estrategias no lleguen a aplicarse, debido a menudo a la insuficiencia de recursos. **Lesotho**, por ejemplo, ha colaborado con varias ONG en la elaboración de manuales sobre atención domiciliaria, tratamiento clínico del VIH/SIDA, asesoramiento, asistencia nutricional y asistencia y apoyo espirituales para las personas infectadas o afectadas por el VIH. En la actualidad, sin embargo, la TAR sólo está disponible como profilaxis posexposición en contextos sanitarios, y no existe acceso universal a fármacos para tratar o prevenir infecciones oportunistas relacionadas con el VIH. Este año, **China** ha establecido más de 50 centros de demostración para la prevención y atención del VIH, pero las autoridades nacionales reconocen que el alcance y cobertura del programa son actualmente insuficientes a causa de la extensión y la población ingente del país.

Promoción de la atención integral para el VIH/SIDA en Uganda

En Uganda, la estrategia nacional sobre el VIH/SIDA para 2001-2006 se propone reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad relacionadas con el VIH, así como mejorar la calidad de vida de las personas con el VIH/SIDA. El marco general, en el que intervienen múltiples partes interesadas, se basa en tres estrategias principales:

- Asesoramiento, incluidos asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH.
- Prevención de la transmisión maternoinfantil.
- Tratamiento clínico integral del VIH/SIDA, que incluye quimioprofilaxis, tratamiento de infecciones oportunistas, terapia antirretrovírica, cuidados paliativos y asistencia pediátrica para el VIH/SIDA.

D2 El país tiene una política o estrategia para asegurar o ampliar el acceso a los medicamentos relacionados con el VIH/SIDA, con interés particular en los grupos vulnerables

Según los requisitos de la Declaración de compromiso, para 2003 los países tienen que haber implantado estrategias globales para proporcionar medicaciones relacionadas con el VIH, incluidos TAR y fármacos para el tratamiento y prevención de infecciones oportunistas. La Declaración insta a realizar esfuerzos urgentes con el fin de ofrecer la calidad más alta posible en el tratamiento para el VIH/SIDA.

El 80% de los países que respondieron al cuestionario indica que ya tiene políticas para asegurar o ampliar el acceso a medicamentos relacionados con el VIH. Sin embargo, aunque la región de Asia y el Pacífico alberga a unos 7,2 millones de personas que viven con el VIH/SIDA, menos de los dos tercios de los países poseen políticas para promover el acceso a fármacos relacionados con el VIH.

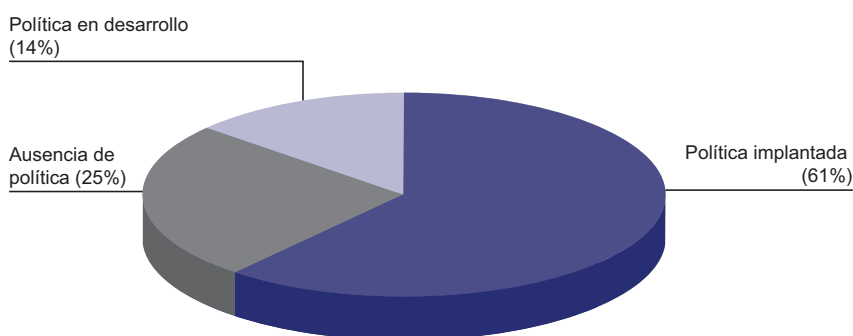
Diversos países, como *Armenia*, *Belarús*, *Burkina Faso* y *Malawi*, indican que la nueva financiación del FMSTM beneficiará los planes para ampliar el acceso a medicaciones relacionadas con el VIH. *Uganda* señala que su participación en la Iniciativa del ONUSIDA para la Aceleración del Acceso le está ayudando a conseguir reducciones significativas en el precio de los medicamentos para el VIH/SIDA; además, Uganda ha podido acelerar sus esfuerzos para ampliar el acceso al tratamiento gracias a la importación de fármacos antirretrovíricos genéricos. *China* ha informado de la producción nacional de cuatro ARV, lo que ha permitido desarrollar tres «cócteles» diferentes de TAR.

De todas formas, los resultados de la encuesta también revelan la persistencia de obstáculos para acceder al tratamiento del VIH/SIDA. Aunque el Programa Nacional del SIDA del *Paraguay* proporciona TAR a 300 personas que viven con el VIH/SIDA, es frecuente que el programa se interrumpa cada año durante varios meses a causa de las carencias de financiación. En la *India*, donde el sector privado produce fármacos ARV genéricos, el sector público no proporciona TAR gratuita, aunque sí asegura el acceso gratuito a medicamentos para infecciones oportunistas, y algunas empresas privadas ofrecen cobertura de TAR para sus trabajadores.

D3 El país tiene una política o estrategia para abordar las necesidades adicionales de los huérfanos y otros niños vulnerables

Se estima que el VIH/SIDA ya ha dejado huérfanos a unos 14 millones de niños, y el ONUSIDA prevé que esa cifra podría llegar a los 25 millones en 2010. De acuerdo con la Declaración de compromiso, los países deberían desarrollar para 2003, y aplicar para 2005, políticas y estrategias nacionales con miras a crear un entorno de apoyo a los huérfanos y otros niños vulnerables a causa del VIH/SIDA. Los servicios de apoyo para los huérfanos y demás niños vulnerables incluyen asesoramiento y apoyo psicosocial apropiados; programas para asegurar la escolarización y el acceso a la vivienda; acceso a servicios nutricionales, sanitarios y sociales, y protección contra la violencia, explotación, discriminación y otras formas de maltrato.

Porcentaje de países con epidemias de VIH generalizadas que tienen una política sobre los huérfanos



- **Creciente impacto de los niños huérfanos a causa del SIDA.** Las respuestas a la encuesta ponen de manifiesto que en muchos países está empezando a notarse la carga creciente de cuidar a un número cada vez mayor de niños huérfanos a causa del SIDA. Aunque actualmente hay más países que disponen de políticas oficiales sobre huérfanos y otros niños vulnerables, la integración del apoyo a los huérfanos en los marcos de política nacional sigue siendo desigual e insuficiente.
- **Marcos de política nacional.** De los 28 países encuestados que tienen una tasa de prevalencia del VIH superior al 1%, 17 (61%) poseen políticas para abordar las necesidades y vulnerabilidades especiales de los huérfanos y otros niños desasistidos; además, otros cuatro (14%) están en proceso de desarrollar tales políticas. Uno de cada cuatro países todavía no tiene una política para proporcionar un entorno de apoyo a los niños huérfanos o vulnerables como consecuencia del SIDA.
- **Ejemplos de respuestas nacionales.** Según los resultados de la encuesta del ONUSIDA, el impacto creciente causado por el número cada vez mayor de niños huérfanos de resultas del SIDA está generando una diversidad de respuestas nacionales.
 - **Namibia** informa de que ha desarrollado un marco de política nacional para los niños huérfanos; ha convocado un grupo de trabajo permanente sobre huérfanos y niños vulnerables, y ha creado un fondo para aumentar los recursos destinados a programas de apoyo a los niños.
 - **Uganda** y la **República Unida de Tanzania** indican que están desarrollando políticas nacionales sobre los huérfanos y demás niños vulnerables.
 - Según el informe de **Camboya**, ese país dispone de un fondo nacional para sufragar servicios destinados a los niños infectados o afectados por el VIH/SIDA, pero los recursos disponibles son insuficientes actualmente para satisfacer las necesidades.

Promoción de servicios integrales para niños huérfanos por el SIDA en Malawi

La estrategia nacional de Malawi sobre niños huérfanos a causa del SIDA, a través de diversas medidas de capacitación, pretende habilitar a las comunidades y hogares para que utilicen el capital social y otros recursos disponibles con el fin de cuidar a niños afectados por la epidemia. En Malawi existen 97 grupos comunitarios dedicados al cuidado de huérfanos, y uno de cada cinco ofrece apoyo educativo a los niños escolarizados. El Ministerio de Servicios Comunitarios, Género y Juventud administra un sistema de registro de huérfanos a nivel nacional, de distrito y de comunidad. La estrategia de Malawi hace hincapié en programas que enseñen aptitudes para la vida y proporcionen el apoyo psicosocial necesario. Funcionarios gubernamentales citan la necesidad mucho mayor de recursos para apoyar estas y otras iniciativas dirigidas a los niños huérfanos y vulnerables, así como la necesidad en el futuro de abordar un espectro más amplio de cuestiones, incluida la protección de los niños contra el maltrato, el estigma y la discriminación.

E. Índice de Esfuerzo del Programa del SIDA

Como complemento de los hallazgos del Índice Compuesto de Política Nacional, el Índice de Esfuerzo del Programa del SIDA (IPS) pretende medir el esfuerzo realizado por los programas nacionales para afrontar la epidemia de SIDA.

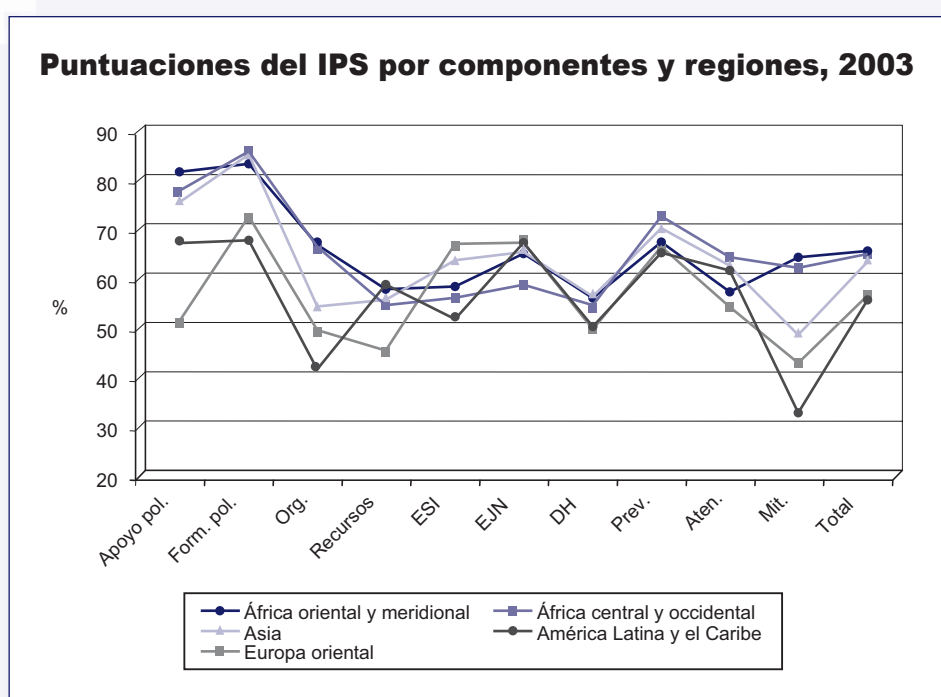
La encuesta pidió a expertos de cada país que cuantificaran los esfuerzos nacionales en 10 categorías programáticas diferentes. Se encuestó a 40 países en 2000 y a 54 en 2003. Este estudio rápido no se propone clasificar los países, porque la necesidad del esfuerzo programático varía según la gravedad de la epidemia y porque los expertos de cada país pueden utilizar criterios diferentes al juzgar la calidad. En cualquier caso, el IPS es útil para identificar áreas de fortaleza y debilidad en las respuestas nacionales y para valorar los progresos realizados durante los últimos 2-3 años. En la presente sección se presentan los resultados de 44 de los 54 países encuestados en 2003.

Resultados del Índice de Esfuerzo del Programa del SIDA, 2003. La figura de la página siguiente muestra el perfil del esfuerzo por categorías y regiones. África y Asia tuvieron un comportamiento relativamente bueno en cuanto a apoyo político y formulación de políticas, y todas las regiones mostraron indicios de mejora en la prevención del VIH. En comparación con otras regiones con epidemias menos graves, los países africanos tenían mayores probabilidades de priorizar las iniciativas para mitigar el impacto de la epidemia. Las áreas más deficientes de los esfuerzos nacionales son los recursos, derechos humanos y asistencia.

Casi todos los países comunicaron que habían implantado diversos elementos programáticos esenciales; entre ellos, políticas nacionales globales; cribado sistemático de la sangre; tratamiento de ITS; bases jurídicas para medidas de prevención como IEC, preservativos, tratamiento de ITS y APV; vigilancia entre las mujeres embarazadas, y observancia de convenios internacionales fundamentales sobre derechos humanos, como la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención sobre los Derechos del Niño, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

Sin embargo, a pesar de la aceptación casi universal de los acuerdos internacionales básicos sobre derechos humanos, pocos países han puesto en vigor medidas eficaces que aseguren la aplicación de esas declaraciones, como el establecimiento de redes o puntos focales del SIDA dentro de los gobiernos a fin de supervisar y asegurar la observancia.

La mayoría de los expertos también concede puntuaciones bajas a sus países por lo que respecta al nivel de recursos asignados a programas de prevención y atención. Otros aspectos que obtienen puntuaciones bajas son el apoyo a programas para consumidores de drogas intravenosas y varones que tienen relaciones sexuales con varones, y la disponibilidad generalizada de TAR y tratamiento para infecciones oportunistas.



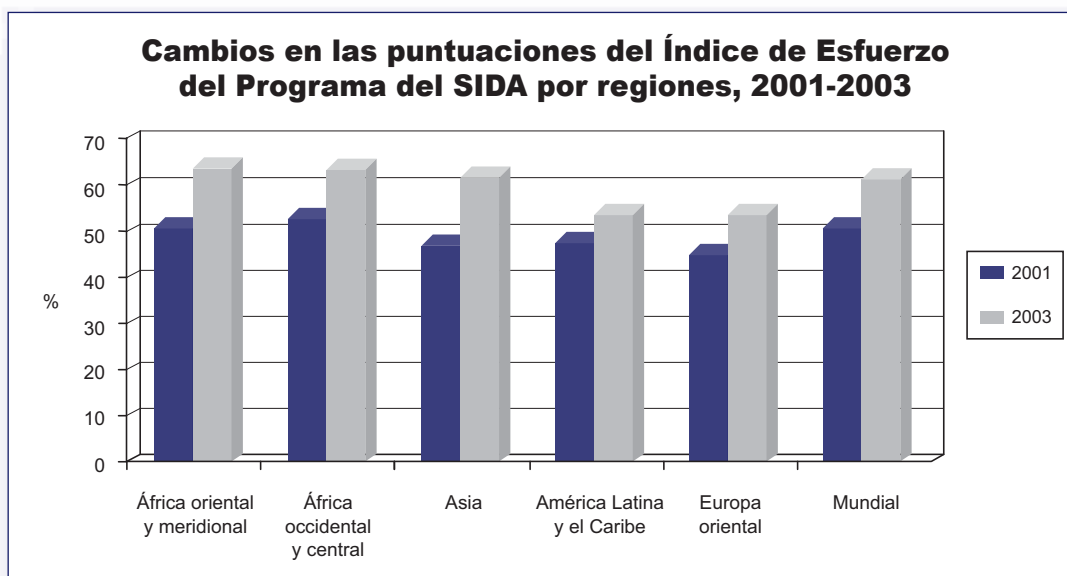
Claves: Apoyo pol. = apoyo político; Form. pol. = formulación de políticas; Org. = estructura de la organización; ESI = evaluación, seguimiento e investigación; EJNI = entorno jurídico y normativo; DH = derechos humanos; Prev. = prevención; Aten. = atención y tratamiento; Mit. = mitigación.

Mejoras entre 2001 y 2003. Las puntuaciones del IPS de 2003 pueden compararse con las de 2000 y con valoraciones retrospectivas para 2001 efectuadas por expertos en 2003. El análisis de esta información indica que, desde 2000, se han realizado progresos importantes para consolidar el desarrollo y la aplicación de políticas nacionales sobre el VIH/SIDA. Se ha avanzado en todas las regiones, aunque los progresos más significativos corresponden a África y Asia (véase la figura en la página siguiente). Se han observado mejoras en cuanto a organización, apoyo político y disponibilidad de recursos, con avances más limitados en derechos humanos y en el entorno jurídico y normativo.

Algunos progresos concretos son:

- **Recursos.** Casi todos los países comunicaron progresos en la disponibilidad de recursos. Los aumentos de financiación se destinaron principalmente a prevención de la transmisión materno-infantil, terapia antirretrovírica, actividades pro derechos humanos, asesoramiento y pruebas voluntarias, programas para jóvenes, preservativos, formulación de políticas, y comunicaciones para un cambio de comportamiento.

- **Participación multisectorial.** Diez de los 41 países comunicaron la adopción de programas multisectoriales desde 2001. Los sectores gubernamentales implicados con mayor frecuencia en esos nuevos programas son los de juventud, transporte, economía, agricultura, trabajo, función pública, turismo, comercio y cultura.
- **Prevención.** Una cuarta parte de los países indicó que estaba ejecutando programas de prevención de la transmisión maternoinfantil y asesoramiento y pruebas voluntarias desde 2001.
- **Apoyo político.** Diez países comunicaron que la sociedad civil tenía representación en el organismo nacional de coordinación del SIDA.
- **Derechos humanos.** En 10 de los países encuestados se han aplicado recientemente programas específicos para reducir el estigma.



III. Indicadores del programa y el comportamiento nacionales

1. Porcentaje de escuelas con maestros que han recibido capacitación en educación sobre el VIH/SIDA basada en aptitudes para la vida y que la impartieron durante el último curso académico
2. Porcentaje de grandes empresas/compañías que tienen políticas y programas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo
3. Porcentaje de pacientes con ITS en centros sanitarios que reciben un diagnóstico, tratamiento y asesoramiento apropiados
4. Porcentaje de mujeres embarazadas VIH-positivas que reciben un tratamiento completo de profilaxis antirretrovírica para reducir el riesgo de TMI
5. Porcentaje de personas con infección por el VIH avanzada que reciben terapia antirretrovírica de combinación
6. Porcentaje de consumidores de drogas intravenosas que han adoptado comportamientos que reducen la transmisión del VIH
7. Porcentaje de jóvenes de 15-24 años que identifican correctamente métodos para prevenir la transmisión sexual del VIH y que rechazan ideas erróneas importantes sobre la transmisión del virus (Objetivo: 90% para 2005; 95% para 2010)
8. Porcentaje de jóvenes de 15-24 años que declaran haber utilizado un preservativo en la última relación sexual con una pareja no habitual
9. Razón de asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10-14 años de edad

Para alcanzar un progreso sostenible en la lucha contra la epidemia, las políticas apoyadas por la Declaración de compromiso –tal como se reflejan en los indicadores de la sección II sobre el compromiso y la acción nacionales– deben manifestarse en programas de base científica que lleguen a quienes los necesitan. Los indicadores de la presente sección se proponen medir la cobertura de intervenciones clave contra el VIH/SIDA y el grado en que dichas intervenciones están promoviendo un cambio de comportamiento y/o la utilización de servicios.

Tal como se explica con mayor detalle en la siguiente discusión de cada indicador en esta sección, el ONUSIDA utilizó una diversidad de técnicas y fuentes de información para valorar el alcance de los programas actuales. Entre ellas figuran el análisis de encuestas fidedignas que se han efectuado recientemente, el encargo de encuestas adicionales para evaluar indicadores específicos y la recopilación de datos sobre la cobertura de los programas a partir de informadores clave pertinentes.

1. Educación escolar sobre el VIH/SIDA basada en aptitudes para la vida

Porcentaje de escuelas con maestros que han recibido capacitación en educación sobre el VIH/SIDA basada en aptitudes para la vida y que la impartieron durante el último curso académico



La Declaración de compromiso insta a que, para 2005, el 90% de los jóvenes (15-24 años) tenga acceso a intervenciones críticas de prevención, incluidos los servicios que les permitan desarrollar las aptitudes para la vida que necesitan con el fin de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH. Para 2010, este objetivo se eleva al 95%.

Un elemento crítico para alcanzar dicho objetivo es la integración en los contextos escolares de programas de educación basados en aptitudes para la vida. Se ha demostrado que la educación sanitaria basada en aptitudes y los métodos didácticos interactivos promueven modos de vida saludables y reducen los comportamientos de riesgo. Los programas integrales de aptitudes para la vida ayudan a los jóvenes a abstenerse de comportamientos no deseados o insanos y a reforzar la afirmación individual y la capacidad de afrontamiento y comunicación. Un ejemplo de enfoque integral frente a la educación basada en aptitudes para la vida es la Asociación FRESH (Enfoque de Recursos en una Salud Escolar Eficaz), patrocinada por las Naciones Unidas (que engloba principalmente el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], la OMS y el Banco Mundial), que se centra en la educación basada en aptitudes para la prevención del VIH; las políticas de salud escolar sobre discriminación por el VIH/SIDA; la creación de un entorno escolar saludable, y los clubes escolares de asesoramiento y salud en relación con el VIH/SIDA.

A fin de obtener información para este documento, se pidió a los países que indicaran las actividades que están realizando para promover las aptitudes para la vida en las escuelas tanto primarias como secundarias. Los países tenían la opción de obtener esta información a través de una encuesta de base escolar o a través de datos agregados de seguimiento de los programas. A causa de la debilidad de los actuales sistemas de seguimiento a nivel de país, sólo 34 países proporcionaron información sobre programas educativos basados en aptitudes para la vida: 12 de África subsahariana, siete de Asia y el Pacífico, ocho de América Latina y el Caribe, dos de África del Norte y Oriente Medio y cinco de Europa oriental y Asia central. No respondió ninguno de los países de ingresos elevados.

En el Anexo 3 se presenta información sobre los programas educativos basados en aptitudes para la vida en los 34 países que respondieron. Aunque resulta difícil comparar la información disponible entre países (ya que algunos sólo informaron sobre escuelas urbanas; otros, sólo sobre escuelas primarias o secundarias, y algunos, sólo sobre partes del indicador compuesto), los datos disponibles señalan que muchos países están realizando esfuerzos para incorporar un enfoque de aptitudes para la vida en sus programas educativos. Debido a la falta de información pertinente, no es posible extrapolar la experiencia de los 34 países que respondieron a los países que no lo hicieron, ni tampoco es prudente inferir que el hecho de no proporcionar información significa que los países que no respondieron no están haciendo progresos en el desarrollo de una educación basada en aptitudes para la vida.

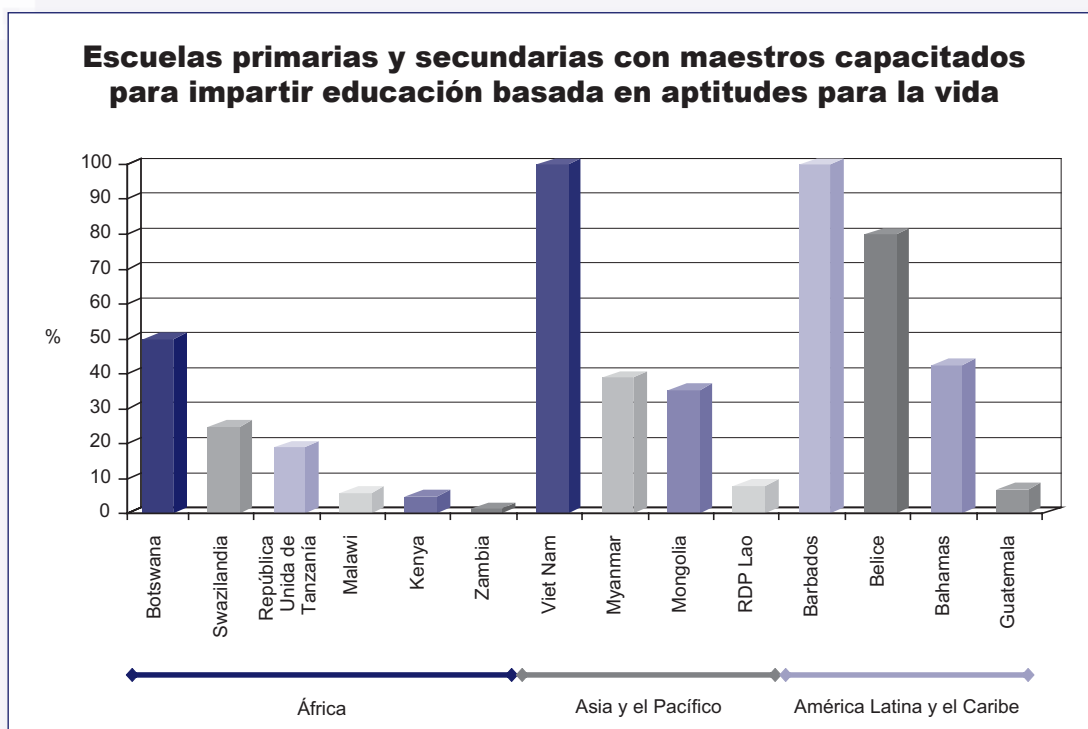
- **África subsahariana.** Entre los 12 países de África subsahariana que respondieron al cuestionario, **Botswana** (véase el recuadro) parece estar a la vanguardia de los esfuerzos regionales para promover una educación basada en aptitudes para la vida. **Uganda** ha llevado a cabo un proyecto piloto de educación interactiva sobre salud escolar que integra la prevención del VIH. Una encuesta entre más de 280 estudiantes (con una edad promedio de 14 años) que habían cursado dos años del programa piloto puso de manifiesto que la proporción de los que indicaban que eran sexualmente activos había disminuido del 42,9% al 11,1% en el grupo de intervención, sin que se registraran cambios significativos en el grupo testigo. Los cambios seguían siendo significativos después de tener en cuenta el sexo y la zona (rural/urbana). Los estudiantes del grupo de intervención tendían a hablar más a menudo con compañeros y maestros sobre cuestiones sexuales.

Promoción de la prevención del VIH por medio de la educación en Botswana

Antes de emprender una iniciativa general para implicar a las escuelas en la respuesta al VIH/SIDA, Botswana llevó a cabo una serie de estudios de base que sirvieron como orientación para el desarrollo del programa. De acuerdo con esta investigación, el país incorporó el VIH/SIDA en el programa escolar a todos los niveles; elaboró folletos autoinstructivos en setswana e inglés; introdujo asesoramiento psicosocial en los centros educativos, y capacitó a todos los maestros de enseñanza primaria y secundaria para que impartieran educación basada en aptitudes para la vida.

Además, el país ha iniciado el Programa de Creación de Capacidad para los Docentes, un programa nacional de enseñanza a distancia por televisión que se dirige tanto a los maestros como a los alumnos de los centros de primaria, secundaria y terciaria. Tomando como modelo el fructífero TV Escola del Brasil, el programa proporcionó televisores y aparatos de vídeo a 325 de las 979 escuelas, institutos técnicos y centros educativos del país.

- **Asia y el Pacífico.** En **Tailandia**, el Ministerio de Educación ha asegurado que se incorpore información sobre el VIH/SIDA en los programas escolares a todos los niveles y que al menos un maestro de cada una de las 33.200 escuelas públicas y 421 escuelas privadas del país esté capacitado para impartir instrucción educativa relacionada con el VIH. En fechas más recientes, Tailandia ha orientado sus intervenciones de índole escolar hacia un enfoque de aprendizaje participativo basado en aptitudes para la vida, con un grupo central de educadores que trabajan con las escuelas de todo el país para facilitar la integración en los esfuerzos educativos de programas basados en aptitudes para la vida. Después de introducir en 1991 la educación sobre el VIH/SIDA en las escuelas, en 2002 el Ministerio de Educación y Formación de **Viet Nam**, en colaboración con el UNICEF y ONG internacionales, inició la evaluación de un programa educativo piloto sobre «vida saludable y aptitudes para la vida» en las escuelas. Dicho programa pretende dotar a los estudiantes con las capacidades que necesitan para negociar decisiones sobre consumo de drogas y VIH/SIDA.
- **América Latina y el Caribe.** En esa región, **Barbados** y **Belice** han realizado los progresos más significativos para que los estudiantes reciban educación sobre el VIH/SIDA basada en aptitudes para la vida. En **Barbados**, la educación sobre el VIH/SIDA basada en aptitudes se inicia en la escuela primaria y continúa posteriormente con métodos y contenidos adaptados a la edad. Para impartir estos programas se recurre a representaciones teatrales, poesía, danza y otros métodos poco convencionales. Además, el país ha emprendido un programa de «Campeones» en el que figuras del deporte y el espectáculo imparten un módulo sobre el VIH/SIDA e interactúan con alumnos de escuelas primarias.
- **Europa oriental y Asia central.** Los cinco países de esa región que respondieron se han centrado principalmente en las escuelas secundarias, con pocos programas sobre aptitudes para la vida a nivel primario. De los cinco, la **Federación de Rusia** parece el más avanzado en la integración de sus programas basados en aptitudes para la vida.



2. Control del VIH/SIDA en el lugar de trabajo

Porcentaje de grandes empresas/compañías que tienen políticas y programas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo

La Declaración de compromiso exhorta a las empresas a instaurar políticas que reduzcan el estigma e impidan la discriminación a causa del VIH en los procesos de contratación, promoción, despido y concesión de prestaciones. La Declaración también alienta a las compañías a adoptar políticas integrales sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo que proporcionen información básica acerca de la epidemia; eduquen a los empleados sobre los peligros de transmisión y las protecciones pertinentes relacionados con el trabajo; promuevan el uso de los preservativos; ofrezcan acceso a asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH y a diagnóstico y tratamiento de ITS, y proporcionen fármacos relacionados con el VIH/SIDA. Estas estipulaciones están en consonancia con el **Repertorio de prácticas sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo**, de la OIT, también adoptado en 2001, que ofrece orientación a los gobiernos, empleadores y organizaciones de trabajadores para el desarrollo y aplicación de políticas y programas sobre el VIH/SIDA en el mundo laboral.

Tal como se explica en la sección I, el ONUSIDA, en respuesta al indicador mundial 3, realizó una encuesta entre grandes compañías transnacionales para determinar cuántas habían adoptado políticas y programas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo. Con la finalidad de obtener información sobre la distribución de tales programas entre los países, se efectuaron estudios adicionales en algunos de ellos para valorar hasta qué punto la industria se había implicado como asociado incondicional en la respuesta nacional al VIH/SIDA.

Se pidió a los países que proporcionaran información sobre políticas en el lugar de trabajo en grandes compañías públicas y privadas. De los 103 países que aportaron información sobre las respuestas nacionales al VIH/SIDA, sólo 26 abordaron específicamente las políticas y programas en el lugar de trabajo: 17 en África subsahariana, cinco en Asia y el Pacífico, cuatro en América

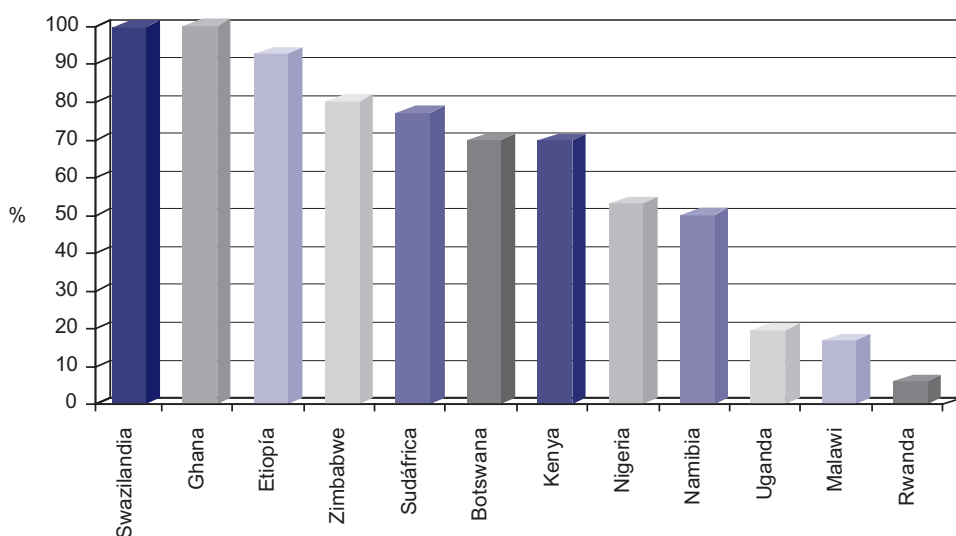
Latina y el Caribe y ninguno en las demás regiones (África del Norte y Oriente Medio, Europa oriental y Asia central, y países ricos).

Las respuestas de los países se resumen en el Anexo 4. En general, las respuestas indican que pocas compañías han implantado políticas laborales integrales para afrontar el VIH/SIDA, aunque muchas empresas han adoptado diversos componentes del marco recomendado para el lugar de trabajo. Las compañías suelen proporcionar educación sobre el VIH/SIDA a los trabajadores, y a menudo distribuyen preservativos. Algunas prohíben formalmente la discriminación a causa del VIH y facilitan el acceso de los trabajadores a APV y diagnóstico y tratamiento de ITS. Sin embargo, son pocas las grandes compañías que ofrezcan cobertura para fármacos relacionados con el VIH. Cabe destacar que las empresas privadas parecen tener mayores probabilidades que el sector público de adoptar componentes clave de las políticas recomendadas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo.

Compromiso creciente en el mundo laboral en Indonesia

La Asociación de Empleadores de Indonesia, el ONUSIDA, la OIT y la Fundación Kusuma Buana iniciaron en 1997 una campaña para prevenir el VIH en el lugar de trabajo, campaña en la que han participado desde entonces unas 200 empresas. Otras 200 compañías han utilizado los módulos de educación sobre el VIH/SIDA elaborados por la Fundación Indonesia sobre el SIDA y la Fundación Kusuma Buana. En febrero de 2003, el Ministro de Trabajo, los presidentes de las Cámaras Indonesias de Comercio e Industria y los presidentes de la Asociación de Empleadores de Indonesia y de diversos sindicatos firmaron la Declaración Tripartita de Compromiso para Luchar contra el VIH/SIDA en el Mundo del Trabajo. También se ha creado una Coalición Empresarial Indonesia para combatir la epidemia.

Porcentaje de grandes compañías con políticas sobre el VIH/SIDA



Datos de los informes nacionales para el UNGASS, basados en una encuesta entre los 30 mayores contratistas

3. Infecciones de transmisión sexual: gestión integral de casos

Porcentaje de pacientes con ITS en centros sanitarios que reciben un diagnóstico, tratamiento y asesoramiento apropiados

Las ITS no tratadas aumentan significativamente (en varios órdenes de magnitud) la eficiencia de la transmisión del VIH. Así, se reconoce desde hace tiempo que el diagnóstico y tratamiento oportunos de las ITS constituyen un pilar básico para la prevención eficaz del VIH. Por desgracia, en muchas partes del mundo los servicios de ITS son a menudo inaccesibles.

En una revisión de 2001 de países en desarrollo y en transición, la OMS estimó que menos del 18% de las personas que necesitaban servicios de ITS podían obtenerlos. El logro de los ambiciosos objetivos de la Declaración por lo que respecta a prevención del VIH requerirá una amplificación rápida de las actividades de control de las ITS.

En la actualidad, sólo se dispone de datos limitados sobre este indicador. Según la información suministrada por los países en 2003, menos del 10% habían realizado encuestas en centros sanitarios para valorar el porcentaje de pacientes con ITS a los que se diagnostica, trata y asesora apropiadamente. En ausencia de tales encuestas, los países proporcionaron sus propias estimaciones sobre el tratamiento de las ITS, basadas en otros datos de seguimiento.

La información disponible se resume en el Anexo 5. Destacan especialmente los resultados en África subsahariana, donde sólo dos de los ocho países que respondieron tenían una cobertura para ITS superior al 50% (*Mauricio* y *Zimbabue*). Existe poca información sobre Europa oriental y Asia central, donde el aumento pronunciado de la sífilis y la blenorragia se combina con un inicio más temprano de la actividad sexual para crear condiciones que favorecen la propagación rápida del VIH. Sin embargo, los pocos informes recibidos de esa región (*Belarús*, *Kazajstán*, *Kirguistán*, *Eslovaquia* y *Tayikistán*) indican que en más del 75% de los países se han realizado esfuerzos específicos para mejorar la gestión de casos de ITS.

4. Prevención de la transmisión maternoinfantil: profilaxis antirretrovírica

Porcentaje de mujeres embarazadas VIH-positivas que reciben un tratamiento completo de profilaxis antirretrovírica para reducir el riesgo de TMI

Se estima que cada año 800.000 lactantes contraen el VIH in utero, durante el parto o como consecuencia de la alimentación materna. En 1999, los investigadores demostraron que una sola dosis de nevirapina a las madres VIH-positivas y a sus recién nacidos reduce el riesgo de transmisión en un 50% o más. Si se combina con esfuerzos para ampliar el acceso a asesoramiento y pruebas voluntarias, mejorar la asistencia prenatal y aconsejar a las madres sobre alimentación infantil, la nevirapina puede reducir de forma espectacular el número de niños que contraen el VIH en los albores de su vida. Los programas de PTMI también constituyen un «puente» ideal para la atención y tratamiento a largo plazo de las madres VIH-positivas.

Aunque la Declaración de compromiso prioriza la aplicación y ampliación rápidas de los programas para prevenir la transmisión maternoinfantil, muchos países están teniendo dificultades para ampliar el acceso a servicios de PTMI. Se pidió a los países que proporcionaran datos de seguimiento de los programas de PTMI hasta diciembre de 2002. El ONUSIDA complementó esta información nacional con datos facilitados por la OMS para cada país.

En el Anexo 6 se resumen las cifras de cobertura en diciembre de 2002. Algunos países con epidemias graves, como **Botswana** (con una cobertura del 34,3%), han realizado avances significativos para llegar al mayor número posible de mujeres embarazadas VIH-positivas, que pueden disponer de servicios de salud pública con profilaxis ARV. En general, sin embargo, el panorama muestra un acceso sumamente limitado a esta intervención que puede salvar vidas.

En otras regiones, los servicios de PTMI también son inexistentes o accesibles tan sólo para una pequeña parte de la población. En **Guyana** y **Haití**, los dos países más afectados de la región del Caribe, la cobertura de PTMI es del 0,1% y 0%, respectivamente. En **Camboya** y **Myanmar**, dos de los países más afectados de Asia, menos del 3% de las mujeres embarazadas tienen acceso actualmente a profilaxis ARV.

5. Tratamiento del VIH: terapia antirretrovírica de combinación

Porcentaje de personas con infección por el VIH avanzada que reciben terapia antirretrovírica de combinación

La TAR puede reducir espectacularmente la morbilidad y mortalidad relacionadas con el VIH y mejorar la calidad de vida. Esto es particularmente cierto en los países desarrollados, donde el acceso a ARV es casi universal. Por ejemplo, entre 1995 y 2001, periodo durante el cual se aceleró la administración de TAR en los Estados Unidos, la mortalidad relacionada con el VIH disminuyó en más de un 83%.

- **La TAR ofrece mejoras sostenidas de la salud.** Un estudio reciente que analizó datos de casi 10.000 pacientes en 70 centros sanitarios europeos indica que se ha mantenido el descenso inicial en la mortalidad y morbilidad después de la introducción de la terapia antirretrovírica de alta potencia (HAART) y que sus posibles efectos adversos a largo plazo no han alterado su eficacia en el tratamiento del SIDA. Desde septiembre de 1998, la incidencia del SIDA y la mortalidad asociada han ido disminuyendo un 8% por semestre, lo que indica que los resultados médicos mejoran a medida que los clínicos adquieren mayor experiencia en el manejo de la HAART y que se introducen nuevas pautas de tratamiento de TAR.
- **Oportunidades para integrar prevención y tratamiento.** La accesibilidad del tratamiento también brinda nuevas oportunidades de prevención al crear poderosos incentivos para el asesoramiento y las pruebas voluntarias, y permite dirigir intervenciones de prevención orientadas hacia las personas que ya viven con el VIH/SIDA. El mayor acceso al tratamiento puede contribuir a reducir el estigma relacionado con el VIH y a movilizar a las personas que viven con el VIH/SIDA, sus familias y sus comunidades.
- **Acceso limitado a TAR en los países de ingresos bajos y medianos.** Aunque se estima que en los países en desarrollo 5-6 millones de adultos necesitan actualmente fármacos ARV, el ONUSIDA y la OMS calculan que sólo 300.000 personas en los países de ingresos bajos o medianos (800.000 a nivel mundial) están recibiendo tales terapias. El Brasil representa más de un tercio de los pacientes en países en desarrollo que reciben actualmente fármacos ARV.

Mayor acceso a fármacos para el VIH/SIDA en el Brasil

El impacto mundial potencial de ampliar el acceso al tratamiento se pone claramente de manifiesto en la experiencia del Brasil, que en 1996 empezó a proporcionar TAR a través de su servicio de salud pública. Según la información aportada por el propio país, el Brasil administra actualmente TAR a 119.500 pacientes. Desde el inicio del programa de tratamiento ARV, ese país ha experimentado un descenso del 50% en la mortalidad relacionada con el SIDA, lo que, según las estimaciones, ha prevenido unas 90.962 defunciones. Se calcula que el ahorro de costos en reducción de ingresos hospitalarios y evitación del tratamiento de infecciones oportunistas se eleva a más de US\$ 1.000 millones. Se han observado descensos significativos en el número de ingresos hospitalarios, incidencia de tuberculosis y tasas de enfermedades oportunistas. Después de más de seis años de acceso a la TAR a través del sistema de salud pública, los niveles de resistencia a esa terapia en el Brasil siguen siendo significativamente menores que los registrados en América del Norte y Europa occidental. Según las autoridades nacionales, algunos factores clave en el éxito del programa brasileño son la movilización social eficaz, la representación de las comunidades afectadas y la participación activa de ONG y de la sociedad civil.

- **Iniciativas nacionales importantes.** Diversos países están siguiendo el ejemplo del Brasil en cuanto a ampliación del acceso a la TAR:
 - El acceso a la TAR en **Uganda** se ha ampliado de siete centros en 2000 a 23 en 2002, con el beneficio consiguiente para unas 10.000 personas. En la actualidad, sin embargo, a pesar del notable abaratamiento registrado en los últimos años, los fármacos ARV en los dispensarios ugandeses siguen quedando fuera del alcance de la mayoría de los pacientes. Para aumentar la asequibilidad y accesibilidad de la TAR, el Ministerio de Salud ha creado un comité nacional que, en consulta con partes interesadas fundamentales, se encargará de desarrollar un plan nacional para incrementar el acceso a la TAR. Los diversos subcomités de este grupo nacional se centran en formulación de políticas, logística, atención clínica, promoción y finanzas. Para ayudar a Uganda a superar las barreras infraestructurales que impiden la expansión de sus programas, la Alianza Académica para la Asistencia y Prevención del SIDA en África, Pfizer International y la Universidad de Makerere están trabajando conjuntamente con el fin de crear un instituto de vanguardia de enfermedades infecciosas.
 - **Tailandia** se está movilizando para potenciar el acceso a la TAR. En la actualidad, la Organización Farmacéutica Gubernamental está produciendo varios ARV genéricos. En promedio, Tailandia estima que necesita gastar US\$ 500 por paciente y año para tratar cada caso de infección por el VIH avanzada. Combinando el gasto nacional con la ayuda del Fondo Mundial, el país ha anunciado recientemente un plan para aumentar el acceso a la TAR de 2.000 pacientes en 2002 a 13.000 en septiembre de 2003. Actualmente se está revisando y considerando una propuesta para ofrecer acceso universal a la TAR, lo que, según las estimaciones, supondría llegar a unos 50.000-60.000 pacientes durante el año fiscal que comienza en octubre de 2003.
 - **Botswana** se ha comprometido a asegurar la disponibilidad de TAR a nivel nacional durante los próximos cinco años.
 - **China** prevé establecer 100 centros de tratamiento experimental en otros tantos condados con una alta prevalencia del VIH.
 - La **República de Moldova** ha desarrollado un protocolo nacional de TAR basado en las directrices de la OMS, y está trabajando con el ONUSIDA para obtener fármacos al precio más favorable posible.

— En 2002-2003, algunos países de **América Latina y el Caribe** negociaron reducciones sustanciales en los precios de siete fármacos genéricos y uno de marca registrada, lo que se traducirá en un ahorro de hasta US\$ 120 millones al año. Esto, a su vez, permitirá que los países inscriban a 150.000 pacientes adicionales en sus programas de tratamiento ARV.

- **Apoyo creciente de los donantes para TAR.** Es probable que, en 2003 y con posterioridad, estos y otros esfuerzos nacionales para ampliar el acceso a la TAR se beneficien de un aumento significativo en los niveles de apoyo financiero y técnico que brinda la comunidad internacional. El Banco Mundial se ha comprometido a priorizar los programas de tratamiento en su política de préstamos, y a lo largo de 2003 los proyectos de TAR aprobados por el FMSTM han empezado a recibir nuevos recursos sustanciales. El Gobierno de los Estados Unidos ha emprendido una iniciativa quinquenal para ampliar el acceso a la TAR a dos millones de personas en 14 países muy afectados de África y el Caribe, y el FMSTM estima que su lista de proyectos aprobados permitirá que accedan a la TAR unos 500.000 pacientes. La utilización eficaz de esta cantidad de recursos nunca vista hasta ahora también se beneficiará de la mayor orientación técnica de la OMS, que, en 2002, añadió varios ARV a su lista de medicamentos esenciales y publicó directrices sobre ampliación de los programas de TAR en contextos con recursos limitados.

A pesar de este ímpetu mundial sin precedentes para potenciar el tratamiento, los retos pendientes siguen siendo colosales, tal como demuestra la información proporcionada por los países al ONUSIDA. Se pidió a los países que aportaran datos de seguimiento de los programas de TAR hasta diciembre de 2002, y el ONUSIDA complementó esa información solicitando a las oficinas de la OMS datos de cobertura específicos para cada país. Los resultados se resumen en el Anexo 7.

En África subsahariana, donde la OMS estima que la cobertura de ARV es aproximadamente del 1%, los mayores éxitos para llegar a los pacientes en países de alta prevalencia se han obtenido en **Botswana** y **Uganda**, que comunican coberturas del 7,9% y 6,3%, respectivamente, en diciembre de 2002. Otros países, como el Camerún, Côte d'Ivoire y Nigeria, también han realizado esfuerzos recientemente para aumentar la cobertura de TAR. En cambio, en **Sudáfrica**, **Zambia** y **Zimbabue**, países cuyas tasas de infección figuran entre las más altas del mundo, la OMS indica que la cobertura del sector público fue prácticamente nula en 2002. Los países del Caribe que proporcionaron información al ONUSIDA señalaron coberturas inferiores al 1%. En Asia, donde más de siete millones de personas están viviendo con el VIH/SIDA, ningún país tenía una cobertura de ARV superior al 5%, y algunos comunicaron cifras especialmente bajas.

Colaboración internacional para ampliar el acceso al tratamiento

La Coalición Internacional para el Acceso al Tratamiento del VIH (CIAT) es una coalición de personas que viven con el VIH/SIDA, defensores y activistas, ONG, gobiernos, fundaciones, el sector privado, instituciones académicas y de investigación y organizaciones internacionales. Su objetivo común es ampliar el acceso a un tratamiento apropiado del VIH para todas las personas que viven con el VIH/SIDA, en consonancia con los objetivos estipulados en la Declaración de compromiso. La CIAT utilizará y creará todos los foros posibles para movilizar apoyo con el fin de ampliar el acceso al tratamiento y atención del VIH/SIDA. La coalición también planea aprovechar todas las oportunidades posibles para promover la investigación y desarrollo de mejores fármacos y acelerar los esfuerzos para que éstos resulten accesibles y asequibles a las poblaciones de los países en desarrollo. La fuerza de la coalición radica en la competencia y los conocimientos prácticos complementarios de sus asociados. Cada miembro aportará elementos diferentes al plan de acción de la coalición.

6. Consumidores de drogas intravenosas: prácticas sexuales y de inyección seguras

Porcentaje de consumidores de drogas intravenosas que han adoptado comportamientos que reducen la transmisión del VIH (indicador principal)

Porcentaje de consumidores de drogas intravenosas a los que han llegado los servicios de prevención (indicador alternativo)

La Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA insta a proporcionar servicios esenciales de prevención para reducir el riesgo de transmisión del VIH por medio del consumo de drogas intravenosas. Los servicios recomendados en la Declaración se concretan en un mayor acceso a productos básicos, incluidos, entre otros, equipos estériles de inyección; iniciativas de reducción del daño en relación con el consumo de drogas; mayor acceso a asesoramiento y pruebas voluntarias confidenciales, y tratamiento temprano y eficaz de las infecciones de transmisión sexual.

- **Un contribuyente significativo a la propagación del VIH.** Hasta la fecha, más de 135 países han comunicado el consumo de drogas intravenosas en sus poblaciones, y más de 110 de ellos han indicado la existencia de infecciones por el VIH entre tales consumidores (ONUDD). Se estima que, a nivel mundial, 5-10 millones de personas consumen drogas intravenosas y que el 5-10% de todas las nuevas infecciones por el VIH es el resultado de compartir equipos de inyección contaminados. Después de que el virus se haya introducido en grupos de consumidores de drogas intravenosas, los países pueden experimentar un crecimiento explosivo de las infecciones por el VIH. En muchos países de Europa, Asia, Oriente Medio y el cono sur de América Latina, el uso compartido de equipos de inyección contaminados es el principal modo de transmisión del VIH, con un 30-90% de todas las infecciones notificadas. En algunos países, epidemias de VIH que han comenzado entre consumidores de drogas intravenosas y sus parejas sexuales se han extendido a la población general.
- **Es posible una prevención eficaz.** Sin embargo, la experiencia de numerosos países confirma que la reducción del riesgo de VIH/SIDA entre los consumidores de drogas intravenosas es un objetivo factible. Los programas de prevención bien diseñados pueden reducir la tasa de infección por el VIH y otras enfermedades que se transmiten por la sangre, como las hepatitis B y C, además de las infecciones de transmisión sexual. Aunque el VIH/SIDA esté bien afianzado en una comunidad o zona, los programas de prevención pueden limitar significativamente la ulterior propagación del virus.

Estos programas de prevención incluyen habitualmente un conjunto de intervenciones, como la derivación para diversas opciones de tratamiento (por ej., terapia orientada a la abstinencia y programas de sustitución de drogas), acceso a agujas y jeringas limpias, educación sobre el SIDA, enseñanza de aptitudes para la vida, distribución de preservativos, y asesoramiento y pruebas voluntarias confidenciales.

- **Datos limitados sobre CDI.** En el momento actual, no se dispone de información esencial sobre el consumo de drogas intravenosas en países clave (tal como el número de consumidores de tales drogas, la tasa de infección por el VIH entre CDI y la cobertura de los servicios de salud). Se estableció contacto específicamente con 20 países en los que el uso compartido de equipos entre consumidores de drogas intravenosas constituye una vía significativa de transmisión del VIH y se les pidió que aportaran información sobre uno o los dos indicadores del UNGASS citados más arriba. De esos 20 países, nueve informaron sobre el indicador de cobertura (cinco de Asia y el Pacífico, uno de América Latina, uno de África del Norte y Oriente Medio y dos de Europa oriental y Asia central) y tres sobre el indicador de comportamiento.

La mayoría de los países que no aportaron información indicaron que no disponían de datos en ese momento y que todavía no se habían establecido mecanismos apropiados de recopilación. Además, los países que informaron sobre los indicadores señalaron diversas dificultades para obtener una información exhaustiva, como conjuntos incompletos de datos y mecanismos inadecuados de recopilación (por ej., la imposibilidad de agrupar los datos de los diferentes departamentos gubernamentales con los de las organizaciones no gubernamentales). Los países que informaron sobre el indicador de cobertura también aportaron datos sobre el número estimado de consumidores de drogas intravenosas (véase el Anexo 18).

- **Bajas tasas de cobertura de los servicios para CDI.** En conjunto, la cobertura de los servicios para consumidores de drogas intravenosas es inferior al 5% en casi la mitad de los nueve países que respondieron. El número estimado de consumidores de drogas intravenosas en esos países oscila entre 20.000 y cerca de 800.000.
 - **Asia.** En Asia sudoriental, la cobertura va desde el 1,5% en **Indonesia** hasta el 62% en **Viet Nam**. En esos países, el número estimado de consumidores de drogas intravenosas se eleva aproximadamente a 650.000, con tasas nacionales de infección que oscilan entre el 7% (China) y el 41% (Viet Nam). En los dos países del sur de Asia (**Pakistán** y **Nepal**), el número estimado de consumidores de drogas intravenosas es de 80.000, con porcentajes de cobertura del 0,4% (Pakistán) y 21,9% (Nepal). La tasa de infección por el VIH entre los consumidores de drogas intravenosas, que sólo se estimó en Nepal, era del 40%.
 - **Europa oriental y Asia central.** Los dos países que respondieron de Europa oriental y Asia central comunicaron una cobertura del 1,8% (**Belarús**) y 2,2% (**Rumanía**). El número total de consumidores de drogas intravenosas en esos países es de 80.000; sólo en Belarús se dispone de información sobre la tasa nacional de infección, que es del 6,7%.
 - **América Latina.** En América Latina, sólo aportó información el **Brasil**, que comunicó una cobertura del 10,5%, un número estimado de consumidores de drogas intravenosas de 800.000 y una tasa nacional de infección entre ellos del 0,4%.
 - **Oriente Medio.** En la región de Oriente Medio, sólo existe información sobre el Irán, que comunicó 136.000 consumidores de drogas intravenosas y una cobertura del 0,6%.

7. Conocimientos de los jóvenes sobre la prevención del VIH

Porcentaje de jóvenes de 15-24 años que identifican correctamente métodos para prevenir la transmisión sexual del VIH y que rechazan ideas erróneas importantes sobre la transmisión del virus

La Declaración de compromiso establece como objetivo mundial que el 90% de los jóvenes para 2005, y el 95% para 2010, tengan la posibilidad de acceder a información, educación y servicios suficientes para reducir su vulnerabilidad al VIH/SIDA. Los datos compilados a través de encuestas nacionales en hogares han permitido al ONUSIDA valorar los conocimientos que tienen los jóvenes acerca de cuestiones fundamentales relacionadas con la transmisión del VIH. Aunque esos conocimientos no producen por sí solos un cambio automático y sostenido de comportamiento, son un requisito previo indispensable para la adopción de comportamientos saludables.

- **Foco de atención en las mujeres.** En general, la información recopilada por el ONUSIDA procede de encuestas demográficas y de salud (EDS) y de encuestas a base de indicadores múltiples (MICS) del UNICEF. Esos estudios se centran principalmente en las mujeres, que, según los datos disponibles, suelen tener un menor conocimiento que los varones. Tanto las EDS como las MICS utilizan muestras estratificadas en dos

etapas y tienen cuestionarios de diseño similar, lo que facilita la comparación de datos entre ellas. En la mayoría de los países, la información existente corresponde a 2000, por lo que es posible que no refleje fielmente los niveles de 2003.

El indicador 7 referente al programa y el comportamiento nacionales engloba un conjunto de respuestas por parte de jóvenes a las siguientes preguntas:

- ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH teniendo relaciones sexuales únicamente con una pareja no infectada y digna de confianza?
- ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH utilizando preservativos?
- ¿Es posible que una persona de aspecto saludable tenga el VIH?
- ¿Es posible que una persona contraiga el VIH por una picadura de mosquito?
- ¿Es posible que una persona contraiga el VIH si comparte comida con otra que está infectada?

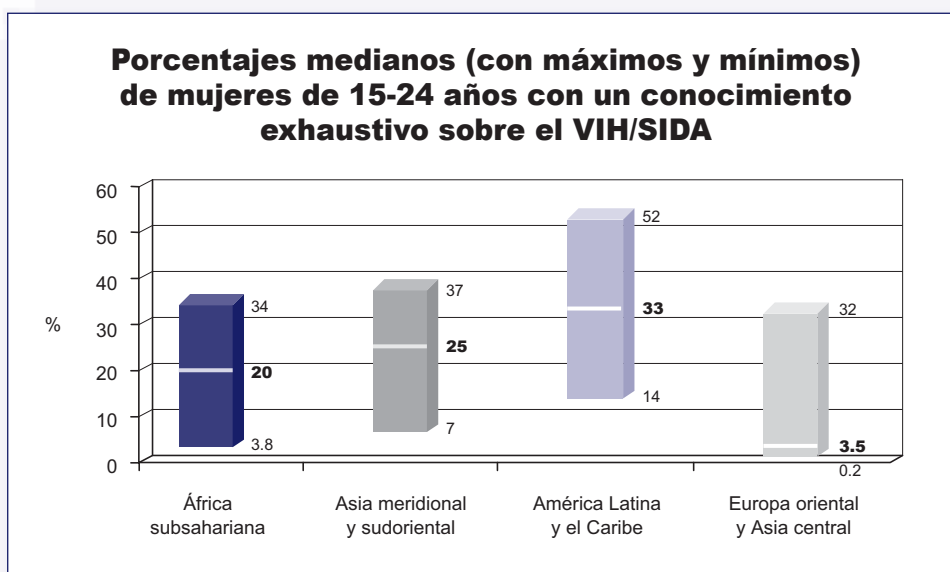
- **Bajos niveles de conocimiento.** El Anexo 8 resume los datos proporcionados por los países, así como información específica para cada país –recopilada a partir de bases de datos mundiales– acerca del nivel de comprensión que, en 2000, tenían las mujeres jóvenes respecto al VIH/SIDA. El Anexo 9 identifica el porcentaje de mujeres jóvenes (15-24 años) con un conocimiento preciso sobre los métodos de prevención del VIH. El Anexo 10 muestra el porcentaje de mujeres jóvenes sin ideas erróneas importantes acerca del VIH/SIDA.

Aun considerando la probabilidad de que los conocimientos sobre el VIH hayan aumentado en muchos países desde 2000, la información compendiada en estos anexos muestra niveles preocupantemente bajos de comprensión en poblaciones muy vulnerables. De los 38 países encuestados, sólo siete tenían niveles de conocimiento exhaustivo superiores al 30%.

- **Variaciones regionales en los niveles de conocimiento.** Debido a la representación desproporcionada de África subsahariana en estas encuestas, resulta difícil establecer comparaciones. De todos modos, cabe destacar que las mujeres jóvenes de América Latina y el Caribe tienden a mostrar niveles de conocimiento considerablemente superiores a sus homólogas en otras regiones.

Dentro de cada región se aprecian variaciones significativas entre los países. Casi las dos terceras partes de las mujeres jóvenes de **Camboya** –pero menos de una cuarta parte de las de **Indonesia**– comprenden que el uso de preservativos reduce el riesgo de transmisión. Asimismo, en comparación con las mujeres jóvenes de **Haití**, las de **Cuba** tienen el doble de probabilidades de reconocer el efecto protector de los preservativos. En África subsahariana, el 84% de las mujeres jóvenes de **Malawi** comprende que una persona de aspecto saludable puede tener el VIH, en comparación con tan sólo el 22% de las de **Níger**. Las mujeres jóvenes de **Swazilandia** tienen una probabilidad casi tres veces mayor que las de la **República Centroafricana** de saber que el VIH no se transmite por picaduras de mosquito ni por el hecho de compartir la comida.

Como norma general, la proporción de mujeres jóvenes que comunican un conocimiento preciso de los métodos de prevención es mayor en los países muy afectados por el VIH/SIDA, con la única excepción de **Haití**, donde los niveles de conocimiento son sorprendentemente bajos. Los niveles de conocimiento también tienden a ser mayores en las zonas urbanas que en las rurales. Por lo que respecta a métodos de prevención, las mujeres jóvenes consideran generalmente que la monogamia es un método más eficaz que el uso de preservativos.



8. Comportamientos de reducción del riesgo entre los jóvenes

Porcentaje de jóvenes de 15-24 años que declaran haber utilizado un preservativo en la última relación sexual con una pareja no habitual

Edad mediana en el momento de la primera relación sexual

Porcentaje de jóvenes de 15-24 años que han sido sexualmente activos durante los últimos 12 meses y que, en el mismo periodo, han tenido relaciones sexuales con una pareja no conyugal y con la que no cohabitan

Utilizando los resultados de encuestas de comportamiento de probada eficacia, se pidió a los países que informaran sobre las tendencias de comportamiento sexual entre los jóvenes (15-24 años). El Anexo 11 resume la información sobre el porcentaje de jóvenes de países seleccionados que indicaron haber utilizado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja no habitual.

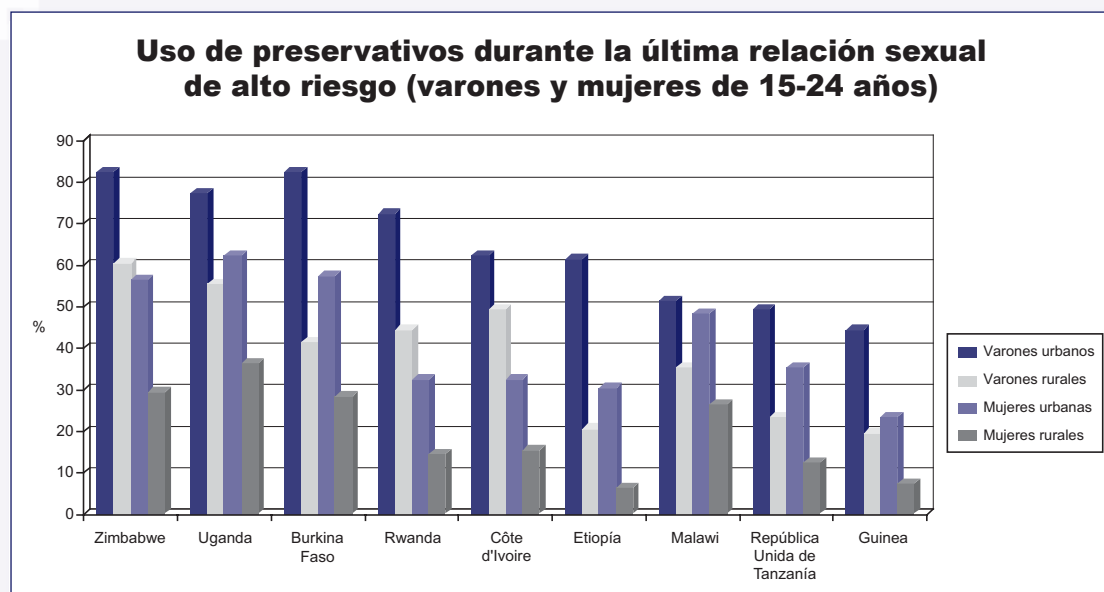
Puesto que África subsahariana es la región más afectada del mundo y una de las que tienen tasas más altas de transmisión sexual del VIH entre los jóvenes, en los países de esa región se efectuaron análisis adicionales a partir de las encuestas existentes. El Anexo 12 describe el porcentaje de jóvenes (15-24 años), estratificados por sexo, que comunicaron haber tenido relaciones sexuales de alto riesgo durante el año anterior a la encuesta. El Anexo 13 resume la edad mediana de la primera relación sexual entre jóvenes de África subsahariana, estratificados por sexo y por lugar de residencia (rural o urbano).

Los resultados de la encuesta indican que los varones jóvenes tienen mayores probabilidades que las mujeres jóvenes de comunicar el uso de preservativos con parejas sexuales no habituales. Esto se debe en parte a que las mujeres jóvenes son incapaces de discutir el uso de preservativos por miedo a ofender o enojar a sus parejas, o a que las califiquen de promiscuas. Los datos también señalan que el uso de preservativos es mayor en las zonas urbanas que en las rurales y que las prácticas sexuales seguras entre los jóvenes varían considerablemente de un país a otro. En África subsahariana, por ejemplo, el uso de preservativos es máximo en **Botswana** (88% para los varones y 75% para las mujeres) y mínimo en el **Chad** (2% para ambos sexos). En comparación con los

varones jóvenes de **Malí**, los de **Zimbabwe** tienen una probabilidad más de dos veces superior de utilizar preservativos, y las mujeres jóvenes de **Uganda** tienen una probabilidad más de tres veces y media mayor de utilizar preservativos que sus homólogas de la **República Democrática del Congo** y la **República del Congo**.

Es más probable que los varones jóvenes indiquen que han tenido relaciones sexuales de alto riesgo durante el último año. En comparación con los varones jóvenes de **Rwanda**, los de **Kenya** tienen una probabilidad más de dos veces superior de haber mantenido relaciones sexuales de riesgo durante los 12 meses previos. Mientras que en **Etiopía** sólo el 7% de las mujeres jóvenes comunica relaciones sexuales de alto riesgo durante el año precedente, en **Côte d'Ivoire** más de la mitad de las mujeres jóvenes refieren tal comportamiento.

Ayudar a los jóvenes a posponer la actividad sexual con penetración hasta que hayan desarrollado las aptitudes personales y sociales necesarias para protegerse es un objetivo importante en la prevención del VIH. En los países de África subsahariana, tal como se resume en el Anexo 13, entre el 15% y el 20% de los varones y mujeres jóvenes indican que realizaron el coito antes de los 15 años, y la edad mediana de la primera relación sexual es menor entre las mujeres que entre los varones. Aquí también, la edad de inicio de la actividad sexual varía significativamente entre los países, de 16 a 22,1 años para los varones y de 16,3 a 20,8 años para las mujeres.



9. Asistencia escolar de los huérfanos

Razón de asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10-14 años de edad

De acuerdo con la Declaración de compromiso, se insta a los países a que desarrollen para 2003, y apliquen para 2005, políticas para apoyar a los huérfanos a causa del SIDA y otros niños afectados por la epidemia. La Declaración reconoce que la escolarización es un componente clave en los programas de apoyo a los huérfanos.

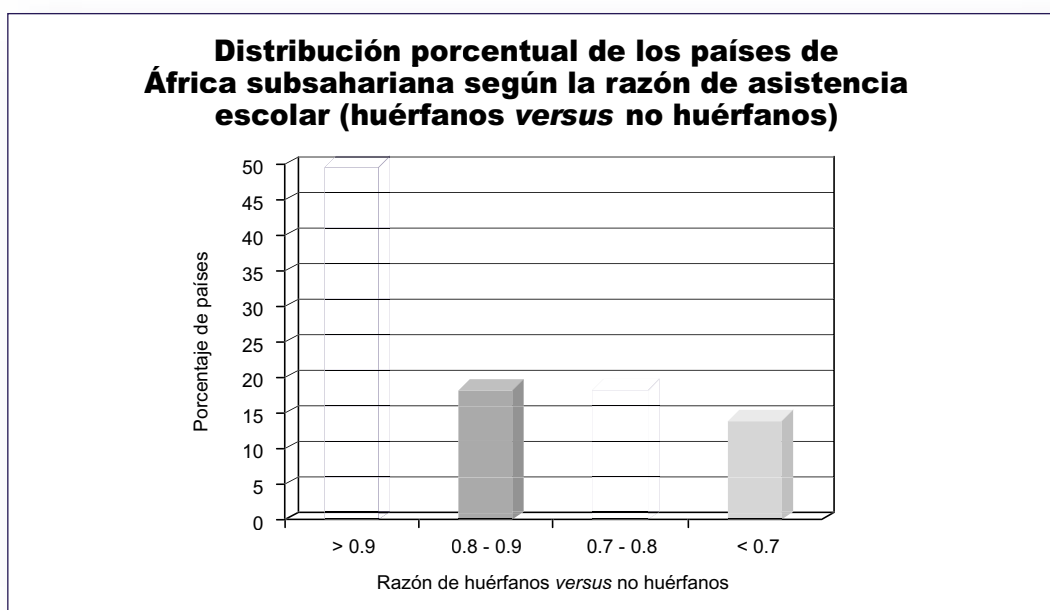
Las estipulaciones de la Declaración sobre los huérfanos están en consonancia con las estrategias y principios identificados para mejorar el apoyo socioeconómico y psicológico a los niños huérfanos o vulnerables a causa del VIH/SIDA. Una de las estrategias centrales reconocidas por los copatro-

cinadores del ONUSIDA consiste en «reforzar la capacidad de los niños y jóvenes para satisfacer sus propias necesidades», lo cual depende en gran medida de la protección y expansión de las oportunidades educativas para los huérfanos y otros niños vulnerables.

Para rastrear la asistencia escolar de los huérfanos en comparación con los no huérfanos (un indicador fidedigno de las desventajas educativas asociadas potencialmente a la orfandad), el ONUSIDA confió en encuestas existentes realizadas en hogares, principalmente la MICS 2000 del UNICEF. Los hallazgos de esas encuestas se resumen en el Anexo 14. Aunque esta tabla se centra en África subsahariana como región más afectada del mundo, el número absoluto de huérfanos en Asia y ciertas partes del Caribe también es sustancial y requiere la atención inmediata de los gobiernos y donantes.

En la mayoría de los países de África subsahariana, los niños (de 10-14 años) que han perdido a ambos padres tienen menores probabilidades de estar escolarizados que los que viven con uno de ellos. Cabe destacar, sin embargo, que en la mitad de los países de esta región la relación es casi 1:1, lo que sugiere un fuerte compromiso por parte de esos países para ayudar a los niños vulnerables. Conviene extremar las precauciones al interpretar estos hallazgos, pues las cifras pueden subestimar la magnitud de las desventajas asociadas a la orfandad al omitir a los niños de la calle o internos en instituciones, que tienen mayores probabilidades de ser huérfanos que los que viven en hogares. El análisis de la relación de huérfanos masculinos/femeninos no parece revelar ningún patrón uniforme que sugiera discriminación por razón del sexo. La menor escolarización de los huérfanos parece asociarse a tasas bajas de asistencia escolar general.

Diversos países africanos han adoptado medidas para ampliar los servicios de apoyo a los niños huérfanos o vulnerables a causa del VIH/SIDA. En **Lesotho**, donde 40.000 niños reciben enseñanza totalmente subvencionada en escuelas primarias y secundarias, la primera dama del país ha hecho del apoyo a los huérfanos una prioridad personal y gubernamental. **Mozambique** está ultimando actualmente una estrategia nacional para la protección y asistencia de los huérfanos, y se han forjado asociaciones entre el Gobierno y organizaciones de base popular con el fin de ampliar el apoyo a las iniciativas comunitarias en esta área.



IV. Indicadores del impacto nacional

1. Porcentaje de jóvenes de 15-24 años de edad infectados por el VIH (Objetivo: reducción del 25% en los países más afectados para 2005; reducción del 25% a nivel mundial para 2010)
2. Porcentaje de lactantes infectados por el VIH nacidos de madres infectadas por el VIH (Objetivo: reducción del 20% para 2005; reducción del 50% para 2010)

1. Reducción en la prevalencia del VIH

Porcentaje de jóvenes de 15-24 años de edad infectados por el VIH (indicador principal para los países con epidemias generalizadas)

El porcentaje de mujeres embarazadas de 15-24 años de edad que acuden a dispensarios prenatales en centros de vigilancia centinela del VIH en la ciudad capital, otras zonas urbanas y zonas rurales sirve como sustituto del indicador principal sobre prevalencia del VIH entre los jóvenes. Las encuestas de base comunitaria sobre prevalencia del VIH entre varones y mujeres jóvenes en diversos contextos han puesto de manifiesto que la vigilancia centinela del VIH entre mujeres embarazadas de 15-24 años proporciona estimaciones fiables para toda la población juvenil.

La epidemia sigue siendo especialmente grave en África meridional, con tasas de prevalencia del VIH muy elevadas entre las mujeres embarazadas de países como **Swazilandia** (39%), **Botswana** (32%), **Sudáfrica** (24%), **Kenya** (22%), **Namibia** (18%), **Zimbabwe** (18%) y **Malawi** (18%). En África oriental, la prevalencia en este grupo de población continúa disminuyendo en **Uganda**, del 30% a principios de los años noventa al 9% en 2002. En África occidental y central, las tasas nacionales de prevalencia se mantienen relativamente bajas, aunque hay indicios de una propagación reciente del VIH en países como el **Camerún** (12%). (Para más detalles, véase el Anexo 15.)

En América Latina y el Caribe, la epidemia está bien afianzada. Doce países de la región tienen una prevalencia **estimada** del VIH del 1% o superior entre las mujeres embarazadas. En otras regiones, la prevalencia nacional es relativamente baja, dado que la epidemia se concentra de forma mayoritaria en poblaciones específicas. Algunas excepciones son **Camboya**, **Djibouti**, **Myanmar** y **Tailandia**, donde las tasas en mujeres embarazadas superan el 1%.

1a. Prevalencia del VIH entre profesionales del sexo, consumidores de drogas intravenosas y varones que tienen relaciones sexuales con varones (indicador alternativo para los países con epidemias de VIH bajas y concentradas)

La prevalencia del VIH entre los grupos de alto riesgo se obtiene a partir de encuestas específicas de seropositividad en esas poblaciones. Los datos indican que las tasas de infección son a menudo sumamente altas en grupos vulnerables clave.

- **Profesionales del sexo.** En África subsahariana, la prevalencia del VIH en profesionales del sexo supera con frecuencia el 50%, y países como **Etiopía**, **Zambia**, **Sudáfrica** y **Ghana** comunican tasas hasta del 74%, 69%, 50,5% y 50%, respectivamente (véase el Anexo 16). De los 11 países de la región de Asia y el Pacífico para los que se dispone de datos recientes sobre prevalencia del VIH en profesionales del sexo, tres comunican cifras sumamente elevadas: **Myanmar** (38%), **Nepal** (36%) y **Camboya** (29%). En África



del Norte y Oriente Medio, **Djibouti** sigue siendo el país más afectado, con una prevalencia del VIH hasta del 2% en mujeres embarazadas de zonas urbanas importantes y del 27,5% entre profesionales del sexo.

- **Consumidores de drogas intravenosas.** Numerosos países informan de epidemias concentradas en consumidores de drogas intravenosas (véase el Anexo 17). En Asia, la prevalencia del VIH entre CDI es sumamente alta en ciertas partes de **China** (40%), la **India** (68%), **Indonesia** (50%), **Viet Nam** (80%), **Myanmar** (70%), **Nepal** (50%) y **Tailandia** (85%). En el **Brasil**, donde la prevalencia entre CDI es tan sólo del 1,9% en algunas zonas y hasta del 42% en otras, los programas de prevención parecen estar obteniendo sus frutos, tal como demuestran los descensos significativos de la prevalencia del VIH entre los CDI de diversas regiones.

La región de Europa oriental y Asia central continúa experimentando la epidemia de crecimiento más rápido del mundo, que se concentra principalmente en consumidores de drogas intravenosas. La **Federación de Rusia** sigue a la cabeza de la epidemia, con una prevalencia del VIH entre CDI que llega casi al 60% en algunas zonas. Sin embargo, muchos otros países están experimentando en la actualidad epidemias rápidamente emergentes. **Ucrania** continúa siendo el país más afectado no sólo de la región sino de toda Europa, con una prevalencia del VIH en CDI que oscila entre el 8% y el 74%.

Reducción de la vulnerabilidad al VIH/SIDA entre consumidores de drogas intravenosas en el Irán

El notable crecimiento de la infección por el VIH entre los CDI del Irán ha desencadenado respuestas por parte de los gobiernos provinciales y central, que se han unido con expertos académicos y proveedores de cuidados de salud para crear un modelo innovador que integra servicios de asistencia para el VIH/SIDA, tratamiento de ITS y administración de fármacos en Kermanshah. Este programa, que se imparte en dispensarios, pretende reducir el estigma asociado al VIH/SIDA y al consumo de drogas e involucrar en el esfuerzo a las familias y parejas de los CDI, así como a las personas que viven con el VIH/SIDA. El Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en el Irán indica que el proyecto ha conseguido proporcionar servicios muy necesarios a una población altamente vulnerable y aumentar el apoyo público para las iniciativas de reducción del daño dirigidas a CDI.

- **Varones que tienen relaciones sexuales con varones.** Existe una información sumamente limitada sobre la prevalencia del VIH entre varones que tienen relaciones sexuales con varones (VSV), aunque los datos obtenidos en diversos países indican que las tasas de infección a menudo son altas en esta población vulnerable. En América Latina y los países ricos, los VSV representan la mayor parte de las infecciones por el VIH. En siete países de América Central, las encuestas entre VSV revelan tasas de infección que van del 8% al 18%, y encuestas independientes en la **Argentina**, el **Brasil**, **México** y el **Perú** identifican tasas de prevalencia que oscilan entre el 11% y el 18%. En **Camboya**, la **India** y **Tailandia**, encuestas similares han puesto de manifiesto tasas de infección por el VIH del 14%, 20% y 15%, respectivamente.

2. Reducción en la transmisión maternoinfantil

Porcentaje de lactantes infectados por el VIH nacidos de madres infectadas por el VIH

El porcentaje de lactantes infectados por el VIH nacidos de madres VIH-positivas se calcula utilizando datos de cobertura del programa de PTMI.

Tal como se ha mencionado en la sección anterior sobre indicadores del programa y el comportamiento nacionales, el tratamiento antirretrovírico durante el embarazo y el parto sólo ha empezado a aplicarse en pequeña escala. Esta escasa cobertura da lugar a tasas elevadas de prevalencia del VIH entre los recién nacidos, tal como se aprecia en el Anexo 18. De los 17 países de África subsahariana que informaron sobre PTMI, 12 no tienen prácticamente ningún programa de profilaxis ARV, y la prevalencia del VIH entre los lactantes nacidos de madres seropositivas llega al 25%.

En América Latina y el Caribe, aparte de la **Argentina**, **Belice**, el **Brasil** y **Uruguay**, donde la estrategia de profilaxis ARV está obteniendo algunos resultados, los demás países que informaron no tienen prácticamente programas de PTMI. En esos países, la prevalencia del VIH entre los lactantes de madres infectadas oscila entre el 23% y el 25%.

V. Logro de los objetivos de la Declaración de compromiso: retos pendientes

Al comunicar sus progresos en la aplicación de la Declaración de compromiso, los países identificaron numerosos obstáculos para una respuesta más eficaz y exhaustiva a la epidemia de VIH. Aparte de la insuficiencia de recursos, varios déficit eran especialmente evidentes, lo que subraya la necesidad de desarrollar la capacidad.

Los cuatro problemas siguientes para alcanzar los objetivos del UNGASS figuran entre los citados con mayor frecuencia por los países:

- Recursos financieros insuficientes para ejecutar y ampliar las intervenciones.
- Falta de recursos humanos y capacidad técnica en muchas áreas de la programación sobre el VIH, especialmente a nivel local.
- Estigma y discriminación.
- Sistemas de vigilancia y evaluación deficientes.

1. Recursos financieros insuficientes para ejecutar y ampliar las intervenciones

Más del 50% de los países indicaron que la insuficiencia de recursos financieros constituye un obstáculo crucial para la aplicación y ampliación de los programas sobre el VIH/SIDA y el logro de los objetivos estipulados en la Declaración de compromiso. Tal como se ha señalado anteriormente, es probable que el creciente compromiso financiero de donantes bilaterales, entidades multilaterales, fundaciones importantes y los propios países afectados ayude a cubrir, al menos en parte, este vacío de recursos. En su informe sobre la aplicación de la Declaración, *Haití* recomienda la implantación de un marco jurídico y constitucional para asegurar una asignación presupuestaria adecuada de fondos públicos al VIH/SIDA. Aparte del desarrollo de capacidades de movilización de recursos a nivel de país, diversos informes citan la necesidad de instaurar mecanismos eficaces de rastreo y responsabilidad para asegurar que los recursos se empleen de la forma más eficaz posible.

2. Falta de recursos humanos y capacidad técnica en muchas áreas de la programación sobre el VIH, especialmente a nivel local

Uno de cada tres países señala la necesidad de aumentar los recursos humanos para luchar contra el VIH/SIDA. En *Botswana*, esta carencia de recursos humanos se ha convertido en un problema importante, de forma que se ha elaborado un plan específico para intentar abordarlo. *Sudáfrica* comunicó que el principal reto para la ejecución de programas se relaciona con la capacidad, especialmente con las aptitudes y conocimientos del personal sanitario para tratar a los pacientes con tuberculosis, ITS e infecciones oportunistas.

Muchos países subrayan la necesidad urgente de creación de capacidad a nivel local. En concreto, los países citan a menudo la importancia de reforzar la capacidad de las ONG y los trabajadores comunitarios para que lleven a cabo programas de prevención, sobre todo en zonas rurales y entre grupos vulnerables. Numerosos países también señalan la necesidad de reforzar la capacidad del personal sanitario para que administre fármacos de PTMI, TAR y tratamiento de infecciones oportunistas.

Los países indican que están respondiendo a las limitaciones de capacidad de formas muy diversas. **Sudáfrica**, por ejemplo, ha asignado fondos públicos adicionales para proporcionar formación a los trabajadores sanitarios. En **Marruecos** se han creado comités multisectoriales para facilitar la aplicación del Plan Estratégico Nacional a nivel local.

3. Estigma y discriminación

Aproximadamente el 25% de los países identifica el estigma y la discriminación como un problema importante para la aplicación de la Declaración de compromiso.

China indica que la discriminación y los prejuicios contra las personas que viven con el VIH/SIDA persisten todavía entre el personal médico, tal como se pone de manifiesto en algunos centros donde se realizan pruebas séricas no autorizadas por los pacientes y se niega el tratamiento a quienes resultan positivos, una práctica que viola los reglamentos nacionales. El informe de **Malawi** subraya el reconocimiento y la capacitación inadecuados de las organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA para afrontar el estigma y la discriminación tanto a nivel individual como institucional. **Botswana** observa que el estigma está impidiendo la expansión de la PTMI, ya que muchas mujeres temen inscribirse en tales programas por miedo a las reacciones negativas de sus parejas.

4. Sistemas de vigilancia y evaluación deficientes

Las tres cuartas partes de los países indican que la vigilancia y evaluación (V+E) de las actividades y progresos nacionales siguen constituyendo un desafío importante, y muchos citan la limitación de sus sistemas de información y de su capacidad de V+E como un impedimento para proporcionar información pertinente sobre los indicadores nacionales. En concreto, es habitual que no exista información fiable por lo que respecta a calidad de los servicios de ITS, políticas sobre el VIH en el lugar de trabajo y cobertura de TAR y PTMI.

Sólo el 43% de los países comunica la existencia de un plan nacional de V+E, y únicamente el 24% tiene un presupuesto nacional de V+E para llevar a cabo tales actividades. Aunque la mayoría de los países posee una unidad de V+E con dedicación exclusiva (85%) y/o un sistema formal de información sanitaria (88%), más del 33% no disponen de un sistema de información sanitaria operativo a nivel subnacional.

Hacer hincapié en la igualdad de género y en la capacitación de las mujeres es fundamental para reducir la vulnerabilidad de las mujeres y niñas al VIH/SIDA. En consecuencia, la Declaración de compromiso acordó varios objetivos dirigidos a capacitar a las mujeres y niñas para que puedan protegerse a sí mismas de la infección por el VIH. Con el fin de evaluar los progresos nacionales realizados hacia la consecución de estos objetivos, se pidió a los países que desglosaran por sexo los datos correspondientes a nueve indicadores (diagnóstico preciso de ITS, cobertura de ARV, prácticas sexuales de los CDI, conocimientos de los jóvenes sobre prevención, uso de preservativos, relaciones sexuales de alto riesgo e inicio de la actividad sexual, escolarización de los huérfanos y porcentaje de jóvenes infectados por el VIH). Por desgracia, menos de uno de cada cinco países proporcionaron estos datos desglosados.

En el momento actual, y con los sistemas de información existentes, resulta muy difícil valorar hasta qué punto los países han progresado hacia el logro de los objetivos de la Declaración, a menos que los países hagan lo siguiente:

- Revisar sus actuales programas de prevención y atención para asegurar que tienen en cuenta el sexo y la edad.
- Revisar sus políticas para asegurar que los varones y las mujeres tienen el mismo acceso a los servicios disponibles.

- Reforzar los sistemas de información para permitir la recopilación y análisis de datos desglosados por sexo.
- Informar sistemáticamente sobre cuestiones de género en el contexto de la prevención del VIH, incluidos la violencia sexual, asistencia y mitigación del impacto.

Fortalecimiento de la capacidad de vigilancia y evaluación en Ghana

En Ghana, como resultado de una serie de consultas con asociados y partes interesadas clave, se han desarrollado un plan y un marco nacionales de vigilancia y evaluación (V+E). Además, se han nombrado y establecido personas focales de V+E para la totalidad de las 10 regiones y 110 distritos del país. Sus funciones y responsabilidades incluyen:

- Documentar las principales actividades sobre el VIH/SIDA en la región y preparar informes trimestrales al respecto para la Comisión sobre el SIDA de Ghana.
- Organizar la divulgación de información sobre el VIH/SIDA a todos los niveles dentro de la región.
- Elaborar y ejecutar un plan regional de V+E.
- Actuar como persona de recurso a fin de proporcionar información sobre el VIH/SIDA que sea pertinente para la región.
- Organizar foros para las personas focales de V+E a nivel de distrito con objeto de promover la divulgación de prácticas óptimas.

5. Otros retos

Aparte de los retos fundamentales examinados más arriba, los países identificaron otra serie de impedimentos importantes –algunos de los cuales son problemas de nivel macro, sistémicos o a medio plazo– que obstaculizan seriamente los esfuerzos para cambiar el rumbo de la epidemia. En África subsahariana, la pobreza, los conflictos y el hambre aumentan la vulnerabilidad y socavan la capacidad de las sociedades para afrontar la carga que les impone el VIH/SIDA, carga que, a su vez, exacerba la pobreza e invierte los avances conseguidos gracias a los esfuerzos de desarrollo. **Malawi**, comprendiendo la interacción cíclica y mortífera entre pobreza crónica, hambre y VIH/SIDA, está poniendo énfasis en la promoción de una cultura de la esperanza y la vida positiva dentro de este entorno. Se reconoce de forma general la necesidad de nuevos planteamientos que integren el VIH/SIDA en las respuestas humanitarias y los planes macroeconómicos básicos.

Uno de cada cinco países observó que, para crear un entorno propicio que refuerce la lucha contra el VIH/SIDA, son necesarios un mayor compromiso político, liderazgo, movilización social y establecimiento de asociaciones. Diversos países, como **Filipinas**, reconocieron la necesidad de una mayor integración del VIH/SIDA dentro de los departamentos gubernamentales y los planes de desarrollo existentes. Uno de cada tres países apuntó que se requería una mejor coordinación entre los diferentes actores, así como mecanismos formales que faciliten el intercambio de prácticas óptimas, la identificación de funciones y responsabilidades y la coordinación de iniciativas. **Haití**, por ejemplo, recomendaba la organización de foros de discusión con el fin de asegurar la asociación y el diálogo entre el Gobierno y otros sectores de la sociedad.

Los retos a los que se enfrentan los países siguen siendo omnipresentes y no están condicionados por la geografía. Incluso en los países ricos, donde se realizaron avances muy significativos en

la lucha contra la epidemia, se ha constatado que el exceso de confianza con respecto al VIH está arraigando en muchas sociedades, que han aparecido nuevos grupos vulnerables y que las infecciones por el VIH están resurgiendo una vez más, lo que obliga a adoptar planteamientos de prevención innovadores.

Es necesario, pues, multiplicar la vigilancia, el compromiso y los esfuerzos para vencer estos retos superables, con el fin último de alcanzar las metas establecidas en la Declaración de compromiso y llegar al Objetivo de Desarrollo del Milenio de hacer retroceder la epidemia para 2015.

Conclusiones y recomendaciones

Según la evaluación de los progresos realizados hasta la fecha, es evidente que muchos países corren riesgo de no cumplir los objetivos establecidos en la Declaración de compromiso. Sin embargo, todavía es posible alcanzar las metas de dicha Declaración. La aplicación inmediata de un conjunto amplio de intervenciones (véase el Anexo 1) permitiría, para 2010, prevenir 29 millones de nuevas infecciones e invertir el curso de la epidemia de SIDA. Así pues, con el compromiso y la acción exigibles, puede conseguirse el objetivo de reducir en un 25% los niveles mundiales de prevalencia para 2010. Sin esta ampliación de la respuesta, se calcula que en 2010 habrá 45 millones de nuevas infecciones.

La ampliación rápida de las intervenciones preventivas y asistenciales necesarias para alcanzar este objetivo requerirá un incremento sustancial de los recursos. Se ha estimado que el costo de potenciar las actividades de prevención, atención y apoyo se elevará como mínimo a US\$ 10.500 millones anuales en 2005. Además, para cubrir la demanda de esta ampliación de servicios, se requerirá una mejora de la infraestructura y de los recursos humanos encargados de ejecutar tales intervenciones. Para superar estos desafíos es indispensable el compromiso político y financiero. Los costos de ampliar los programas de prevención son altos, pero cualquier demora resultará aún más onerosa.

En consecuencia, el ONUSIDA insta a los países a tomar las siguientes medidas para asegurar el logro de los objetivos acordados en la Declaración de compromiso:

1. Con el apoyo de los más altos estamentos del gobierno, los países deberían valorar inmediatamente sus **políticas** nacionales, cotejándolas con las estipulaciones de la Declaración para 2003, y acelerar la formulación y aplicación de políticas que aseguren la observancia de la Declaración.
2. A pesar de que el **compromiso político** con la causa del VIH/SIDA ha aumentado significativamente en los últimos años, muy pocos líderes han encabezado esfuerzos nacionales enérgicos para responder a la epidemia. Un liderazgo político sólido es especialmente importante en las regiones de Asia y el Pacífico y de Europa oriental y Asia central, donde se requiere una acción inmediata y eficaz para prevenir una expansión significativa del VIH/SIDA.
3. Aunque en la mayoría de los países la respuesta al VIH/SIDA se extiende actualmente más allá de los ministerios de salud, la **participación de asociados importantes** sigue siendo insuficiente. En concreto, los países deberían priorizar la participación de personas que viven con el VIH/SIDA y de la sociedad civil en general. Todas las compañías con negocios en países de ingresos bajos o medianos tendrían que adoptar el **Repertorio de prácticas sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo** de la OIT.
4. Hay que acelerar la dinámica existente para aumentar la **financiación** de esfuerzos relacionados con el VIH/SIDA en países de ingresos bajos o medianos. Con objeto de financiar una respuesta mundial que asegure el logro de los futuros compromisos de la

Declaración, los desembolsos anuales para programas sobre el VIH/SIDA tienen que duplicarse respecto a los niveles actuales para 2005, y triplicarse para 2007. Además de apoyo financiero para programas sobre el VIH/SIDA, se requiere apoyo urgente para estrategias que ayuden a crear la **capacidad institucional** que necesitarán los países para sostener una respuesta eficaz a largo plazo. Al ampliar el apoyo financiero para esfuerzos relacionados con el VIH/SIDA, los donantes deberían priorizar la transferencia de tecnología, el desarrollo de capacidad técnica a nivel de país y otros mecanismos que creen capacidad nacional a largo plazo para apoyar una respuesta eficaz, especialmente en las áreas de gestión de recursos y vigilancia y evaluación.

5. Los países deben asegurar urgentemente la puesta en práctica de un conjunto exhaustivo de **servicios de prevención** del VIH y la ampliación de la cobertura para asegurar el acceso de todos los grupos vulnerables a dichos servicios.
6. Todos los países deberían desarrollar y aplicar estrategias nacionales a fin de asegurar el suministro de **atención y tratamiento** integrales para las personas que viven con el VIH/SIDA. La comunidad mundial se ha comprometido a proporcionar en 2005 TAR para tres millones de personas que viven con el VIH/SIDA, lo que representaría aproximadamente el 30-40% de quienes necesitarán tratamiento ese año (en comparación con el 5% de quienes necesitan tratamiento y lo reciben actualmente).
7. Es urgente desarrollar y aplicar medidas para erradicar el **estigma y discriminación** relacionados con el VIH/SIDA a fin de asegurar que los nuevos recursos y el creciente compromiso político sobre el VIH/SIDA se traduzcan eficazmente en programas que puedan frenar y, en última instancia, hacer retroceder la epidemia mundial. De acuerdo con las estipulaciones de la Declaración, los países deberían adoptar, aplicar y hacer cumplir políticas nacionales que **prevengan la discriminación** contra las poblaciones vulnerables y aseguren su pleno disfrute de los derechos humanos.
8. Además de promulgar políticas que aseguren el acceso equitativo a los servicios, los países deberían valorar y revisar las leyes, políticas y prácticas que aumentan la vulnerabilidad de las **mujeres y niñas**. Es necesario que los donantes den prioridad a programas que aumenten el poder económico de las mujeres; que los gobiernos nacionales promuevan las reformas jurídicas necesarias, y que los actores internacionales colaboren para erradicar el tráfico sexual y otras prácticas que aumentan la vulnerabilidad al VIH de las mujeres y niñas.
9. Todos los países con epidemias generalizadas deberían desarrollar y aplicar estrategias nacionales para abordar el problema del número creciente de **niños huérfanos** y/o vulnerables a causa del VIH/SIDA.
10. Se requiere una acción internacional urgente para responder a las condiciones de crisis que existen en los países de **África meridional y oriental**. En concreto, la pérdida de capacidad institucional en sectores nacionales clave exige la implicación de asociados sectoriales internacionales para ayudar a estos países a afrontar el impacto creciente de la epidemia. Una amplia diversidad de donantes y partes interesadas debería trabajar conjuntamente para ayudar a los países a potenciar en la medida de lo necesario programas fundamentales contra el VIH/SIDA.

Anexo 1

Intervenciones normalizadas sobre el VIH/SIDA utilizadas por el ONUSIDA para medir las necesidades y la disponibilidad de recursos en países de ingresos bajos y medianos

Intervenciones de prevención

1. Campañas en medios de comunicación
2. Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)
3. Comercialización social de preservativos
4. Educación escolar sobre el SIDA
5. Educación inter pares para jóvenes que no van a la escuela
6. Programas de divulgación para profesionales del sexo y sus clientes
7. Programas de divulgación para varones que tienen relaciones sexuales con varones
8. Programas de reducción del daño para consumidores de drogas intravenosas
9. Seguridad hematológica
10. Promoción y distribución de preservativos por el sector público
11. Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS)
12. Programas de prevención en el lugar de trabajo
13. Prevención de la transmisión maternoinfantil
14. Profilaxis posexposición
15. Inyecciones seguras
16. Precauciones universales
17. Política, sensibilización, gestión e investigación

Servicios de atención

1. Cuidados paliativos
2. Diagnóstico de la infección por el VIH (pruebas del VIH)
3. Tratamiento de las infecciones oportunistas
4. Profilaxis de las infecciones oportunistas
5. Terapia antirretrovírica (ART), incluidos los servicios de laboratorio para la vigilancia del tratamiento

Apoyo a los huérfanos

1. Apoyo de la comunidad a la asistencia de los huérfanos
2. Orfanatos
3. Ayuda para la matrícula escolar de los huérfanos



Anexo 2

Lista de países que facilitaron informes nacionales sobre la aplicación de la Declaración de compromiso*

Asia y el Pacífico	Países de altos ingresos	África del Norte y Oriente Medio
Bangladesh	Alemania	Arabia Saudita
Camboya	Australia	Jordania
China	Canadá	Líbano
Islas Cook	España	Marruecos
Fiji	Finlandia	Omán
Filipinas	Francia	Qatar
India	Irlanda	Siria
Indonesia	Luxemburgo	Turquía
Mongolia	Macedonia	
Myanmar	Malta	África subsahariana
Nepal	Países Bajos	Benin
Pakistán	Portugal	Botswana
Papua Nueva Guinea	Serbia y Montenegro	Burkina Faso
RDP Lao	Suecia	Burundi
Sri Lanka		Cabo Verde
Tailandia	América Latina y el Caribe	Camerún
Viet Nam	Antigua	Comoras
	Argentina	Congo
Europa oriental y Asia central	Barbados	Côte d'Ivoire
Armenia	Belice	Etiopía
Belarús	Brasil	Ghana
Federación de Rusia	Chile	Kenya
Hungría	Colombia	Lesotho
Kazajistán	El Salvador	Madagascar
Kirguistán	Guatemala	Malawi
Lituania	Guyana	Mauricio
Polonia	Haití	Mozambique
República Checa	Honduras	Namibia
República de Moldova	Jamaica	Nigeria
Rumania	México	República Unida de Tanzania
Tayikistán	Nicaragua	Rwanda
Ucrania	Paraguay	Seychelles
Uzbekistán	Perú	Sierra Leona
	República Dominicana	Sudáfrica
	Saint Kitts y Nevis	Swazilandia
	Suriname	Togo
	Uruguay	Uganda
		Zambia
		Zimbabwe

*Recibido antes del 15 de julio de 2003

Anexo 3

Porcentaje de escuelas con maestros capacitados que imparten educación basada en aptitudes para la vida

Región y país	Escuela primaria	Escuela secundaria	Total (%)	Fuente de información	Comentarios
África subsahariana					
Botswana			50	IP UNGASS 2003*	
Cabo Verde			0	IP UNGASS 2003	
Etiopía	100	77	97	Encuesta escolar	Sólo escuelas públicas urbanas y la primera parte del indicador
Kenya			5	IP UNGASS 2003	
Malawi			6,2	IP UNGASS 2003	
Mauricio	100	30			No se pudo calcular el total
República Unida de Tanzania			19	IP UNGASS 2003	
Seychelles	88,5	77	84,5	IP UNGASS 2003	Sólo zona urbana
Swazilandia			25	IP UNGASS 2003	
Uganda	100			IP UNGASS 2003	Sólo escuelas primarias y públicas y la primera parte del indicador
Zambia			1,5	IP UNGASS 2003	
Zimbabwe			75		No se facilitó la fuente de información
Asia meridional y sudoriental					
Mongolia	3,3	67,7	35,5	IP UNGASS 2003	
Myanmar	32	46,5	39	IP UNGASS 2003	
Rep. Dem. Popular Lao			7,7	IP UNGASS 2003	
Tailandia			100	IP UNGASS 2003	Sólo la primera parte del indicador; incorporación de las aptitudes para la vida en el programa escolar en preparación
Viet Nam	100	100	100	IP UNGASS 2003 e informantes clave	No se siguió estrictamente la definición del indicador dada por el ONUSIDA
América Latina y el Caribe					
Bahamas	44	41	42,5	IP UNGASS 2003	
Barbados			100	IP UNGASS 2003	
Belice			80	IP UNGASS 2003	
Brasil	41,4			IP UNGASS 2003	Sólo escuelas primarias y urbanas
Guatemala			7	IP UNGASS 2003	
República Dominicana			18,8	IP UNGASS 2003	Primera parte del indicador
Europa oriental y Asia central					
Armenia		15,5			Sólo escuelas secundarias
Federación de Rusia			100	IP UNGASS 2003	
Kazajstán	0	54,7		IP UNGASS 2003	No se pudo calcular el total
Kirguistán		13		IP UNGASS 2003	Sólo escuelas secundarias y públicas
Tayikistán		3		IP UNGASS 2003	Sólo escuelas secundarias
África del Norte y Oriente Medio					
Jordania		26		IP UNGASS 2003	Sólo escuelas secundarias urbanas
Marruecos			28	IP UNGASS 2003	

* IP UNGASS 2003= Datos de vigilancia de los programas procedentes de los informes de país del UNGASS 2003

Anexo 4

Porcentaje de grandes empresas públicas y privadas en países seleccionados que han adoptado políticas integrales sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo

Región y país	Total* (%)	Fuente de información	Comentarios
África subsahariana			
Botswana	70	IP UNGASS 2003**	Cifra total facilitada en el informe
Cabo Verde	0	IP UNGASS 2003	Cifra total facilitada en el informe
Comoras	0	Encuesta en el lugar de trabajo	Cifra total basada en datos facilitados en el informe
Côte d'Ivoire	48	IP UNGASS 2003	Cifra total facilitada en el informe
Etiopía	92,5	Encuesta en el lugar de trabajo	Cifra total basada en datos facilitados en el informe
Ghana	100	Encuesta en el lugar de trabajo	Cifra total basada en datos facilitados en el informe
Kenya	70	IP UNGASS 2003	Cifra total facilitada en el informe
Malawi	17,5	Encuesta en el lugar de trabajo	Sólo empresas públicas
Mauricio	40	IP UNGASS 2003	Cifra total facilitada en el informe
Namibia	49,5	Encuesta en el lugar de trabajo	Cifra total basada en datos facilitados en el informe
Nigeria	53	IP UNGASS 2003	Cifra total facilitada en el informe
Rwanda	6	IP UNGASS 2003	Cifra total facilitada en el informe
Seychelles	50	Encuesta en el lugar de trabajo	Cifra total basada en datos facilitados en el informe
Sudáfrica	77	Encuesta en el lugar de trabajo	Cifra total basada en datos facilitados en el informe
Swazilandia	100	Encuesta en el lugar de trabajo	Cifra total basada en datos facilitados en el informe
Uganda	20	IP UNGASS 2003	Cifra total facilitada en el informe
Zimbabwe	80	IP UNGASS 2003	Cifra total facilitada en el informe
Asia meridional y sudoriental			
Rep. Dem. Popular Lao	97,2	IP UNGASS 2003	Cifra total facilitada en el informe
Filipinas	13	Departamento de Trabajo y Empleo	Cifra total basada en datos facilitados en el informe
Viet Nam	87,5	Encuesta en el lugar de trabajo	Cifra total basada en datos facilitados en el informe
América Latina y el Caribe			
Honduras	0,5	IP UNGASS 2003	Cifra total facilitada en el informe
Jamaica	5	IP UNGASS 2003	Cifra total facilitada en el informe
Suriname	24	IP UNGASS 2003	Cifra total basada en datos facilitados en el informe

* No todos los países pudieron completar el formulario nacional (NPBI 2). Muchos de ellos proporcionaron cifras totales en el informe sin desglosar los diversos componentes. Para los que facilitaron datos desagregados, la cifra total que aparece en la tabla representa las empresas con por lo menos un elemento del conjunto integral de medidas de prevención y atención.

** IP UNGASS 2003: Datos de vigilancia de los programas procedentes de los informes de país del UNGASS 2003.

Anexo 5

Porcentaje de pacientes con infecciones de transmisión sexual que han recibido un diagnóstico (D), asesoramiento (A) y tratamiento (T) apropiados

Región y país	Pacientes con D/A/T apropiados (%)	Fuente de información
África subsahariana		
Botswana	30	IP UNGASS 2003 (encuesta de 1998)
Burkina Faso	4 (D + T) 13 (A)	IP UNGASS 2003
Madagascar	20 (D+T) 44 (A)	IP UNGASS 2003
Mauricio	100	IP UNGASS 2003
Kenya	50	IP UNGASS 2003
Seychelles	37	IP UNGASS 2003
Uganda	21	IP UNGASS 2003
Zimbabwe	57	IP UNGASS 2003
Asia meridional y sudoriental		
Camboya	88	OMS, 2002
Viet Nam	38	IP UNGASS 2003
Asia oriental y el Pacífico		
Guam	100 D, 34 T, 18 A	Encuestas en dispensarios públicos y privados, 2002
Mongolia	100	IP UNGASS 2003 (Informe anual de los Centros Nacionales de Enfermedades Transmisibles, 2002)
Samoa	100	MS, 2002 (todos fueron tratados y asesorados, pero el diagnóstico no se basó en el laboratorio)
Europa oriental y Asia central		
Belarús	75	IP UNGASS 2003
Eslovaquia	100	PNCS, 2002
Kazajstán	98	IP UNGASS 2003
Kirguistán	82	IP UNGASS 2003
Tayikistán	76	IP UNGASS 2003
África del Norte y Oriente Medio		
Djibouti	16	MS, 2002
Marruecos	49	IP UNGASS 2003

IP UNGASS 2003 = Datos de vigilancia de los programas procedentes de los informes de país del UNGASS 2003

OMS, 2002 = Datos de vigilancia de los programas correspondientes a 2002 facilitados por las oficinas de país de la OMS

MS= Ministerio de Salud

PNCS= Programa Nacional de Control del SIDA

Anexo 6

Porcentaje estimado de mujeres embarazadas infectadas por el VIH que reciben tratamiento antirretrovírico

Región y país	Establecimientos públicos (%)	Fuente de información
África subsahariana		
Benin	0	OMS, 2002
Botswana	34	IP UNGASS 2003
Burkina Faso	< 1	IP UNGASS 2003
Chad	0	OMS, 2002
Congo	0	OMS, 2002
Etiopía	< 1	IP UNGASS 2003
Kenya	1	IP UNGASS 2003
Malawi	< 1	IP UNGASS 2003
Mauricio*	100	IP UNGASS 2003
Namibia	7	IP UNGASS 2003
Níger	0	OMS, 2002
Nigeria	< 1	IP UNGASS 2003
República Unida de Tanzania	0	IP UNGASS 2003
Seychelles*	100	IP UNGASS 2003
Sierra Leona	0	IP UNGASS 2003
Sudáfrica	< 1	OMS, 2002
Uganda	4,6	IP UNGASS 2003
Asia meridional y sudoriental		
Afganistán	0	Oficina de país de la OMS
Camboya	2,7	PNCS, 2002
India	< 1	IP UNGASS 2003
Malasia	0	OMS, 2002
Myanmar	2	IP UNGASS 2003
Nepal*	2,1	OMS, 2002
Viet Nam	2,3	IP UNGASS 2003
Asia oriental y el Pacífico		
Guam*	0	PNCS, 2002
Mongolia*	0	IP UNGASS 2003
Samoa*	0	MS, 2002

Región y país	Establecimientos públicos (%)	Fuente de información
América Latina y el Caribe		
Argentina*	55	IP UNGASS 2003
Barbados*	0	OMS, 2002
Belice	70	IP UNGASS 2003
Brasil*	33,6	IP UNGASS 2003
Cuba*	2,5	Meta nacional, 2002
Guatemala	10	IP UNGASS 2003
Guyana	< 1	IP UNGASS 2003
Haití	0	OMS, 2002
Panamá	0	OMS, 2002
Paraguay	40	OMS, 2002
Perú*	14,8	PNCS, 2002
República Dominicana	0	OMS, 2002
Trinidad y Tabago	0	OMS, 2002
Uruguay*	97,8	PNCS, 2002
Venezuela*	0	Informe mundial sobre el VIH/SIDA, 2002
Europa oriental y Asia central		
Armenia*	3	IP UNGASS 2003 (1 mujer)
Belarús*	87,5	IP UNGASS 2003
Chipre*	100	Departamento de Servicios Médicos y de Salud
Federación de Rusia	12	IP UNGASS 2003
Kazajistán*	4,5	IP UNGASS 2003
Kirguistán*	0	Encuesta EURO 2002
República de Moldova*	0	PNCS 2003
Tayikistán*	0	IP UNGASS 2003
Ucrania	49,6	MS, 2002
África del Norte y Oriente Medio		
Marruecos*	1	OMS, 2002
Qatar*	0	Registro del MS de VIH, 2002

* Países con baja prevalencia/epidemias concentradas

OMS, 2002 = Datos de vigilancia de los programas correspondientes a 2002 facilitados por las oficinas de país de la OMS

IP UNGASS 2003 = Datos de vigilancia de los programas procedentes de los informes de país del UNGASS 2003

PNCS= Programa Nacional de Control del SIDA

MS= Ministerio de Salud

Anexo 7

Porcentaje de adultos con infección por el VIH avanzada que reciben tratamiento antirretrovírico

Región y país	Adultos que reciben ARV (%)	Fuente de información
África subsahariana		
Angola	< 1	OMS, 2002
Benin	2,5	IAA, 2002
Botswana	7,9 (2780)	IP UNGASS 2003
Burkina Faso	1,4 (675)	IP UNGASS 2003
Burundi	1,9	IAA, 2002
Camerún	1,5	Meta nacional, 2002
Côte d'Ivoire	2,7	IP UNGASS 2003
Congo	0	IAA, 2002
Eritrea	< 1	OMS, 2002
Etiopía	< 1	OMS, 2002
Gambia	6,3	OMS, 2002
Ghana	1,8	OMS, 2002
Guinea Ecuatorial	6,8	OMS, 2002
Lesotho	< 1	OMS, 2002
Malawi	1,8	IP UNGASS 2003
Mali	2,5	OMS, 2003
Mauricio*	100	IP UNGASS 2003
Mozambique	0	OMS, 2002
Namibia	0	OMS, 2002
Nigeria	1,5 (8.100)	IP UNGASS 2003
Kenya	3	IP UNGASS 2003
República Centroafricana	< 1	Meta nacional, 2002
República Unida de Tanzania	< 1	IP UNGASS 2003
Rwanda	< 1 (1.500)	IP UNGASS 2003
Senegal	< 1	IAA, 2002
Seychelles*	68,2	IP UNGASS 2003
Sierra Leona	0	OMS, 2002
Sudáfrica	0	OMS, 2002
Swazilandia	1,7 (450)	IP UNGASS 2003
Uganda	6,3 (10.000)	IP UNGASS 2003
Zambia	0	OMS, 2002
Zimbabwe	0	OMS, 2002
Asia meridional y sudoriental		
Afganistán*	0	Oficina de país de la OMS
Bangladesh*	0	OMS, 2002
Camboya	3	NCHADS 2002
Filipinas*	3,5	OMS, 2002
India	2	IP UNGASS 2003
Indonesia*	2,7	OMS, 2002
Irán*	100	OMS, 2002
Myanmar*	< 1	IP UNGASS 2003
Pakistán*	2,2	OMS, 2002
Sri Lanka*	2	Meta nacional, 2002
Singapur*	0	MS
Tailandia	4	PNCS, 2003
Viet Nam*	1	IP UNGASS 2003
Asia oriental y el Pacífico		
China*	5	Meta nacional, 2002
Hong Kong*	100	OMS, 2002
Papua Nueva Guinea*	0	OMS, 2002
Samoa*	100	MS, 2002
Tonga*	0	PNCS, 2003
América Latina y el Caribe		
Argentina*	91,2 (23253)	IP UNGASS 2003
Bahamas*	< 1	OMS, 2002
Belice	7,7 (29)	IP UNGASS 2003
Bolivia*	< 1	OMS, 2002
Brasil*	100 (119.500)	IP UNGASS 2003
Guatemala	46	IP UNGASS 2003
Guyana	0	OMS, 2002
Honduras	< 1	OMS, 2002

Región y país	Adultos que reciben ARV (%)	Fuente de información
Jamaica	< 1	IAA, 2002
México*	92	IP UNGASS 2003
Nicaragua*	0	OMS, 2002
Paraguay*	50 (300)	IP UNGASS 2003
Perú*	19,2	PNCS, 2002
República Dominicana	0	Meta nacional, 2002
Trinidad y Tabago	< 1	IAA, 2002
Uruguay*	50,5	PNCS, 2002
Europa oriental y Asia central		
Albania*	0	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Armenia*	0	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Azerbaiján*	0	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Belarús*	< 1	IP UNGASS 2003
Bosnia y Herzegovina*	10	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Bulgaria*	44,5	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Croacia*	98,7	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Chipre*	100	Departamento de Servicios Médicos y de Salud
Eslovaquia*	95	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Eslovenia*	96,3	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Estonia*	32	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Federación de Rusia*	83,3	OMS, 2002
Georgia*	8	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Hungría*	97	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Kazajistán*	1	IP UNGASS 2003
Kirguistán*	0	Encuesta EURO 2002
Letonia*	51	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Lituania*	55	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Macedonia*	20	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Polonia*	92,9	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
República de Moldova*	8,3	OMS, 2002
Rumania*	64,4	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Serbia y Montenegro*	26,4	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Tayikistán*	0	IP UNGASS 2003
Ucrania	< 1	MS y OMS, 2002
Uzbekistán*	0	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
África del Norte y Oriente Medio		
Djibouti*	1,8	MS, OMS, 2002
Jordania*	21,3	IP UNGASS 2003
Líbano*	100	PNCS, 2003
Marruecos*	20,7	IP UNGASS 2003
Qatar*	64,9	Registro del VIH, 2002
Sudán	< 1	OMS, 2002
Países de ingresos elevados, OCDE		
Alemania*	94,7	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Australia*	53,2	Informe Anual de Vigilancia
Austria*	92,6	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Bélgica*	93,8	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Dinamarca*	90,9	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
España*	92,3	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Finlandia*	94,6	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Islandia*	87,5	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Italia*	72,7	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Luxemburgo*	96,9	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Malta*	94,3	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Noruega*	89,6	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Países Bajos*	96	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Reino Unido*	92,1	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Suecia*	95	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003
Suiza*	95	Encuesta EURO OMS sobre acceso a ARV, 2003

* Países con baja prevalencia/epidemias concentradas

IAA= Iniciativa para la Aceleración del Acceso

IP UNGASS 2003 = Datos de vigilancia de los programas procedentes de los informes de país del UNGASS 2003

OMS, 2002 = Datos de vigilancia de los programas correspondientes a 2002 facilitados por las oficinas de país de la OMS

MS= Ministerio de Salud

PNCS= Programa Nacional de Control del SIDA

NCHADS= Centro Nacional de VIH/SIDA, Dermatología e ITS

Anexo 8

Porcentaje de mujeres jóvenes (15-24 años) con un conocimiento exhaustivo sobre el VIH/SIDA*

Región y país	Total (%)	Zona urbana (%)	Zona rural (%)	Fuente de información
África subsahariana				
Botswana	27,9	25,2	29,8	MICS 2000
Burundi	24	40	21	MICS 2000
Camerún	16	24	7	MICS 2000
Côte d'Ivoire	16	19	6	MICS 2000
Chad	5	2,3	12,2	MICS 2000
Comoras	9,9	9,8	10,4	MICS 2000
Gambia	15	20	11	MICS 2000
Guinea Bissau	8	16	2	MICS 2000
Guinea Ecuatorial	3,8	1,1	6,1	MICS 2000
Kenya	26	35	22	MICS 2000
Lesotho	18	27	16	MICS 2000
Malawi	34	44	31	DHS 2000
Níger	5	17	2	MICS 2000
República Centroafricana	5,1	1,5	8,7	MICS 2000
República Unida de Tanzania	26	42	22	DHS 1999
Rwanda	23	40	23	DHS 2000
Santo Tomé y Príncipe	11	13	7	MICS 2000
Sierra Leona	16	22	10	MICS 2000
Sudáfrica	20	26	13	DHS 1998
Swazilandia	26,9	26,1	28,4	MICS 2000
Togo	20	21	13	MICS 2000
Uganda	28	48	23	DHS 2000
Zambia	25,6	32	20,9	MICS 2000
Asia meridional y sudoriental				
Camboya	37	52	33	DHS 2000
Indonesia	6,8	4,2	10,2	MICS 2000
Viet Nam	25,4	20,8	41,3	MICS 2000
América Latina y el Caribe				
Bolivia	21,6	9,3	29,2	MICS 2000
Cuba	51,8	40,2	56,2	MICS 2000
Guyana	35,6	35,2	36,4	MICS 2000
Haití	14	24	8	DHS 2000
República Dominicana	33	33	23	MICS 2000
Suriname	26,5	21	36,8	MICS 2000
Trinidad y Tabago	33	-	-	MICS 2000
Europa oriental y Asia central				
Albania	0,2	0,3	0	MICS 2000
Azerbaián	2,1	0,8	3,2	MICS 2000
Mongolia	32,1	28,1	36,9	MICS 2000
República de Moldova	18,9	16,2	22,7	MICS 2000
Uzbekistán	3,4	2,6	5,3	MICS 2000

* Conocimientos exhaustivos sobre el VIH/SIDA = facilita respuestas correctas sobre dos métodos de prevención y tres ideas erróneas

MICS = Encuesta de indicadores múltiples, UNICEF

DHS = Encuestas demográficas y de salud

Anexo 9

Porcentaje de mujeres jóvenes (15-24 años) con un conocimiento preciso sobre los métodos de prevención del VIH

Región y país	El riesgo de contraer el VIH puede reducirse utilizando preservativos (%)	El riesgo de contraer el VIH puede reducirse teniendo relaciones sexuales con una sola pareja (%)	Fuente de información
África subsahariana			
Botswana	76	76	MICS 2000
Burundi	47	71	MICS 2000
Camerún	46	51	MICS 2000
Chad	21	32	MICS 2000
Comoras	41	42	MICS 2000
Côte d'Ivoire	53	55	MICS 2000
Gambia	51	55	MICS 2000
Guinea Bissau	32	26	MICS 2000
Guinea Ecuatorial	26	29	MICS 2000
Kenya	53	75	MICS 2000
Lesotho	58	50	MICS 2000
Malawi	66	75	DHS 2000
Níger	30	44	MICS 2000
República Centroafricana	20	49	MICS 2000
República Unida de Tanzania	62	64	DHS 1999
Rwanda	63	72	DHS 2000
Santo Tomé y Príncipe	32	25	MICS 2000
Sierra Leona	30	32	MICS 2000
Sudáfrica	83	81	DHS 1998
Swazilandia	63	61	MICS 2000
Togo	63	74	MICS 2000
Uganda	68	83	DHS 2000
Zambia	64	78	MICS 2000
Asia meridional y sudoriental			
Camboya	64	64	DHS 2000
Indonesia	23	40	MICS 2000
Viet Nam	60	63	MICS 2000
América Latina y el Caribe			
Bolivia	56	63	MICS 2000
Cuba	89	88	MICS 2000
Guyana	69	73	MICS 2000
Haití	46	55	DHS 2000
República Dominicana	73	87	MICS 2000
Suriname	58	58	MICS 2000
Trinidad y Tabago	54	82	MICS 2000
Europa oriental y Asia central			
Albania	42	55	MICS 2000
Azerbaián	11	14	MICS 2000
Mongolia	77	79	MICS 2000
República de Moldova	56	63	MICS 2000
Tayikistán	5	6	MICS 2000
Ucrania	57	62	MICS 2000
Uzbekistán	22	32	MICS 2000

MICS = Encuesta de indicadores múltiples, UNICEF

DHS = Encuestas demográficas y de salud

Anexo 10

Porcentaje de mujeres jóvenes (15-24 años) sin conceptos erróneos sobre el VIH/SIDA

Región y país	Una persona de apariencia sana puede tener el VIH (%)	No se puede contraer el VIH por una picada de mosquito (%)	No se puede contraer el VIH por medios sobrenaturales (%)	Fuente de información
África subsahariana				
Botswana	79	47	70	MICS 2000
Burundi	66	48	68	MICS 2000
Camerún	54	34	48	MICS 2000
Chad	28	13	28	MICS 2000
Comoras	55	27	41	MICS 2000
Côte d'Ivoire	51	38	45	MICS 2000
Gambia	53	31	47	MICS 2000
Guinea Bissau	31	27	28	MICS 2000
Guinea Ecuatorial	46	15	31	MICS 2000
Kenya	75	55	76	MICS 2000
Lesotho	46	36	56	MICS 2000
Malawi	84	69	80*	DHS 2000
Níger	22	19	34	MICS 2000
República Centroafricana	46	22	27	MICS 2000
República Unida de Tanzania	65	54	54*	DHS 1999
Rwanda	64	60	68*	DHS 2000
Santo Tomé y Príncipe	65	37	47	MICS 2000
Sierra Leona	35	29	37	MICS 2000
Sudáfrica	54	45	70*	DHS 1998
Swazilandia	81	55	75	MICS 2000
Togo	67	48	53	MICS 2000
Uganda	76	47	67*	DHS 2000
Zambia	75	63	68	MICS 2000
Asia meridional y sudoriental				
Camboya	62	52	60*	DHS 2000
Indonesia	32	32	47	MICS 2000
Viet Nam	63	44	71	MICS 2000
América Latina y el Caribe				
Bolivia	55	40	63	MICS 2000
Cuba	91	65	91	MICS 2000
República Dominicana	89	47	87	MICS 2000
Guyana	84	57	77	MICS 2000
Haití	68	28	18	DHS 2000
Suriname	70	46	57	MICS 2000
Trinidad y Tabago	95	71	87	MICS 2000
Europa oriental y Asia central				
Albania	40	14	2	MICS 2000
Azerbaián	35	7	15	MICS 2000
Mongolia	57	58	74	MICS 2000
República de Moldova	79	38	72	MICS 2000
Tayikistán	8	4	6	MICS 2000
Ucrania	78	39	61	MICS 2000
Uzbekistán	41	15	22	MICS 2000

* "No puede infectarse por compartir una comida con una persona infectada" en lugar de "No se puede contraer el VIH por medios sobrenaturales"

MICS = Encuesta de indicadores múltiples, UNICEF

DHS = Encuestas demográficas y de salud

Anexo 11

Porcentaje de jóvenes (15-24 años) que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja no habitual

Región y país	Varones (%)	Varones urbanos (%)	Varones rurales (%)	Mujeres (%)	Mujeres urbanas (%)	Mujeres rurales (%)	Fuente de información
África subsahariana							
Benin	34			19			DHS 2001
Botswana	88			75			MICS 2000
Burkina Faso	55	82	41	41	57	28	DHS 1999
Camerún	31	38	26	16	23	10	DHS 1998
Congo				12			PSI 1999
Côte d'Ivoire	56	62	49	25	32	15	DHS 1998
Congo				13			MICS 2000
Etiopía	30	61	20	17	30	6	DHS 2000
Gabón	48			33			DHS 2000
Ghana	33			20			DHS 1998
Guinea	32	44	19	17	23	7	DHS 1999
Kenya	43	46	42	14	20	12	DHS 1998
Malawi	38	51	35	32	48	26	DHS 2000
Malí	30			14			DHS 2001
Nigeria	38			21			DHS 1999
República Unida de Tanzania	31	49	23	21	35	12	DHS 1999
Rwanda	55	72	44	23	32	14	DHS 2000
Sudáfrica				20			DHS 1998
Togo	41	48	36	22	26	16	DHS 1998
Uganda	62	77	55	44	62	36	DHS 2000
Zambia	38			38			ZSBS 2000
Zimbabwe	69	82	60	42	56	29	DHS 1999
Asia meridional y sudoriental							
Camboya				43			DHS 2000
India	51			40			BSS 2001
Nepal	52						DHS 2001
América Latina y el Caribe							
Bolivia	22			8			DHS 1998
Brasil	59			32			DHS 1996
Chile	33			18			DHS 1997
Colombia				29			DHS 2000
Haití	30	45	18	19	26	12%	DHS 2000
Jamaica				38			RHS 1997
México	57			57			BSS 2000
Paraguay				79			RHS 1996
Perú				19			DHS 2000
República Dominicana	48			12			DHS 1999

MICS = Encuesta de indicadores múltiples, UNICEF

DHS = Encuestas demográficas y de salud

RHS = Encuesta sobre salud reproductiva

SIP = Servicios Internacionales de Población

BSS = Encuestas de vigilancia del comportamiento

ZSBS = Encuesta sobre el comportamiento sexual en Zambia

Anexo 12

Porcentaje de jóvenes (15-24 años) en África subsahariana que comunican relaciones sexuales de alto riesgo durante el último año*

Región y país	Varones (%)	Mujeres (%)	Fuente de información
África subsahariana			
Burkina Faso	82	19	DHS 1999
Camerún	86	41	DHS 1998
Côte d'Ivoire	91	51	DHS 1998
Etiopía	64	7	DHS 2000
Guinea	92	23	DHS 1999
Kenya	92	39	DHS 1998
Malawi	71	17	DHS 2000
República Unida de Tanzania	87	40	RCHS 1999
Rwanda	42	10	DHS 2000
Togo	89	51	DHS 1998
Uganda	59	22	DHS 2000
Zimbabwe	82	20	DHS 1999

* Encuestados que han tenido relaciones sexuales con una pareja con la que no estaban casados ni cohabitaban en los últimos 12 meses, de todos los encuestados que comunican haber tenido relaciones sexuales en el mismo período

DHS = Encuestas demográficas y de salud

RCHS = Encuestas de salud reproductiva e infantil

Anexo 13

Edad mediana en el momento de la primera relación sexual (África subsahariana)

Región y país	Varones	Varones urbanos	Varones rurales	Mujeres	Mujeres urbanas	Mujeres rurales	Fuente de información
África subsahariana							
Burkina Faso	19,5	18,7	19,8	17,5	18,1	17,3	DHS 1999
Camerún	17,5	17,4	17,6	16,5	16,6	16,4	DHS 1998
Côte d'Ivoire	17,1	17	17,2	16,5	16,7	16,3	DHS 1998
Etiopía	22,1	21,9	22,1	19	20,8	18,7	DHS 2000
Ghana	20,5	21,4	20	18,1	19,1	17,6	DHS 1998
Guinea	17,4	16,9	17,7	16,7	17,5	16,4	DHS 1999
Kenya	17,1	17	17,1	17,9	17,4	17,9	DHS 1998
Malawi	16,5	17,8	16,3	17	17	17	DHS 2000
Nigeria	19,4	19,2	19,4	18,1	19	17,6	DHS 1999
República Unida de Tanzania	16,8	16,2	17	17,1	17,2	17,1	DHS 1999
Rwanda	20,4	19,3	20,6	20,8	20,4	20,9	DHS 2000
Sudáfrica				17,8	18	17,6	DHS 1998
Togo	18,1	18,4	17,9	16,7	16,9	16,6	DHS 1998
Uganda	18,3	17,3	18,4	17,3	17	17,3	DHS 2000
Zimbabwe	19	19,1	19	18,8	19,4	18,5	DHS 1999

DHS = Encuestas demográficas y de salud

Anexo 14

Razón de asistencia escolar (huérfanos versus no huérfanos)*

Región y país	Muchachos	Muchachas	Ambos sexos	Fuente de información
África subsahariana				
Angola			0,9	MICS 2000
Botswana			0,99	MICS 2000
Burundi			0,7	MICS 2000
Camerún		0,64	0,94	DHS 1998 para ambos sexos; DHS 2000 para las muchachas
Chad			0,96	MICS 2000
Comoras			0,59	MICS 2000
Côte d'Ivoire			0,83	MICS 2000
Congo			0,72	MICS 2000
Guinea Ecuatorial			0,95	MICS 2000
Etiopía	0,58	0,64	0,6	DHS 2000
Gabón			0,98	DHS 2001
Gambia			0,85	MICS 2000
Ghana			0,93	DHS 1998
Guinea	0,86	1,55	1,13	DHS 1999
Guinea Bissau			1,03	MICS 2000
Kenya	0,79	0,71	0,74	DHS 1998
Lesotho			0,87	MICS 2000
Madagascar			0,65	MICS 2000
Malawi	0,96	0,9	0,93	DHS 2000
Malí			0,72	DHS 2001
Mozambique	0,44	0,5	0,47	DHS 1997
Namibia			0,92	DHS 2001
Níger			1,07	MICS 2000
Nigeria	0,69	1,07	0,87	DHS 1999
República Centroafricana			0,91	MICS 2000
República Unida de Tanzania	0,66		0,74	DHS 1999
Rwanda	0,76	0,86	0,8	MICS 2000
Senegal			0,74	MICS 2000
Sierra Leona			0,71	MICS 2000
Somalia			0,65	MICS 2000
Sudán			0,96	MICS 2000
Sudáfrica	0,95	0,96	0,95	DHS 1998
Swazilandia			0,91	MICS 2000
Togo			0,96	MICS 2000
Uganda	0,9	1	0,95	DHS 2000
Zambia			0,87	MICS 2000
Zimbabwe	0,89	0,82	0,85	DHS 1999

*Razón de la asistencia escolar actual entre los huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad

MICS = Encuesta de indicadores múltiples, UNICEF

DHS = Encuestas demográficas y de salud

Anexo 15

Prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas (15-24 años)

Región y país	Grandes zonas urbanas (%)	Fuera de estas zonas (%)	Todas (%)	Fuente de información
África subsahariana				
Angola	2,9		2,9	OMS, 2002
Botswana	33,3	31,4	31,8	OMS, 2002
Burkina Faso			3,9	IP UNGASS 2003
Côte d'Ivoire	8,8	3,8	7,1	OMS, 2002
Camerún			11,9	OMS, 2002
Congo			11	OMS, 2002, Brazzaville y Pointe Noire, sólo 15-20 años
Eritrea	1,3			OMS, 2002
Etiopía	15	12,7		OMS, 2002
Ghana	3	2,8	2,9	OMS, 2002
Kenya			21,8	OMS, 2002
Lesotho	22	16,1	16,1	OMS, 2002
Malawi	21	15	17,8	OMS, 2002
Malí			0,9	OMS, 2002
Mauricio			0,1	IP UNGASS 2003
Namibia			17,9	OMS, 2002
Nigeria			6	IP UNGASS 2003
República Centroafricana	13,9	13,4		OMS, 2002
República Unida de Tanzania		15		OMS, 2002
Seychelles			0,6	IP UNGASS 2003
Sudáfrica			24,1	OMS, 2002
Swazilandia	40,6	35,9	39,4	OMS, 2002
Togo			7,6	IP UNGASS 2003
Uganda			8,7	IP UNGASS 2003
Zambia			15	OMS, 2002
Zimbabwe			18	IP UNGASS 2003
Asia meridional y sudoriental				
Camboya			2,7	OMS, 2002
Myanmar	1,7			IP UNGASS 2003
América Latina y el Caribe				
Argentina			0,4	IP UNGASS 2003
Brasil			0,7	IP UNGASS 2003
Guatemala			0,5	IP UNGASS 2003
Perú			0,3	OMS, 2002
Suriname			3,8	IP UNGASS 2003
Uruguay	0,2			OMS, 2002
Europa oriental y Asia central				
Armenia	0	0	0	OMS, 2002
Belarús			0,8	OMS, 2002
Eslovenia	0	0	0	OMS, 2002
Federación de Rusia			0,1	OMS, 2002
Kazajistán			0,3	OMS, 2002
Kirguistán			0	OMS, 2002
Mongolia	0	0	0	IP UNGASS 2003
República de Moldova			0,4	OMS, 2002
Ucrania			0,3	OMS, 2002
África del Norte y Oriente Medio				
Chipre			0	OMS, 2002
Djibouti	2,3			OMS, 2002
Marruecos			0,2	OMS, 2002
Qatar	0			OMS, 2002

OMS, 2002 = datos de vigilancia más recientes (2001-2002) procedentes de las oficinas de país de la OMS, como parte de la vigilancia del VIH/SIDA por el ONUSIDA/OMS

IP UNGASS 2003 = datos de vigilancia más recientes (2001-2002) obtenidos de los informes de país del UNGASS 2003

Anexo 16

Prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo

Región y país	Profesionales del sexo infectados por el VIH, grandes zonas urbanas (%)	Fuente de información
África subsahariana		
Angola	19,4	ONUSIDA, 2002 (datos de 1999)
Benin	40,8	ONUSIDA, 2002 (datos de 1999)
Côte d'Ivoire	31	Dispensario Retroci/CDC, 2001
Djibouti	27,5	ONUSIDA, 2002 (datos de 1998)
Etiopía	73,7	ONUSIDA, 2002 (datos de 1998)
Ghana	50	ONUSIDA, 2002 (datos de 1998)
Kenya	27	ONUSIDA, 2002 (datos de 2000)
Mali	23,4	PNCS 2000
Mauricio	5	PNCS, 2003
República Unida de Tanzania	3,5	ONUSIDA, 2002 (datos de 2000)
Senegal	7	ONUSIDA, 2002 (datos de 1998)
Sudáfrica	50,3	ONUSIDA, 2002 (datos de 2000)
Zambia	68,7	ONUSIDA, 2002 (datos de 1998)
Asia meridional y sudoriental		
Bangladesh	0,2	ONUSIDA, 2002 (datos de 2000)
Camboya	28,8	PNCS, 2002
India	5,3	ONUSIDA, 2002 (datos de 1998)
Indonesia	0,2	ONUSIDA, 2002 (datos de 1998)
Myanmar	38	ONUSIDA, 2002 (datos de 2000)
Nepal	36,2	ONUSIDA, 2002 (datos de 1999)
Re. Dem. Popular Lao	0,4	IP UNGASS 2003
Singapur	0,5	ONUSIDA, 2002 (datos de 1998)
Sri Lanka	0	ONUSIDA, 2002 (datos de 1998)
Tailandia	6,7	ONUSIDA, 2002 (datos de 2000)
Viet Nam	11	ONUSIDA, 2002 (datos de 2000)
Asia oriental y el Pacífico		
China	0,3	IP UNGASS 2003
Filipinas	1	PNCS, 2002
Islas Cook	0	PNCS, 2002
Hong Kong	0	ONUSIDA, 2002 (datos de 1998)
Mongolia	0	PNCS, 2002
Papua Nueva Guinea	16	ONUSIDA, 2002 (datos de 2000)
Samoa	0	PNCS, 2002
América Latina y el Caribe		
Argentina	2,9	IP UNGASS 2003
Brasil	17,8	ONUSIDA, 2002 (datos de 1998)
Ecuador	1,1	ONUSIDA, 2002 (datos de 2001)
Guatemala	4,7	ONUSIDA, 2002 (datos de 1998)
Guyana	45	ONUSIDA, 2002 (datos de 2000)
Honduras	7,7	ONUSIDA, 2002 (datos de 1999)
México	0,3	ONUSIDA, 2002 (datos de 1999)
Perú	1,6	ONUSIDA, 2002 (datos de 1998)
República Dominicana	3,5	ONUSIDA, 2002 (datos de 1999)

Región y país	Profesionales del sexo infectados por el VIH, grandes zonas urbanas (%)	Fuente de información
Europa oriental y Asia central		
Albania	0,5 to 6	PNCS, 2002
Belarús	0 to 4	Proyecto EURO, incluidas tasas de profesionales del sexo en 11 ciudades, 2002
Bosnia y Herzegovina	40	Informe de la misión EURO OMS, 2001. N desconocido
Eslovaquia	0,9	PNCS 2001
Federación de Rusia	1,4 1	Proyecto EURO (Moscú), 2002 Informe al Ministro, 29/03/03
Georgia	1,4	PNCS 2000
Hungría	1	IP UNGASS 2003
Letonia	11	ONUSIDA, 2002 (datos de 1998)
Ucrania	13,2	PNCS (1997-2000)
África del Norte y Oriente Medio		
Djibouti	27,5	ONUSIDA, 2002 (datos de 1998)
Egipto	0	ONUSIDA, 2002 (datos de 1999)
Jordania	4,9	PNCS, 2002
Marruecos	0	PNCS, 2002
Rep. Árabe Siria	0	ONUSIDA, 2002 (datos de 1999)
Túnez	0	ONUSIDA, 2002 (datos de 1999)
Países de ingresos elevados		
Australia	0,2	PNCS, 2002

ONUSIDA, 2002 = Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, ONUSIDA 2002. Los datos proceden de estudios realizados en zonas urbanas y las cifras que aparecen en las tablas son la mediana de todos los lugares estudiados. Solamente se seleccionaron datos de 1997 adelante

PNCS = Programa Nacional de Control del SIDA, dentro del Ministerio de Salud

Anexo 17

Número estimado de consumidores de drogas intravenosas; porcentaje de consumidores de drogas intravenosas infectados por el VIH, y porcentaje de consumidores de drogas intravenosas a los que han llegado los servicios de prevención

Región y país	Número estimado de CDI	Prevalencia del VIH (%)	Cobertura (%)
Asia y el Pacífico			
Bangladesh		4	
China	400.000	7,2	5
Filipinas		2	
Hong Kong		0	
Indonesia	160.000		1,5
Malasia		16,8	
Myanmar		47,6	
Nepal	20.000	40	22
Pakistán	60.000	0	0,4
Singapur		0,2	
Tailandia		39,6	
Viet Nam	84.000	41,5	62,7
América Latina			
Argentina		5,8	
Brasil	800.000	0,4	10,5
Europa oriental y Asia central			
Belarús	50.000	6,7	1,7
Federación de Rusia		3,2	
Kazajstán	250.000	3,3	
República de Moldova		1,1	
Rumania	30.000		2,2
Ucrania		8,6	
África del Norte y Oriente Medio			
Irán	140.000		0,6

Anexo 18

Porcentaje estimado de lactantes infectados por el VIH nacidos de madres infectadas por el VIH

Región y país	Lactantes infectados (%) **
Africa subsahariana	
Benin	25
Botswana	20,8
Burkina Faso	25
Chad	25
Congo	25
Etiopía	25
Kenya	24,9
Malawi	24,9
Mauricio*	12,5
Namibia	24
Níger	25
Nigeria	25
República Unida de Tanzania	25
Seychelles*	12,5
Sierra Leona	25
Sudáfrica	25
Uganda	24,4
Asia meridional y sudoriental	
Afganistán	25
Camboya	24,7
India	25
Malasia	25
Myanmar	24,8
Nepal*	24,8
Viet Nam	24,8
Asia oriental y el Pacífico	
Guam*	25
Mongolia*	25
Samoa*	25
América Latina y el Caribe	
Argentina*	18,1
Barbados*	25
Belice	16,3
Brasil*	20,8
Cuba*	24,7
Guatemala	23,8
Guyana	24,9
Haití	25
México	24
Panamá	25
Perú*	23,1
República Dominicana	25
Trinidad y Tabago	25
Uruguay*	12,8
Venezuela*	25
Europa oriental y Asia central	
Armenia*	24,6
Belarús*	14,1
Federación de Rusia	23,5
Kazajistán*	24,4
Kirguistán*	25
República de Moldova*	25
Tayikistán*	25
Ucrania	18,8
África del Norte y Oriente Medio	
Marruecos*	24,9
Qatar*	25

* Países con baja prevalencia/epidemias de VIH concentradas

** Calculado basándose en la proporción de mujeres embarazadas infectadas por el VIH que recibían tratamiento antirretrovírico

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) reúne a nueve organizaciones de las Naciones Unidas en un esfuerzo común para luchar contra la epidemia: el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

El ONUSIDA, como programa copatrocinado, aúna las respuestas dadas a la epidemia por sus nueve organizaciones copatrocinadoras y complementa esos esfuerzos con iniciativas especiales. Su objetivo es encabezar e impulsar la ampliación de la respuesta internacional al VIH/SIDA en todos los frentes. El ONUSIDA colabora con múltiples asociados –gubernamentales y no gubernamentales, empresariales, científicos y de otros campos– para compartir sin límites de fronteras conocimientos teóricos y prácticos así como prácticas óptimas.

En la clausura del histórico periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, celebrado en junio de 2001, los 189 Estados Miembros adoptaron la *Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA*. La Secretaría y los copatrocinadores del ONUSIDA desarrollaron en colaboración una serie de indicadores mundiales, regionales y nacionales para medir los progresos realizados por la comunidad mundial hacia la consecución de los objetivos de la Declaración. En 2003, se realizaron encuestas entre los 189 Estados Miembros, y 103 presentaron informes nacionales.

El presente informe, que aporta datos de la primera aplicación de los mencionados indicadores, es la evaluación más exhaustiva realizada hasta la fecha del estado de las respuestas mundial, regionales y nacionales a los múltiples desafíos planteados por el VIH/SIDA. Confiamos en que los responsables de formular políticas, los donantes, las autoridades nacionales, los activistas, los periodistas y las personas interesadas de todo el mundo lo encuentren útil, y que a su vez el informe ayude a forjar un mayor compromiso orientado al logro de las metas establecidas en el periodo extraordinario de sesiones de las Naciones Unidas de 2001.



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

20 avenue Appia – 1211 Ginebra 27 – Suiza

Teléfono: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87

Dirección electrónica: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>