

INTRODUCCIÓN

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se ha cobrado la vida de más de 25 millones de personas desde que fue identificado por primera vez en 1981, cosa que lo convierte en una de las epidemias más destructivas en los anales de la historia. A pesar de las recientes mejoras en el terreno del acceso al tratamiento antirretrovírico y la atención en muchas regiones del mundo, en 2005 la epidemia de SIDA acabó con la vida de 3,1 millones [2,8–3,6 millones] de personas, de las cuales más de medio millón (570 000) eran niños.

El número total de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha alcanzado su nivel más alto: se estima que 40,3 millones [36,79–45,3 millones] de personas viven en la actualidad con el VIH y cerca de 5 millones contrajeron el virus en 2005.



Figura 1

Hay sobrados datos que demuestran que el VIH cede ante la intervención decidida y concertada. Los esfuerzos sostenidos en diferentes entornos han contribuido a disminuir la incidencia del VIH entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones en muchos países occidentales, los jóvenes de Uganda, los profesionales del sexo y sus clientes en Tailandia y Camboya, y los consumidores de drogas intravenosas en España y el Brasil. Existen nuevas pruebas que indican que los programas de prevención puestos en marcha hace algún tiempo por fin están ayudando a reducir la prevalencia del VIH en Kenya y Zimbabwe, así como en las zonas urbanas de Haití.

El número de personas que viven con el VIH ha aumentado en todas las regiones, salvo en una, en los dos años anteriores. (En el Caribe, la segunda región más castigada del mundo, la prevalencia general del VIH no ha registrado cambios en 2005 en comparación con 2003.)

África subsahariana sigue siendo la región más castigada, con 25,8 millones [23,8-28,9 millones] de personas que viven con el VIH, casi once millones

más que en 2003. Las dos terceras partes del total de personas que viven con el VIH están en África subsahariana, así como el 77% del total de mujeres VIH positivas (véanse las páginas 17-30). En la región fallecieron aproximadamente 2,4 millones [2,1-2,7 millones] de personas en 2005, mientras que otros 3,2 millones contrajeron la infección por el VIH.

Hay epidemias en rápido crecimiento en Europa oriental y Asia central (véanse páginas 47-56), y en Asia oriental. En las primeras, el número de personas que viven con el VIH ha aumentado en un cuarto (hasta 1,6 millones) desde 2003, y el número de fallecimientos causados por el SIDA casi se ha duplicado (hasta 62 000) en el mismo periodo. En Asia oriental, el número de personas que viven con el VIH en 2005 aumentó en un quinto (hasta 870 000) en comparación con los dos años anteriores.

La proporción de mujeres afectadas por la epidemia sigue creciendo. En 2005, 17,5 millones [16,2-19,3 millones] de mujeres vivían con el VIH: un millón más que en 2003. Trece millones y medio [12,5-15,1 millones] de esas mujeres vivían en África

Estadísticas y características regionales del VIH y el SIDA, 2004 y 2005				
	Adultos y niños que vivían con el VIH	Nuevas infecciones por el VIH en adultos y niños	Prevalencia del VIH en adultos (%)	Defunciones de adultos y niños por SIDA
África subsahariana				
2005	25,8 millones [23,8–28,9 millones]	3,2 millones [2,8–3,9 millones]	7,2 [6,6–8,0]	2,4 millones [2,1–2,7 millones]
2003	24,9 millones [23,0–27,9 millones]	3,0 millones [2,7–3,7 millones]	7,3 [6,7–8,1]	2,1 millones [1,9–2,4 millones]
África del Norte y Oriente Medio				
2005	510 000 [230 000–1,4 millones]	67 000 [35 000–200 000]	0,2 [0,1–0,7]	58 000 [25 000–145 000]
2003	500 000 [200 000–1,4 millones]	62 000 [31 000–200 000]	0,2 [0,1–0,7]	55 000 [22 000–140 000]
Asia meridional y sudoriental				
2005	7,4 millones [4,5–11,0 millones]	990 000 [480 000–2,4 millones]	0,7 [0,4–1,0]	480 000 [290 000–740 000]
2003	6,5 millones [4,0–9,7 millones]	840 000 [410 000–2,0 millones]	0,6 [0,4–0,9]	390 000 [240 000–590 000]
Asia oriental				
2005	870 000 [440 000–1,4 millones]	140 000 [42 000–390 000]	0,1 [0,05–0,2]	41 000 [20 000–68 000]
2003	690 000 [350 000–1,1 millones]	100 000 [33 000–300 000]	0,1 [0,04–0,1]	22 000 [11 000–37 000]
Oceanía				
2005	74 000 [45 000–120 000]	8200 [2400–25 000]	0,5 [0,2–0,7]	3600 [1700–8200]
2003	63 000 [38 000–99 000]	8900 [2600–27 000]	0,4 [0,2–0,6]	2000 [910–4900]
América Latina				
2005	1,8 millones [1,4–2,4 millones]	200 000 [130 000–360 000]	0,6 [0,5–0,8]	66 000 [52 000–86 000]
2003	1,6 millones [1,2–2,1 millones]	170 000 [120 000–310 000]	0,6 [0,4–0,8]	59 000 [46 000–77 000]
Caribe				
2005	300 000 [200 000–510 000]	30 000 [17 000–71 000]	1,6 [1,1–2,7]	24 000 [16 000–40 000]
2003	300 000 [200 000–510 000]	29 000 [17 000–68 000]	1,6 [1,1–2,7]	24 000 [16 000–40 000]
Europa oriental y Asia central				
2005	1,6 millones [990 000–2,3 millones]	270 000 [140 000–610 000]	0,9 [0,6–1,3]	62 000 [39 000–91 000]
2003	1,2 millones [740 000–1,8 millones]	270 000 [120 000–680 000]	0,7 [0,4–1,0]	36 000 [24 000–52 000]
Europa occidental y central				
2005	720 000 [570 000–890 000]	22 000 [15 000–39 000]	0,3 [0,2–0,4]	12 000 <15 000
2003	700 000 [550 000–870 000]	20 000 [13 000–37 000]	0,3 [0,2–0,4]	12 000 <15 000
América del Norte				
2005	1,2 millones [650 000–1,8 millones]	43 000 [15 000–120 000]	0,7 [0,4–1,1]	18 000 [9 000–30 000]
2003	1,1 millones [570 000–1,8 millones]	43 000 [15 000–120 000]	0,7 [0,3–1,1]	18 000 [9 000–30 000]
TOTAL				
2005	40,3 millones [36,7–45,3 millones]	4,9 millones [4,3–6,6 millones]	1,1 [1,0–1,3]	3,1 millones [2,8–3,6 millones]
2003	37,5 millones [34,0–41,9 millones]	4,6 millones [4,0–6,0 millones]	1,1 [1,0–1,2]	2,8 millones [2,5–3,1 millones]

Estadísticas y características regionales del VIH para las mujeres, 2003 y 2005

		Número de mujeres (de 15-49 años) que vivían con el VIH	Porcentaje de mujeres adultas (15-49 años) que vivían con el VIH (%)
África subsahariana	2005	13,5 millones [12,5–15,1 millones]	57
	2003	13,1 millones [12,1–14,6 millones]	57
África del Norte y Oriente Medio	2005	220 000 [83 000–660 000]	47
	2003	230 000 [78 000–700 000]	50
Asia meridional y sudoriental	2005	1,9 millones [1,1–2,8 millones]	26
	2003	1,6 millones [950 000–2,4 millones]	25
Asia oriental	2005	160 000 [82 000–260 000]	18
	2003	120 000 [59 000–190 000]	17
Oceanía	2005	39 000 [20 000–62 000]	55
	2003	27 000 [14 000–43 000]	44
América Latina	2005	580 000 [420 000–770 000]	32
	2003	510 000 [370 000–680 000]	32
Caribe	2005	140 000 [88 000–250 000]	50
	2003	140 000 [87 000–250 000]	50
Europa oriental y Asia central	2005	440 000 [300 000–620 000]	28
	2003	310 000 [210 000–430 000]	26
Europa occidental y central	2005	190 000 [140 000–240 000]	27
	2003	180 000 [150 000–220 000]	27
América del Norte	2005	300 000 [150 000–440 000]	25
	2003	270 000 [130 000–400 000]	25
TOTAL	2005	17,5 millones [16,2–19,3 millones]	46
	2003	16,5 millones [15,2–18,2 millones]	47

subsahariana. El impacto cada vez mayor sobre las mujeres también resulta evidente en Asia meridional y sudoriental (donde casi dos millones de mujeres ya tienen el VIH) y en Europa oriental y Asia central.

NUEVOS AVANCES

La epidemia continúa intensificándose en África meridional (véanse páginas 20-25). Los niveles de infección por el VIH entre las mujeres embarazadas son del 20%, o más altos, en seis países del sur de

por el VIH aumentan de manera alarmante. En Zimbabwe, se observan signos esperanzadores de disminución de la prevalencia nacional, sin bien los niveles de infección entre las mujeres embarazadas siguen siendo excepcionalmente elevados (del 21% en 2004). Es preciso hacer grandes esfuerzos para mantener la tendencia general a la baja.

En África oriental, donde la prevalencia del VIH se ha considerado históricamente menor que en los países más meridionales, la disminución de la prevalencia del VIH registrada en Uganda entre

Se observan indicios de que las diferencias con respecto al tratamiento se reducirán aún más en los próximos años, pero no al ritmo necesario para detener de manera eficaz la epidemia(...) para imponerse a las epidemias mundiales de SIDA es necesaria una ampliación rápida y sostenida de la prevención del VIH.

África (Botswana, Lesotho, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia y Zimbabwe). En dos de ellos (Botswana y Swazilandia), las tasas de infección rondan el 30%. La epidemia de Sudáfrica, una de las más grandes del mundo, no da indicios de disminuir. En el vecino Mozambique, los niveles de infección

las mujeres embarazadas desde mediados del decenio de 1990 resulta ahora evidente en zonas urbanas de Kenya, donde disminuyen los niveles de infección. En ambos países, es probable que los cambios comportamentales hayan contribuido a estas tendencias. No obstante, siguen siendo casos

excepcionales: en el resto de África oriental (así como occidental y central) la prevalencia del VIH se ha mantenido estable en los últimos años.

Algunas epidemias de Asia y Oceanía se agravan (véanse páginas 31-46 y 79-81), especialmente en China, Papua Nueva Guinea y Viet Nam. También se observan indicios alarmantes de que otros países —incluidos Pakistán y Polinesia— podrían estar al borde de tener serias epidemias. En Asia,

mayor calidad gracias al tratamiento antirretrovírico. Como resultado de la reciente ampliación del tratamiento a partir de final de 2003, en 2005 se han evitado entre 250 000 y 350 000 defunciones. Los efectos completos de la importante ampliación del tratamiento durante 2005 no se verán hasta 2006 y los años siguientes.

Se observan indicios de que las diferencias con respecto al tratamiento se reducirán aún más en

La consecución del acceso universal exigirá enfoques radicalmente diferentes.

las epidemias se extienden como resultado de la combinación de consumo de drogas intravenosas y comercio sexual. Sólo un puñado de países está haciendo esfuerzos suficientemente serios para introducir programas centrados en esos comportamientos de riesgo en la escala en que son necesarios. Lo mismo es válido para Europa oriental y Asia central, donde el número de personas que vive con el VIH aumentó en 2005, y en América, donde un número cada vez mayor de mujeres, especialmente aquellas que viven en la pobreza, se ve afectado (véanse páginas 47-56 y 69-74).

REDUCIR LAS DIFERENCIAS

Durante la pasada década, han aumentado y mejorado de forma notable las respuestas al SIDA. Pero todavía no llegan a alcanzar la escala o el ritmo de una epidemia que empeora sistemáticamente.

Durante los últimos dos años, el acceso al tratamiento antirretrovírico ha mejorado de forma palpable. Las personas que necesitan tratamiento ahora no sólo tienen la oportunidad de recibirlo en los países ricos de América del Norte y Europa occidental. La cobertura del tratamiento en países como Argentina, Brasil, Chile y Cuba supera el 80%. Sin embargo, a pesar de los progresos realizados en algunos lugares, la situación es diferente en los países más pobres de América Latina y el Caribe, Europa oriental, la mayor parte de Asia y prácticamente toda África subsahariana. Como mucho, uno de cada diez africanos y uno de cada siete asiáticos que necesitaban tratamiento lo recibían a mediados de 2005.

No obstante, en los países de ingresos bajos y medianos más de un millón de personas están viviendo ahora más tiempo y llevando una vida de

los próximos años, pero no al ritmo necesario para detener de manera eficaz la epidemia. Como se reconoce desde hace mucho tiempo, para imponerse a las epidemias mundiales de SIDA es necesaria una ampliación rápida y sostenida de la prevención del VIH. De hecho, es preciso que el objetivo sea asegurar que los países de todas partes del mundo se acerquen lo máximo posible a la consecución del acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y alivio del impacto.

La consecución del acceso universal exigirá enfoques radicalmente diferentes. Los objetivos de prevención, tratamiento, atención y alivio del impacto tienen que perseguirse de forma simultánea, no consecutiva o uno aisladamente de otro. Los países deben concentrarse en la ejecución de los programas, incluidos el fortalecimiento de los recursos humanos e institucionales y la aplicación de estrategias que permitan el mayor nivel posible de integración de los servicios.

Todo esto debe hacerse de manera muy urgente, pero forma parte de un reto mayor y a más largo plazo. Lograr controlar el SIDA exigirá enfrentarse con mayor determinación a los factores subyacentes que alimentan estas epidemias, incluidas las desigualdades y las injusticias sociales. Habrá que superar serios obstáculos que aún se interponen en el acceso y que adoptan la forma del estigma, discriminación, desigualdad por razón de sexo y otras violaciones de los derechos humanos. También será preciso superar las nuevas injusticias creadas por el SIDA, como la orfandad de generaciones enteras de niños y la merma de la capacidad humana e institucional. Son desafíos extraordinarios que exigen respuestas extraordinarias.