

INFORME MUNDIAL

INFORME DEL ONUSIDA
SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE SIDA | 2010

INFORME MUNDIAL

**INFORME DEL ONUSIDA
SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE SIDA | 2010**

CERO NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH.

CERO DISCRIMINACIÓN.

**CERO MUERTES RELACIONADAS
CON EL SIDA.**

ÍNDICE

04	PRÓLOGO
06	CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN
16	CAPÍTULO 2 SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA
62	CAPÍTULO 3 PREVENCIÓN DEL VIH
94	CAPÍTULO 4 TRATAMIENTO DEL VIH
120	CAPÍTULO 5 DERECHOS HUMANOS E IGUALDAD DE GÉNERO
144	CAPÍTULO 6 INVERSIONES EN MATERIA DE VIH
164	REFERENCIAS
178	ANEXO 1 ESTIMACIONES Y DATOS SOBRE VIH Y SIDA, 2009 Y 2001
208	ANEXO 2 INDICADORES DE PROGRESO DE LOS PAÍSES, DE 2004 A 2010

PRÓLOGO



Ebube Sylvia Taylor en la Cumbre de 2010 de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio

“Ningún niño debería nacer con el VIH; ningún niño debería quedarse huérfano por el VIH; ningún niño debería morir por no poder acceder al tratamiento”. Esta fue la petición que Ebube Sylvia Taylor, una joven de once años que nació sin el VIH, transmitió a los líderes mundiales que se reunieron en Nueva York para intercambiar información sobre los progresos en el camino hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015.

Hemos detenido y comenzado a reducir la epidemia. Cada vez son menos las personas que se infectan por el VIH y las que mueren de sida.

Debemos sentirnos orgullosos por estos logros y por el potencial de nuestro futuro común: tenemos a nuestro alcance la posibilidad de dar grandes pasos en una revolución de la prevención gracias a un nuevo gel microbicida que mantiene en pie la promesa para toda una generación de mujeres que podrán comenzar a utilizarlo y recuperar así el control a la hora de detener el virus. Asimismo, se seguirán produciendo grandes avances políticos con el aumento del número de países que abolirán las prácticas discriminatorias, liderados por las voces de una nueva comisión de derecho. Por último, el Tratamiento 2.0 podrá salvar unos 10 millones de vidas.

Sin embargo, no estamos todavía en situación de decir “misión cumplida”.

El crecimiento de las inversiones en la respuesta al sida se estancó por primera vez en 2009. La demanda sobrepasa la oferta. El estigma, la discriminación y las leyes opresivas siguen poniendo obstáculos a aquellos que viven con el VIH y a los marginados.

Para cumplir el sueño de Ebube debemos destruir la trayectoria de la epidemia de sida duplicando nuestros esfuerzos para que los países alcancen sus objetivos en pro del acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH. Tenemos asimismo que aprovechar la creciente integración del sida en la salud materna e infantil y en todos nuestros Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Sabemos que hay soluciones. Sabemos que contamos con la voluntad política y social necesaria para conseguir un cambio. El reto real es llevarlo a cabo. Esta nueva cuarta década de la epidemia debe progresar con programas eficientes, adaptados y ampliados que aceleren los avances para conseguir Resultados. Resultados. Resultados.



Michel Sidibé
Director Ejecutivo del ONUSIDA
Subsecretario General de las Naciones Unidas

CAPÍTULO 1



INTRODUCCIÓN

En el inicio de la cuarta década de la epidemia de sida, el mundo ha conseguido salir del bache: por fin ha detenido y comenzado a reducir la epidemia del VIH (Objetivo de Desarrollo del Milenio 6.A). La pregunta que se plantea ahora es con qué rapidez conseguirá la respuesta trazar una nueva vía para conseguir que, gracias al acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo, las nuevas infecciones, la discriminación y las muertes relacionadas con el sida sean cero.

Desde 1999, año en el que se cree que la epidemia alcanzó su punto máximo, el número de nuevas infecciones se ha reducido globalmente en un 19%. De los 15 millones de personas seropositivas que se estima que necesitan tratamiento, 5,2 millones pueden acceder a él, lo que se traduce en menos fallecimientos relacionados con el sida. Para los 33,3 millones de personas que se calcula que viven con el VIH tras casi 30 años desde que comenzara esta epidemia tan compleja, los avances son reales, si bien todavía frágiles. Seguir progresando en el futuro dependerá en gran medida de los esfuerzos conjuntos de todos aquellos implicados en la respuesta al virus.

En una época de limitaciones económicas, las inversiones son más importantes que nunca. Los datos que respaldan que se invierta más en la respuesta al sida nunca antes han sido tan claros ni convincentes. Los nuevos datos recopilados en 182 países, junto con una vasta aportación de la sociedad civil y otras fuentes, muestran con claridad que se está progresando con firmeza hacia la consecución del acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH. La prevención funciona. El tratamiento también.

Cada vez son también más las pruebas que demuestran que invertir en la respuesta al VIH puede ayudar a reducir claramente el estigma y la discriminación, a facilitar que las personas accedan a información y servicios para reducir el riesgo de infección, y a ofrecer el tratamiento, la atención y el apoyo que alargarán y mejorarán las vidas de las personas seropositivas.

» **Más de 5 millones de personas reciben actualmente tratamiento para el VIH**

Solo en 2009, 1,2 millones de personas recibieron terapia antirretrovírica para el VIH por primera vez, lo que supuso un aumento del 30% en un solo año. En general, el número de personas que recibe tratamiento se ha multiplicado por trece, hasta 5,25 millones, desde 2004. Ampliar el acceso a los fármacos ha ayudado a que los fallecimientos de personas que viven con el VIH se redujeran en un 19% desde 2004 hasta 2009. Sin embargo, estos progresos son solo el principio: según las nuevas orientaciones de la OMS, 10 millones de personas seropositivas elegibles para comenzar el tratamiento todavía no pueden acceder a él.

Actualmente también se están desarrollando iniciativas para el Tratamiento 2.0, un nuevo enfoque para simplificar la forma en la que se ofrece el tratamiento y ampliar el acceso a medicamentos que ayudarán a salvar muchas vidas. Con una combinación de esfuerzos, este nuevo enfoque podría ayudar a reducir los costes del tratamiento, conseguir que las dosis se tomen de manera más simple e inteligente, reducir la carga de los sistemas sanitarios, y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH y de sus familias. La elaboración de modelos sugiere que, comparado con los enfoques actuales de la terapia, el Tratamiento 2.0 podría evitar 10 millones de muertes para 2025.

Además, esta nueva plataforma podría reducir el número de personas que se infectan por el VIH hasta en un millón cada año si los países ofrecieran terapia antirretrovírica a todos los que lo necesitan, según indican las orientaciones revisadas de la OMS sobre el tratamiento.

La prevención del VIH funciona: las nuevas infecciones se están reduciendo en muchos de los países más afectados por la epidemia

Entre 2001 y 2009, la incidencia del VIH disminuyó más de un 25% en 33 países, de los cuales 22 se encuentran en África subsahariana. Las mayores epidemias de esta región (Etiopía, Nigeria, Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe) o bien se han estabilizando o están mostrando signos de decrecer.

Sin embargo, varias regiones y países no encajan en la tendencia general. En siete países, cinco de los cuales están en Europa oriental y Asia central, la incidencia del VIH aumentó más de un 25% entre 2001 y 2009.

Estas cifras muestran que un cambio de conductas positivo puede alterar el curso de la epidemia, mientras que el estigma y la discriminación, la falta de acceso a los servicios y las leyes opresivas solo pueden hacer que empeore. En ambos casos, los efectos suelen ser profundos.

Entre los jóvenes de los 15 países más afectados por el virus, la prevalencia se ha reducido en más de un 25% gracias a que han adoptado prácticas sexuales más seguras. Al igual que en el caso del acceso al tratamiento, todavía se puede mejorar muchísimo. El conocimiento de los jóvenes sobre el VIH está creciendo, pero necesita hacerlo aún más.

Es posible eliminar casi por completo la transmisión materno infantil del VIH

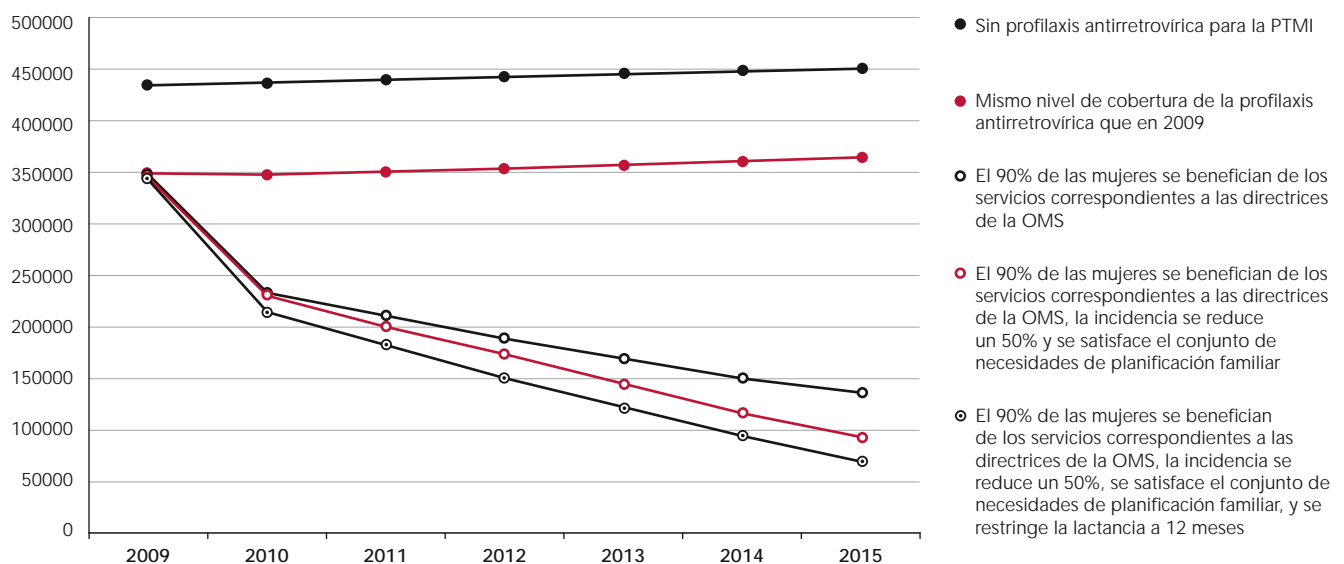
Se estima que en 2009 unos 370.000 niños (rango de 220.000 a 520.000) contrajeron el VIH durante el periodo perinatal y la lactancia, una cifra bastante inferior a los 500.000 (rango de 320.000 a 670.000) de 2001.

Figura 1.1

Eliminar casi por completo la transmisión materno infantil del VIH es posible

Estimaciones del número de nuevas infecciones por el VIH en niños de 0 a 14 años: diferentes escenarios para 25 países.

Fuente: Mahy M., Stover J., Kiragu K., et al. « What will it take to achieve virtual elimination of mother-to-child transmission of HIV? An assessment of current progress and future needs. », *Sex Transm Infect (Supl.)*, 2010



Aunque este descenso es significativo, el VIH sigue teniendo un gran peso en la mortalidad materna e infantil de algunos países. Sin embargo, en Sudáfrica, donde se ha conseguido una cobertura de más del 90% en el tratamiento para prevenir la transmisión maternoinfantil, ésta se ha reducido drásticamente. Por ello, en la mayoría de las comunidades, países y regiones del mundo se debe ampliar el acceso a los servicios para evitar este tipo de transmisión.

En 2009, el ONUSIDA hizo un llamamiento para que se elimine la transmisión maternoinfantil del VIH para 2015 (Figura 1.1). En los 10 países más afectados, este objetivo es realista y se podría conseguir ampliando significativamente las acciones para poner en marcha estrategias ya probadas.

10m

El Tratamiento 2.0 podría evitar 10 millones de fallecimientos más para 2025.

>50%

Algo más de la mitad de todas las personas que viven con el VIH son mujeres y niñas.

Mujeres y niñas necesitan apoyo

Algo más de la mitad de todas las personas que viven con el VIH son mujeres y niñas. En África subsahariana, el número de mujeres que vive con el VIH supera al de hombres, y las probabilidades de que las jóvenes de entre 15 y 24 años sean seropositivas son ocho veces mayores que en el caso de los varones. Proteger a mujeres y niñas del VIH significa también defenderlas ante la violencia de género y promover su independencia económica respecto a hombres de más edad.

Los derechos humanos cada vez ocupan un lugar más destacado en las estrategias nacionales

Los derechos humanos han dejado de ser considerados un aspecto periférico de la respuesta al sida. Hoy la gran mayoría de los países (89%) los reconocen o abordan explícitamente en sus estrategias nacionales de sida. El 92% de los países afirma que cuenta con programas para reducir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH.

Sin embargo, la penalización de las personas que viven con el VIH sigue planteando desafíos significativos a la respuesta al sida. Más de 80 países cuentan con leyes que penalizan las conductas homosexuales, mientras que la libertad de movimiento de las personas que viven con el VIH se coarta en 51 países, territorios y áreas. Dichas leyes no solo son discriminatorias e injustas, sino que también ocultan el problema del VIH y obstaculizan los esfuerzos para ampliar el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo.

Financiar la respuesta es una responsabilidad compartida

Los países más afectados por el VIH están asumiendo cada vez más su responsabilidad a la hora de financiar la respuesta en la medida de sus posibilidades. Actualmente, el gasto nacional supone la mayor fuente de financiación para el VIH en todo el mundo: representa el 52% de los fondos para la respuesta en los países de ingresos medios y bajos. Para mejorar la financiación de la respuesta mundial se necesitarán más iniciativas que movilicen recursos nacionales en aquellos países que aparentemente no están destinando fondos suficientes a este fin; mejorar la utilización de los fondos destinados al VIH o a otros programas de salud y desarrollo relacionados; y ampliar la ayuda exterior en un contexto global de limitaciones económicas.

Figura 1.2

Indicadores del 6º Objetivo de Desarrollo del Milenio

Medias ajustadas a la población para los indicadores del Objetivo de Desarrollo del Milenio 6.A (detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/sida). 1999-2003 y 2004-2009.

Fuente: EDS y Estadísticas de Población de las Naciones Unidas

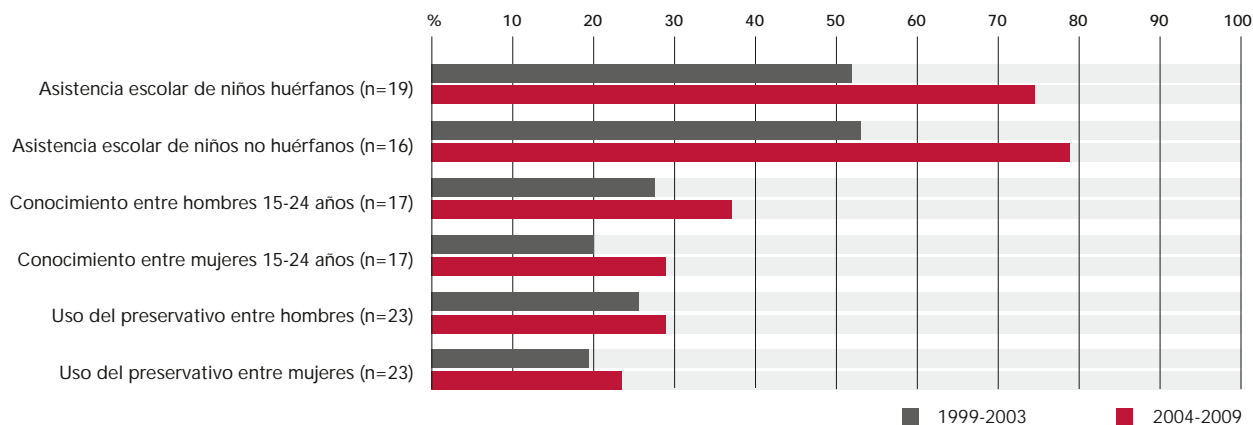
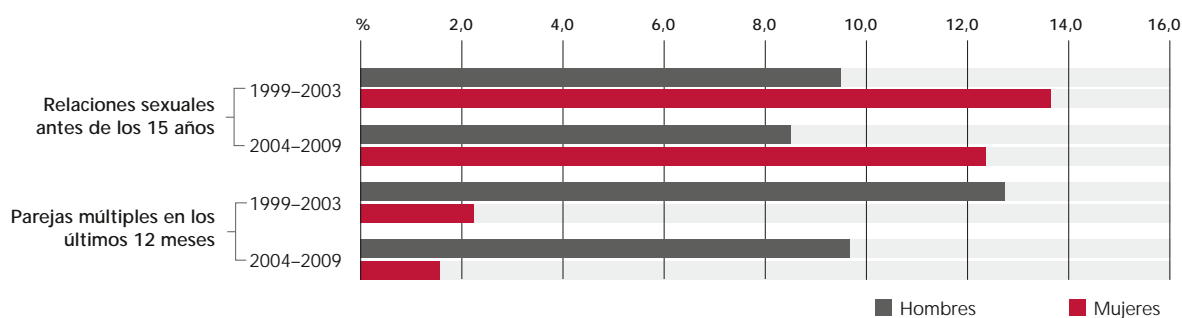


Figura 1.3

Los jóvenes y el riesgo sexual

Jóvenes de entre 15 y 25 años que mantuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años y que han tenido múltiples parejas sexuales en los últimos 12 meses.

Fuente: EDS y Estadísticas de Población de las Naciones Unidas



“MUCHOS NO PUEDEN ACCEDER DIRECTAMENTE A LOS PRESERVATIVOS O A LOS PRODUCTOS LUBRICANTES, Y LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS TODAVÍA NO DISPONEN DE SUFICIENTES AGUJAS ESTÉRILES”.

Un progreso frágil

A pesar de que se ha progresado considerablemente en varios indicadores a escala global, muchos países no conseguirán el 6º Objetivo de Desarrollo del Milenio: detener y reducir la propagación del VIH. (Figura 1.2 y figura 1.3)

Conseguir que 5 millones de personas reciban tratamiento es un gran logro para la salud pública. Sin embargo, según las orientaciones publicadas por la OMS a principios de 2010, esto solo cubre al 35% de las personas que necesitan terapia para el VIH actualmente. Para llegar a dos tercios de las personas que todavía no la reciben y financiar esta ampliación del acceso se necesitará un compromiso mundial continuo y amplio que permita ofrecer a todos una atención de calidad.

Los jóvenes de entre 15 y 24 años, que a menudo son los más expuestos al riesgo de infección, cada vez cuentan con más información sobre cómo prevenir el VIH. Seis países han conseguido que el uso del preservativo supere el 80% en relaciones de alto riesgo entre hombres, mientras que en dos países el nivel del uso del preservativo entre mujeres es alto (véase la ficha de puntuación sobre la prevención del VIH).

Sin embargo, los jóvenes todavía carecen de la información y de las herramientas que necesitan para adoptar estrategias más seguras frente al VIH. Son muchos los que no pueden acceder directamente a los preservativos o a los productos lubricantes, y las personas que se inyectan drogas todavía no disponen de suficientes agujas estériles.

Una nueva visión

Para alcanzar la visión del ONUSIDA de que el número de nuevas infecciones sea cero, se necesitará evaluar concienzudamente las estructuras, creencias y sistemas de valores de la sociedad que obstaculizan los esfuerzos de prevención. La pobreza, la desigualdad de género, la inequidad en los sistemas sanitario y educativo, la discriminación de las personas marginadas y la desigualdad de recursos son aspectos que afectan, y suelen ralentizar, la respuesta al VIH.

En un mundo que ha tenido que aprender a vivir con una epidemia en evolución y aparentemente imparable durante tres décadas, la visión que sostiene el ONUSIDA de cero discriminación, cero nuevas infecciones y cero muertes relacionadas con el sida plantea todo un desafío. Pero no es un desafío inútil. La visión de eliminar el peaje que el VIH impone a la vida humana puede hacerse realidad si utilizamos el conocimiento y los recursos de los que disponemos en la actualidad. Los planificadores, administradores de programas y ejecutores deben realizar un esfuerzo continuo y dedicado para utilizar los mejores datos sociales y científicos disponibles. Fortalecer los programas con la información más actual y las mejores prácticas posibles para ofrecer servicios de prevención, tratamiento y atención efectivos a las personas que los necesitan o que están expuestas a situaciones de riesgo, es muy efectivo.

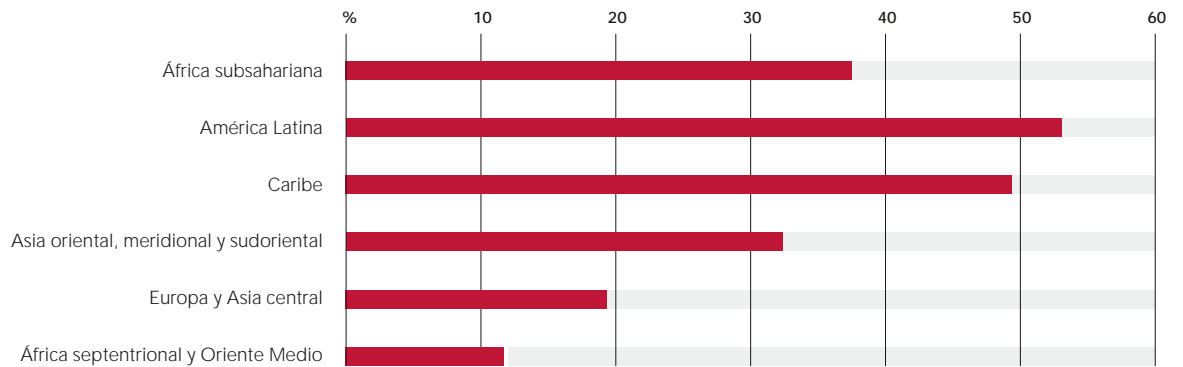
Establecer coaliciones sociales para reducir la vulnerabilidad ante la infección por el VIH ayuda a los individuos y fortalece a las comunidades. Salvaguardar la salud de madres e hijos y optimizar la alimentación infantil ofrece una base sólida para el crecimiento de nuevas generaciones. Invertir en sistemas de atención sanitaria y de asistencia social, trabajar para eliminar la violencia contra mujeres y niñas, promover la igualdad de género y acabar con el estigma y la discriminación que sufren las personas seropositivas y los miembros de otros grupos vulnerables ayuda a crear entornos sociales efectivos contra la propagación del VIH que

Figura 1.4

Cobertura del tratamiento en países de ingresos medios y bajos

Medias ajustadas a la población para la cobertura del tratamiento en países de ingresos medios y bajos por región geográfica en 2009, en función de las orientaciones de la OMS de 2010: Objetivo de Desarrollo del Milenio 6.B (lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten). La cifra regional correspondiente a América del Norte no se muestra por falta de datos.

Fuente: *Towards Universal Access 2010*, OMS



promueven el bienestar mental y físico general. Y si ofrece servicios específicos para el VIH teniendo en mente otros problemas sanitarios y sociales, con los vínculos adecuados, la respuesta al virus puede realizar una contribución importante a la salud mundial.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio están interrelacionados. Si se consiguen progresos sustantivos en el Objetivo 6, específico del VIH, es más probable que se alcancen algunos otros. De la misma manera, sin una integración y un progreso significativo en otros objetivos, será complicado alcanzar el Objetivo 6.

Salvar vidas y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH siempre ha sido el aspecto central de la respuesta mundial al sida. Los logros conseguidos y los retos continuos que se describen en el presente informe deberían servir como catalizadores para actuar sin descanso. ■

FICHAS DE PUNTUACIÓN DEL SIDA

Por primera vez, el ONUSIDA publica fichas de puntuación para ofrecer una visión rápida de los progresos que los Estados Miembros de las Naciones Unidas han hecho en la respuesta mundial al sida. Las cinco fichas (1) incidencia del VIH, (2) prevención, (3) tratamiento, atención y apoyo, (4) derechos humanos e igualdad de género, y (5) inversiones, muestran los mejores valores nacionales para los indicadores clave al final de cada capítulo. Ofrecen una instantánea de los logros, fracasos y obstáculos en el camino hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH. Los lectores que deseen acceder a datos más detallados pueden encontrar en los anexos tablas de todos los datos disponibles sobre cada uno de los indicadores utilizados para la monitorización internacional de las respuestas nacionales al VIH.

SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA

» EL CRECIMIENTO GENERAL DE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE SIDA PARECE HABERSE ESTABILIZADO. EL NÚMERO ANUAL DE NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH HA DISMINUIDO DE FORMA CONSTANTE DESDE FINALES DE LOS AÑOS NOVENTA, Y HAY MENOS DEFUNCIONES RELACIONADAS CON EL SIDA GRACIAS A LA SIGNIFICATIVA AMPLIACIÓN DE LA TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS. SI BIEN EL NÚMERO DE NUEVAS INFECCIONES HA ESTADO EN DESCENSO, LOS NIVELES DE INFECCIÓN EN GENERAL AÚN SON ALTOS, Y DADAS LAS CONSIDERABLES REDUCCIONES EN LA MORTALIDAD, EL NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH EN TODO EL MUNDO SE HA INCREMENTADO.

Las nuevas infecciones por el VIH están en descenso

En 2009, hubo un número estimado de 2,6 millones [2,3 millones-2,8 millones] de personas que se infectaron por el VIH. Esta cifra es casi un quinto (19%) menos que los 3,1 millones [2,9 millones-3,4 millones] de personas que se infectaron en 1999, y más de un quinto (21%) menos que los 3,2 millones [3,0 millones-3,5 millones] en 1997, el año en que las nuevas infecciones anuales alcanzaron su máximo nivel (Figura 2.1).

En 33 países, la incidencia del VIH ha disminuido en más del 25% entre 2001 y 2009 (Figura 2.2); 22 de estos países pertenecen a África subsahariana. En esta región, donde aún se produce la mayoría de las nuevas infecciones por el VIH, un número estimado de 1,8 millones [1,6 millones-2,0 millones] de personas se infectaron en 2009: una cifra considerablemente inferior a los 2,2 millones [1,9 millones-2,4 millones] de 2001. Esta tendencia refleja una combinación de factores, entre ellos, el impacto de los esfuerzos de prevención del VIH y la evolución natural de la epidemia.

Figura 2.1
Número de nuevas infecciones por el VIH

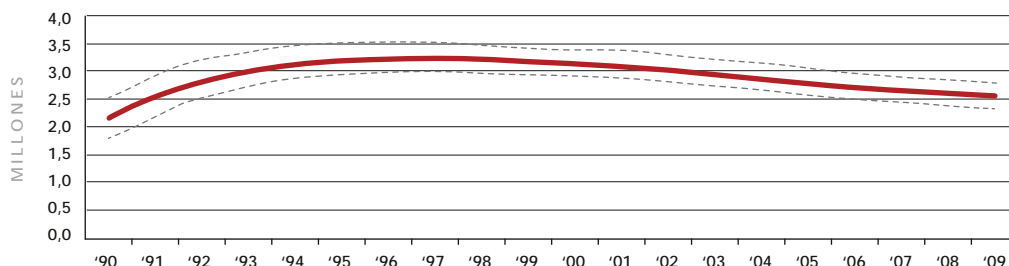
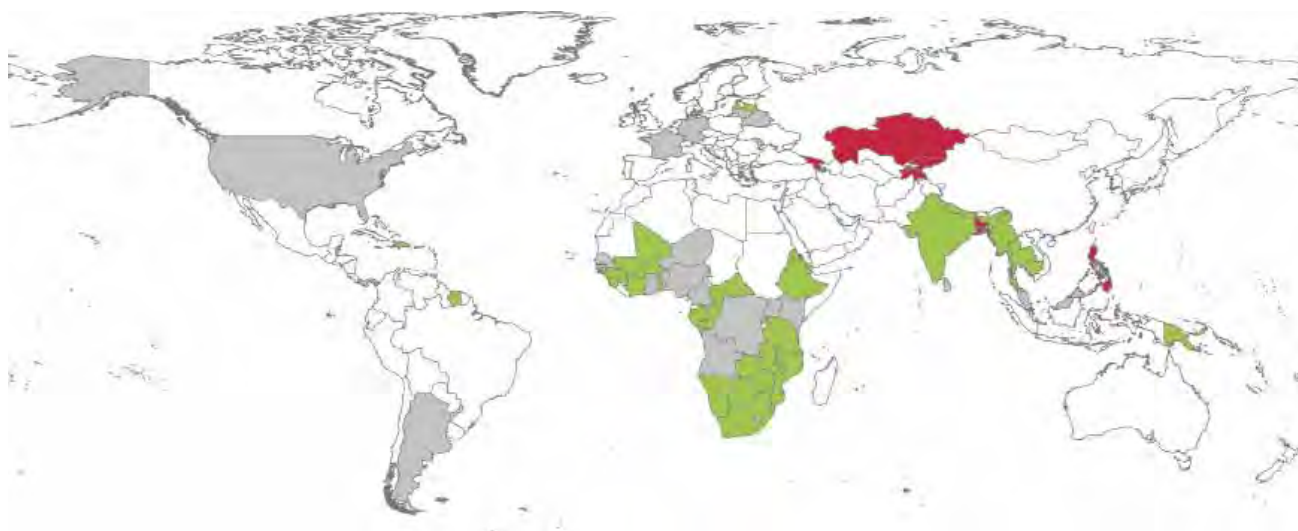


Figura 2.2

Cambios en la tasa de incidencia de la infección por el VIH, de 2001 a 2009, en los países seleccionados

Fuente: ONUSIDA.



- Incidencia en aumento >25%
- Estable
- Incidencia en disminución >25%
- No incluidos en el análisis

Ante la ausencia de pruebas de diagnóstico fiables que puedan medir directamente el nivel de nuevas infecciones por el VIH en una población, las estimaciones de la incidencia del virus se realizan mediante la elaboración de modelos. Este mapa incluye 60 países de los cuales se contaba con estimaciones fiables de las nuevas infecciones a lo largo del tiempo para la ronda de estimaciones nacionales de 2010 utilizando las herramientas EPP y Spectrum, y 3 países que contaban con publicaciones revisadas sobre las tendencias de la incidencia. Los métodos de EPP y Spectrum estiman las tendencias de la incidencia del VIH a partir de la prevalencia en un periodo de tiempo combinado con los cambios en los niveles de terapia antirretrovírica. Los criterios de EPP/Spectrum para incluir países en este análisis se describen a continuación. Había archivos EPP disponibles, y las tendencias en EPP no se dedujeron de las estimaciones de la prevalencia de Workbook: se disponía de datos de la prevalencia hasta el año 2007 como mínimo; hubo al menos cuatro puntos temporales entre 2001 y 2009 para los que había datos de la prevalencia correspondiente a epidemias concentradas y al menos tres puntos de datos en el mismo período para epidemias generalizadas; para la mayoría de las curvas de epidemia de un país dado, el EPP no obtuvo un aumento artificial en la prevalencia del VIH en los últimos años debido a la escasez de puntos de datos de la prevalencia; los datos fueron representativos del país; la tendencia en la incidencia deducida por EPP/Spectrum no fue discordante con las tendencias modeladas de la incidencia que se dedujeron a partir de la prevalencia específica por edad en los resultados de encuestas nacionales. Para algunos países que cuentan con epidemias complejas que incluyen a diversos grupos de población con diversas conductas de riesgo y grandes diferencias geográficas, como Brasil, China o la Federación de Rusia, este tipo de evaluación es realmente compleja y puede que no se concluya en la ronda de estimaciones de 2010. El ONUSIDA seguirá trabajando con los países y los asociados para mejorar la calidad de la información disponible y proyectar metodologías para incluir los datos de incidencia de otros países en futuros informes.

Diversos países y regiones no se ajustan a esta tendencia global. En siete países, la incidencia del VIH aumentó en más del 25% entre 2001 y 2009. En Europa occidental, central y oriental, Asia central y América del Norte, las tasas de nuevas infecciones anuales por el VIH se han mantenido estables durante al menos los últimos cinco años. Sin embargo, en varios países de ingresos altos, existen cada vez más datos que demuestran un resurgimiento del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En Europa oriental y Asia central, aún se registran altas tasas de transmisión del VIH en las redes de personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales.

Los jóvenes lideran una revolución en la prevención del VIH

Un análisis llevado a cabo entre jóvenes ofrece más pruebas de la decreciente incidencia y de un comportamiento sexual más seguro (Tabla 2.1). En siete países, se observó una disminución estadísticamente significativa del 25% o más en la prevalencia del VIH (el porcentaje de personas que viven con el VIH) para 2008 entre mujeres jóvenes embarazadas atendidas en clínicas de atención prenatal.

Nota sobre las figuras:

Las líneas de puntos representan rangos, mientras que las líneas continuas representan la mejor estimación.

Tabla 2.1

Prevalencia del VIH y comportamiento

Tendencias en la prevalencia del VIH y el comportamiento entre jóvenes en los países más afectados por el VIH.

Fuente: ONUSIDA.

	PERÍODO	Tendencia de la prevalencia entre las personas que se benefician de la atención prenatal		Encuestas nacionales de prevalencia del VIH realizadas.	Tendencia en la prevalencia del VIH según las encuestas nacionales		Porcentaje de personas que mantuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años		Porcentaje de personas que tuvieron más de una pareja sexual en el último año		Porcentaje de personas que tuvieron más de una pareja y no utilizaron preservativo en su última relación sexual		
		ZONA URBANA	ZONA RURAL		AÑOS	M	H	M	H	M	H	M	H
Angola	2004-2007		↑										
Bahamas	2000-2008	↓											
Belice	ND												
Botswana	2001-2006	Ⓣ	Ⓣ	2004, 2008	Ⓣ	Ⓣ							
Burundi	2000-2007	↓	↑	2002, 2007	↓	↑	↑						
Camerún	ND						Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	
República Centroafricana	DI						↑	↓					
Chad	DI						↓	↑	↓	Ⓣ	↑	↓	
Congo	ND												
Côte d'Ivoire	2000-2008	Ⓣ	Ⓣ				Ⓣ	↑	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	↓	
Djibouti	DI												
Etiopía	2001-2005	Ⓣ	↓				Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ		↑	
Gabón	DI												
Guyana	ND												
Haití	2000-2007	↓	↑				↑	↑	↑	↓	↑	Ⓣ	
Kenya	2000-2005	Ⓣ	Ⓣ	2003, 2007	↓	↑	↔	↓	Ⓣ	Ⓣ	↑	Ⓣ	
Lesotho	2003-2007	↓	↓										
Malawi	1999-2007	Ⓣ	↑				Ⓣ	Ⓣ	↑	Ⓣ	↔	↓	
Mozambique	2001-2007	↔					↓	↑					
Namibia	2002-2008	Ⓣ	Ⓣ				↔	↓	↔	↓	Ⓣ	↓	
Nigeria	2003-2008	↓	↓				Ⓣ	↓					
Rwanda	2002-2007	↓	↓				↑	↑	↔	↓			
Sudáfrica	2000-2007	↔		2002, 2005, 2007		Ⓣ			↓	↑			
Suriname	ND												
Swazilandia	2002-2008	↓	↔										
Togo	2004-2007	↑	↑										
Uganda	2003-2008	↑	↑				Ⓣ	↓	↑	↔	Ⓣ	Ⓣ	
República Unida de Tanzania	2002-2006	↓	↓	2003, 2004, 2007	↓	Ⓣ	↓	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	
Zambia	2002-2006	↓	↓	2002, 2007	Ⓣ	↑	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	↓	
Zimbabue	2000-2006	Ⓣ	Ⓣ	2002, 2006	Ⓣ	↓	↓	Ⓣ	Ⓣ	Ⓣ	↔	↔	

NOTAS: ND=no disponible DI=datos insuficientes H=Hombre M=Mujer

↑ Tendencias en alza ↓ Tendencias a la baja ↔ Sin muestras de cambio ○ La tendencia a la baja es estadísticamente significativa

En encuestas nacionales, cinco países – Botswana, Sudáfrica, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe – mostraron una reducción considerable en la prevalencia del VIH en mujeres o varones jóvenes. El comportamiento sexual cambió en la mayoría de los países. En ocho países con disminuciones considerables en la prevalencia del VIH, el comportamiento sexual de hombres o mujeres cambió significativamente.

Las nuevas infecciones entre niños disminuyen

Gracias a la ampliación del acceso a los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH, el número total de niños que nacen con VIH ha disminuido. Un número estimado de 370 000 [230 000-510 000] niños se infectaron con el VIH en 2009, lo que representa un descenso del 24% en comparación con las cifras de cinco años atrás.

Las defunciones relacionadas con el sida disminuyen

El número de defunciones anuales relacionadas con el sida a nivel mundial disminuye a un ritmo constante desde su nivel máximo de 2,1 millones [1,9 millones-2,3 millones] en 2004 a unos 1,8 millones [1,6 millones-2,1 millones] en 2009 (Figura 2.3). El descenso refleja el aumento de la disponibilidad de terapia antirretrovírica, así como de los servicios de atención y apoyo, para las personas que viven con el VIH, especialmente en países de ingresos bajos y medios y también es una consecuencia de la incidencia decreciente que comenzó a finales de los noventa.

Los efectos de la terapia antirretrovírica son especialmente notorios en África subsahariana, donde 320 000 (o el 20%) personas menos fallecieron por causas relacionadas con el sida en 2009 en comparación con 2004, año en el que comenzó la impresionante ampliación del suministro de terapia antirretrovírica (Figura 2.5).

La mortalidad relacionada con el sida comenzó a disminuir en África subsahariana y el Caribe en 2005. En otras regiones han surgido diferentes patrones. En América del Norte y Europa occidental y central, las defunciones a causa del sida comenzaron a descender poco después de la introducción de la terapia antirretrovírica en 1996. En Asia y América Central y América del Sur, el número de defunciones se ha estabilizado, pero aún no se observan indicios de disminución. Las defunciones continúan en aumento en Europa oriental.

A nivel mundial, las defunciones entre niños menores de 15 años también están en descenso. El número estimado de 260 000 [150 000-360 000] niños que fallecieron por enfermedades relacionadas con el sida en 2009 fue un 19% menor que los 320 000 [210 000-430 000] que fallecieron en 2004. Esta tendencia refleja la firme expansión de los servicios destinados a prevenir la transmisión del VIH a bebés y un aumento (aunque lento) en el acceso al tratamiento pediátrico.

19%

Descenso estimado de las defunciones relacionadas con el sida en niños de 2004 a 2009.

Tabla 2.2

Estadísticas regionales del VIH y el sida, 2001 y 2009

Cifras regionales de adultos y niños que viven con el VIH, nuevas infecciones y defunciones relacionadas con el sida.

Fuente: ONUSIDA.

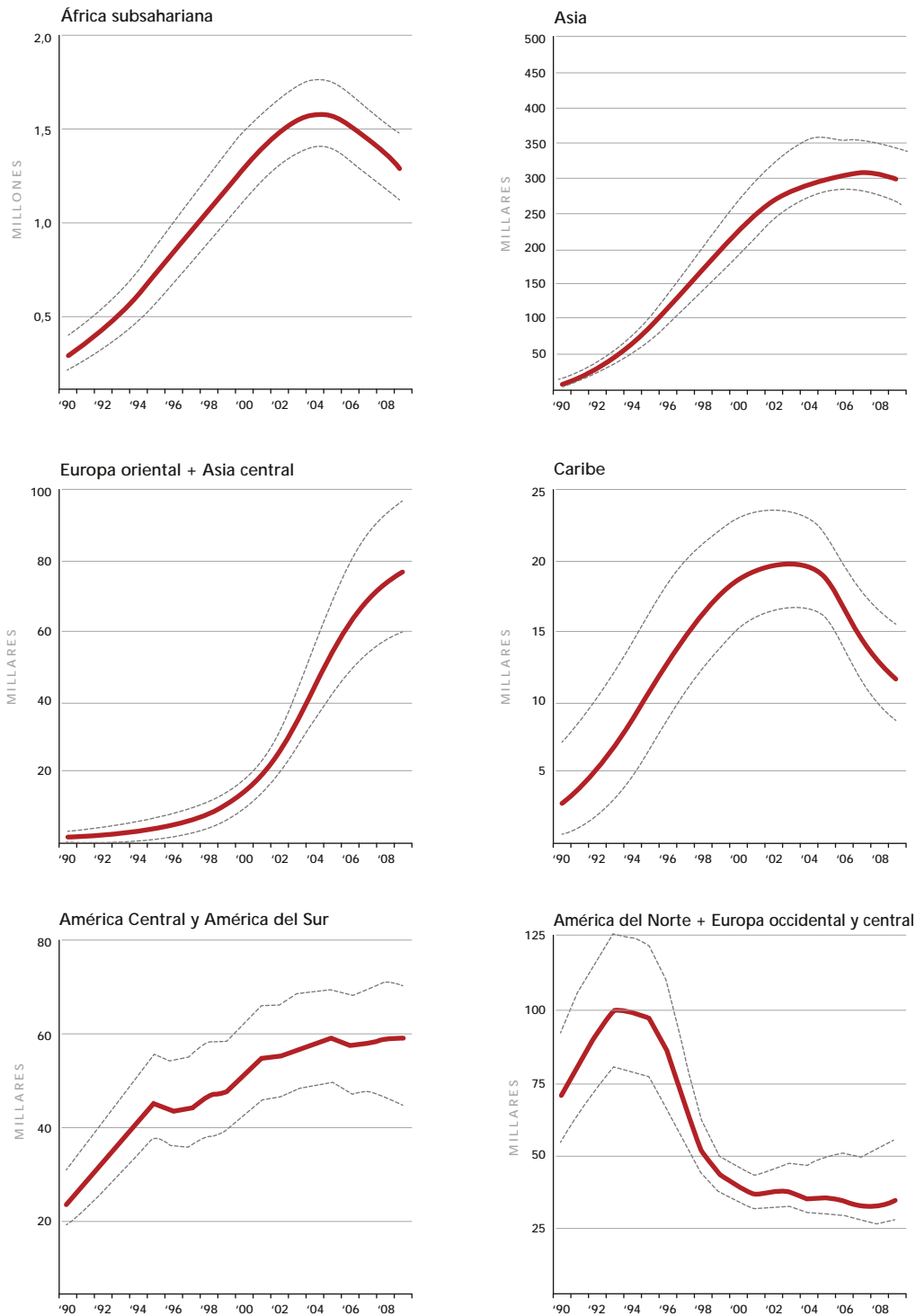
		Adultos y niños que viven con el VIH	Nuevas infecciones por el VIH en adultos y niños	% prevalencia en adultos (15-49 años)	Muertes relacionadas con el sida en adultos y niños
ÁFRICA SUBSAHARIANA	2009	22,5 millones [20,9–24,2 millones]	1,8 millones [1,6–2,0 millones]	5,0 [4,7–5,2]	1,3 millones [1,1–1,5 millones]
	2001	20,3 millones [18,9–21,7 millones]	2,2 millones [1,9–2,4 millones]	5,9 [5,6–6,1]	1,4 millones [1,2–1,6 millones]
ÁFRICA SEPTENTRIONAL Y ORIENTE MEDIO	2009	460 000 [400 000–530 000]	75 000 [61 000–92 000]	0,2 [0,2–0,3]	24 000 [20 000–27 000]
	2001	180 000 [150 000–210 000]	36 000 [32 000–42 000]	0,1 [0,1–0,1]	8300 [6300–11 000]
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL	2009	4,1 millones [3,7–4,6 millones]	270 000 [240 000–320 000]	0,3 [0,3–0,3]	260 000 [230 000–300 000]
	2001	3,8 millones [3,5–4,2 millones]	380 000 [350 000–430 000]	0,4 [0,3–0,4]	230 000 [210 000–280 000]
ASIA ORIENTAL	2009	770 000 [560 000–1,0 millones]	82 000 [48 000–140 000]	0,1 [0,1–0,1]	36 000 [25 000–50 000]
	2001	350 000 [250 000–480 000]	64 000 [47 000–88 000]	<0,1 [<0,1–<0,1]	15 000 [9400–28 000]
OCEANÍA	2009	57 000 [50 000–64 000]	4500 [3400–6000]	0,3 [0,2–0,3]	1400 [<1000–2400]
	2001	29 000 [23 000–35 000]	4700 [3800–5600]	0,2 [0,1–0,2]	<1000 [<500–1100]
AMÉRICA CENTRAL Y AMÉRICA DEL SUR	2009	1,4 millones [1,2–1,6 millones]	92 000 [70 000–120 000]	0,5 [0,4–0,6]	58 000 [43 000–70 000]
	2001	1,1 millones [1,0–1,3 millones]	99 000 [85 000–120 000]	0,5 [0,4–0,5]	53 000 [44 000–65 000]

		Adultos y niños que viven con el VIH	Nuevas infecciones por el VIH en adultos y niños	% prevalencia en adultos (15-49 años)	Muertes relacionadas con el sida en adultos y niños
CARIBE	2009	240 000 [220 000–270 000]	17 000 [13 000–21 000]	1,0 [0,9–1,1]	12 000 [8500–15 000]
	2001	240 000 [210 000–270 000]	20 000 [17 000–23 000]	1,1 [1,0–1,2]	19 000 [16 000–23 000]
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	2009	1,4 millones [1,3–1,6 millones]	130 000 [110 000–160 000]	0,8 [0,7–0,9]	76 000 [60 000–95 000]
	2001	760 000 [670 000–890 000]	240 000 [210 000–300 000]	0,4 [0,4–0,5]	18 000 [14 000–23 000]
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL	2009	820 000 [720 000–910 000]	31 000 [23 000–40 000]	0,2 [0,2–0,2]	8500 [6800–19 000]
	2001	630 000 [570 000–700 000]	31 000 [27 000–35 000]	0,2 [0,2–0,2]	7300 [5700–11 000]
AMÉRICA DEL NORTE	2009	1,5 millones [1,2–2,0 millones]	70 000 [44 000–130 000]	0,5 [0,4–0,7]	26 000 [22 000–44 000]
	2001	1,2 millones [960 000–1,4 millones]	66 000 [54 000–81 000]	0,4 [0,4–0,5]	30 000 [26 000–35 000]
MUNDIAL	2009	33,3 millones [31,4–35,3 millones]	2,6 millones [2,3–2,8 millones]	0,8 [0,7–0,8]	1,8 millones [1,6–2,1 millones]
	2001	28,6 millones [27,1–30,3 millones]	3,1 millones [2,9–3,4 millones]	0,8 [0,7–0,8]	1,8 millones [1,6–2,0 millones]

Figura 2.3

Defunciones anuales relacionadas con el sida por región, 1990-2009

Fuente: ONUSIDA.



Tendencias en el número de personas que viven con el VIH

El ONUSIDA estima que, a finales de 2009, había 33,3 millones [31,4 millones-35,3 millones] de personas que vivían con el VIH, en comparación con los 26,2 millones [24,6 millones-27,8 millones] registrados en 1999, lo que representa un aumento del 27% (Figura 2.4 y Figura 2.5). Aunque el número anual de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido de forma constante desde finales de los años noventa, esta disminución está contrarrestada por la reducción en las defunciones relacionadas con el sida como producto de la significativa ampliación de la terapia antirretrovírica en los últimos años.

En este informe se revisa la estimación del número de personas que vivían con el VIH en 2008, de 33,4 millones [31,1 millones - 35,8 millones], cifra que fue publicada en Situación de la epidemia de sida: noviembre de 2009, a 32,8 millones [30,9 millones - 34,7 millones], dentro del rango de incertidumbre de la estimación anterior. Esta revisión se basa en datos adicionales que ahora están disponibles en muchos países, como por ejemplo los datos de las encuestas de población que se han llevado a cabo en Mozambique. El informe Situación de la epidemia de sida: noviembre de 2009 incluía a México en América Latina. Este informe lo hace en América del Norte y categoriza el resto de América Latina como América central y del Sur, y presenta los análisis de tendencias en función de la nueva definición de estas regiones.

El número estimado de niños que viven con el VIH aumentó a 2,5 millones [1,7 millones-3,4 millones] en 2009 (Figura 2.3). La proporción de mujeres que viven con el VIH ha permanecido estable, en un poco menos del 51% del total mundial.

Figura 2.4
Prevalencia mundial del VIH, 2009

Fuente: ONUSIDA.

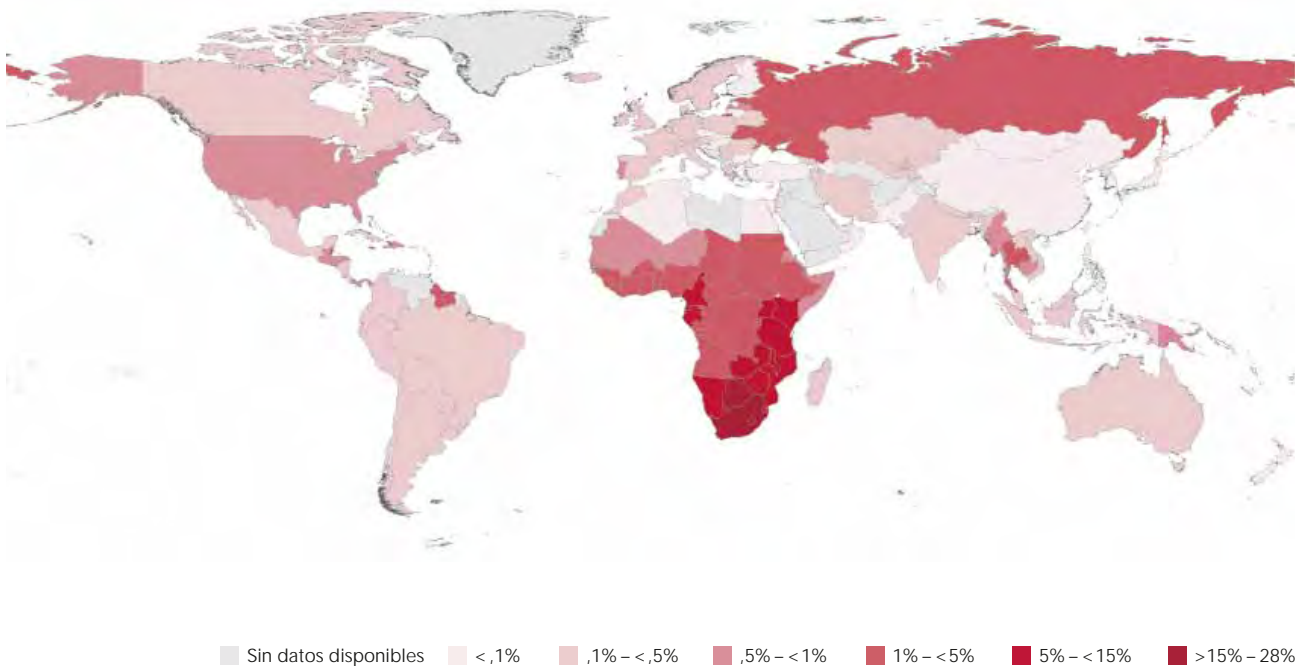
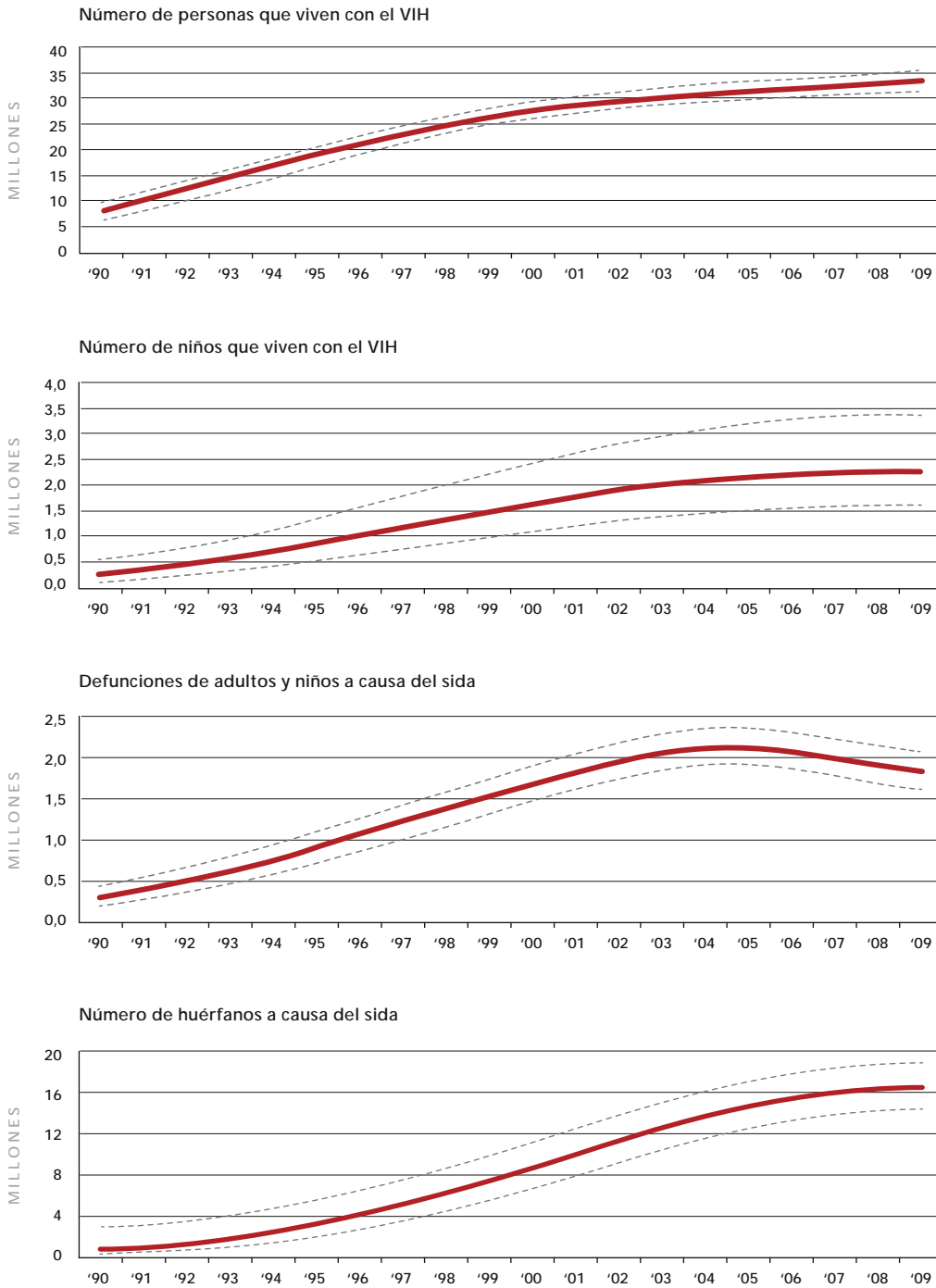


Figura 2.5
Tendencias mundiales del VIH, de 1990 a 2009

Fuente: ONUSIDA.



África subsahariana aún soporta una parte desproporcionada de la carga mundial del VIH. Si bien la tasa de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido, el número total de personas que viven con el virus sigue en aumento. En 2009, ese número alcanzó los 22,5 millones [20,9 millones-24,2 millones], el 68% del total mundial. En África subsahariana, el número de mujeres que viven con el VIH es mayor que el de hombres.

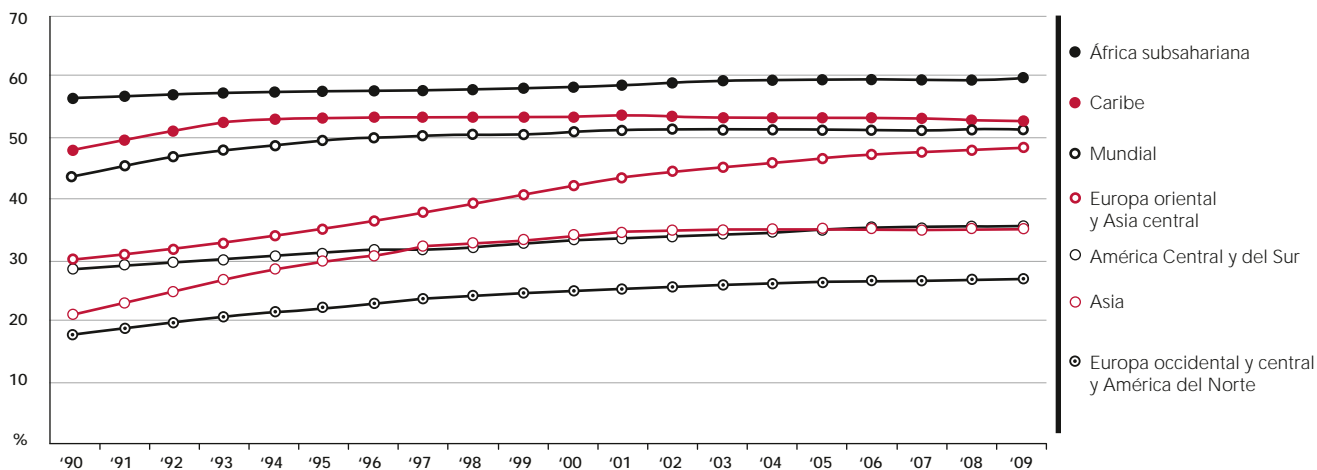
Las mayores epidemias de África subsahariana (Etiopía, Nigeria, Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe) se han estabilizado, o bien muestran indicios de un descenso. El número estimado de 1,3 millones [1,1 millones-1,5 millones] de personas que en 2009 fallecieron por enfermedades relacionadas con el VIH en África subsahariana representó el 72% del total mundial de 1,8 millones [1,6 millones-2,0 millones] de defunciones atribuibles a la epidemia.

Figura 2.6

Tendencias en las mujeres que viven con el VIH

Proporción de mujeres de 15 años en adelante que viven con el VIH, 1990-2009.

Fuente: ONUSIDA.



ÁFRICA SUBSAHARIANA

Tabla 2.3

Estadísticas del sida para África subsahariana, 2001 y 2009

Fuente: ONUSIDA.

		Número de personas que viven con el VIH	Número de nuevas infecciones por el VIH	Número de niños que viven con el VIH	Número de defunciones relacionadas con el sida
ÁFRICA SUBSAHARIANA	2009	22,5 millones [20,9–24,2 millones]	1,8 millones [1,6–2,0 millones]	2,3 millones [1,4–3,1 millones]	1,3 millones [1,1–1,5 millones]
	2001	20,3 millones [18,9–21,7 millones]	2,2 millones [1,9–2,4 millones]	1,8 millones [1,1–2,5 millones]	1,4 millones [1,2–1,6 millones]

Figura 2.7

Prevalencia del VIH en África subsahariana

Prevalencia del VIH entre adultos de 15 a 49 años en África subsahariana, de 1990 a 2009.

Fuente: ONUSIDA.

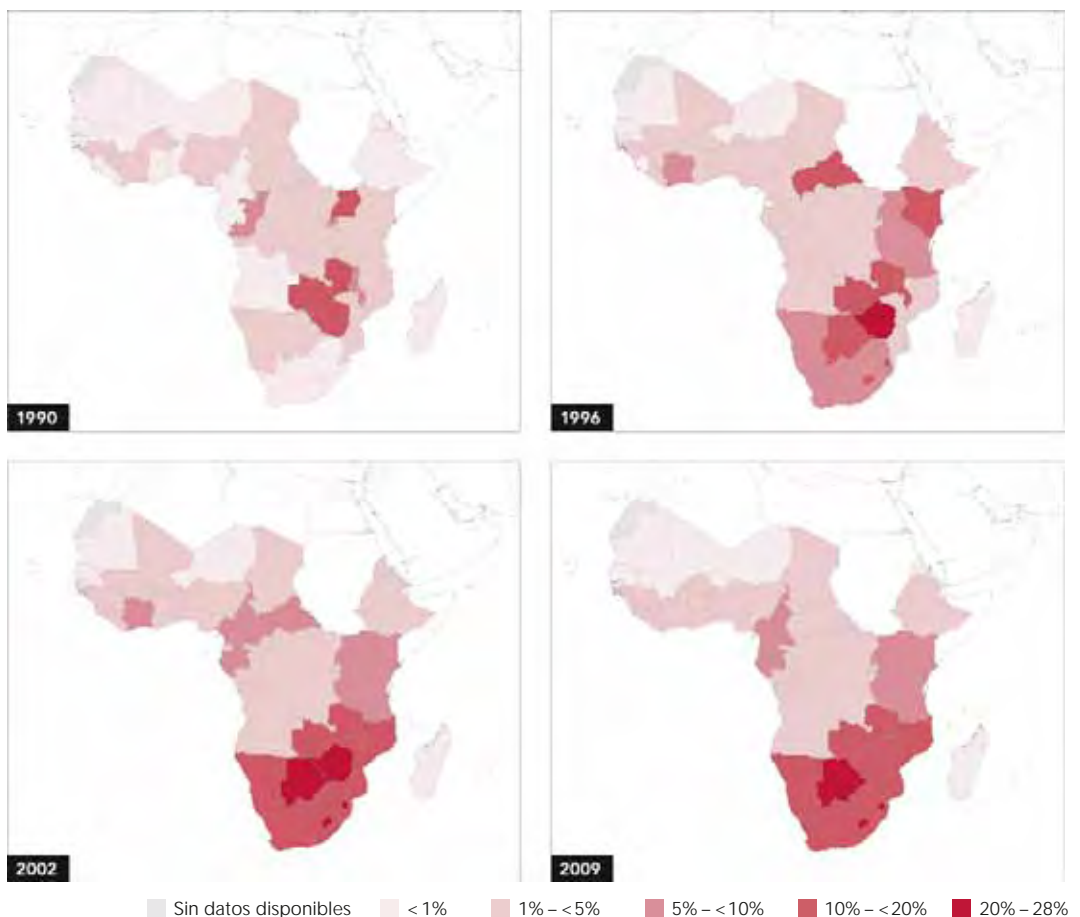
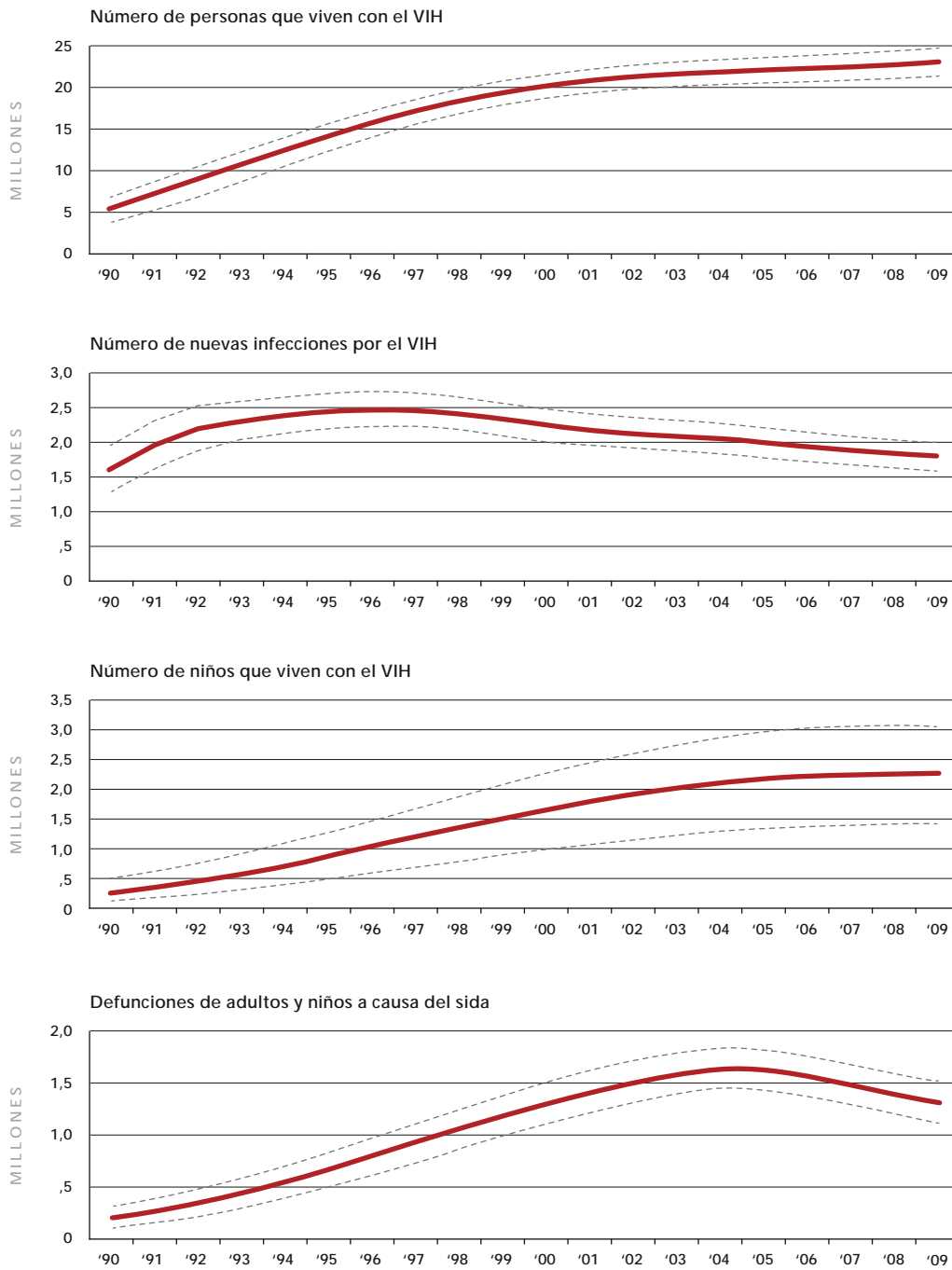


Figura 2.8
Tendencias del VIH en África subsahariana

Fuente: ONUSIDA.



África subsahariana aún soporta una parte desproporcionada de la carga mundial de VIH

Las epidemias de África subsahariana varían considerablemente, y África meridional¹ sigue siendo la región más afectada (Tabla 2.2 y Figura 2.9). En 2009, se calcula que 11,3 millones [10,6 millones-11,9 millones] de personas vivían con el VIH en África meridional, casi un tercio (31%) más que la cifra de 8,6 millones [8,2 millones-9,1 millones] de personas seropositivas que había en la región una década antes.

A escala mundial, el 34% de las personas que vivían con el VIH en 2009 residían en los 10 países de África meridional, donde se produjo el 31% de las nuevas infecciones por el VIH del mismo año, al igual que el 34% de todas las defunciones relacionadas con el sida. Alrededor del 40% de todas las mujeres con VIH viven en África meridional.

La incidencia del VIH descende en 22 países de África subsahariana

La incidencia del VIH (número de nuevos infectados por el virus) parece haber llegado a su máximo nivel a mediados de los noventa, y existen datos de disminuciones en la incidencia en varios países de África subsahariana. Entre 2001 y 2009, la incidencia de la infección por el VIH disminuyó en más del 25% en unos 22 países.

En Zimbabwe, el principal cambio de comportamiento parece haber sido una reducción en la proporción de hombres con parejas ocasionales, mientras que el uso del preservativo con parejas no habituales ha permanecido en un nivel alto desde finales de los noventa (1,2).

La epidemia de Sudáfrica, estimada en 5,6 millones [5,4 millones-5,8 millones] de personas que vivían con el VIH en 2009, sigue siendo la más grande del mundo. Nuevos indicios muestran una ralentización en la incidencia del virus, además de algunos signos de un cambio hacia la adopción de prácticas sexuales más seguras entre los jóvenes (3). La incidencia anual del VIH entre jóvenes de 18 años descendió visiblemente del 1,8% en 2005 al 0,8% en 2008, y entre mujeres de 15 a 24 años disminuyó del 5,5% en el período 2003-2005 al 2,2% en 2005-2008 (4).

Otras epidemias en África meridional también se han estabilizado en niveles muy altos. Swazilandia tiene la prevalencia del VIH en adultos (25,9% [24,9%-27,0%] en 2009) más alta del mundo.

Las epidemias en África oriental han disminuido desde el año 2000, pero en muchos países se están estabilizando. La incidencia del VIH aminoró en la República Unida de Tanzania a alrededor de 3,4 por cada 1000 personas-año entre 2004 y 2008 (5). La prevalencia nacional del VIH en Kenya descendió del 14% aproximadamente a mediados de los noventa al 5% en 2006 (6). En Uganda, se ha estabilizado entre el 6,5% y el 7,0% desde 2001. La prevalencia del VIH en Rwanda ha permanecido en torno al 3,0% desde 2005.

La prevalencia del VIH en África occidental y central sigue siendo comparativamente baja: según estimaciones, en 2009 la prevalencia nacional del VIH en adultos era del 2% o menos en 12 países (Benin, Burkina Faso, República Democrática del Congo, Gambia, Ghana, Guinea, Liberia, Malí, Mauritania, Níger, Senegal y Sierra Leona). La prevalencia del VIH es más elevada en Camerún (5,3% [4,9%-5,8%]), la República Centroafricana (4,7% [4,2%-5,2%]), Côte d'Ivoire (3,4% [3,1%-3,9%]), Gabón (5,2% [4,2%-6,2%]) y Nigeria (3,6% [3,3%-4,0%]).

5,6m

La epidemia de Sudáfrica, donde se estima que en 2009 vivían 5,6 millones de personas seropositivas, sigue siendo la mayor del mundo.

¹ Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe.

Se han detectado ligeras disminuciones en la prevalencia en las encuestas por hogares realizadas en Malí y Níger, y entre mujeres atendidas en clínicas de atención prenatal de Benín, Burkina Faso, Côte d'Ivoire y Togo (7).

Reducción de las nuevas infecciones por el VIH entre niños

Se ha registrado un progreso significativo en la reducción de la incidencia y el impacto del VIH entre niños menores de 15 años en África meridional. Hubo un 32% menos de nuevas infecciones entre niños – un número estimado de 130 000 [90 000-160 000] frente a 190 000 [140 000-230 000] – y un 26% menos de defunciones relacionadas con el sida entre niños – 90 000 [61 000-110 000] frente a 120 000 [88 000-150 000] – en 2009 en comparación con 2004. Aproximadamente 890 niños se infectaron por el VIH en Botswana en 2007, lo que representa una disminución respecto de los 4600 de 1999 (información de la Autoridad Nacional Coordinadora del Sida).

Sudáfrica es uno de los pocos países del mundo donde la mortalidad materna e infantil se ha elevado desde los años noventa (8). El sida es la principal causa de mortalidad materna en Sudáfrica y también es responsable del 35% de las defunciones en niños menores de 5 años (3).

La mortalidad relacionada con el sida disminuye

La ampliación del tratamiento repercute profundamente en África subsahariana. A finales de 2009, el 37% de los adultos y niños aptos para la terapia antirretrovírica la recibían en el conjunto de la región (el 41% en África oriental y meridional y el 25% África occidental y central), en comparación con apenas el 2% que la recibían años antes (9).

Las defunciones relacionadas con el sida disminuyeron un 18% en África meridional; en esta región, un número estimado de 610 000 [530 000-700 000] personas fallecieron por enfermedades relacionadas con el sida en 2009, en comparación con las 740 000 [670 000-820 000] de cinco años antes.

En Botswana, donde la cobertura de terapia antirretrovírica supera el 90%, el número anual estimado de defunciones relacionadas con el sida disminuyó a la mitad (de 18 000 [15 000-22 000] en 2002 a 9100 [2400-19 000] en 2009), mientras que el número estimado de niños que se quedan huérfanos a causa del sida ha descendido en un 40% (10). El amplio suministro de terapia antirretrovírica ha evitado unas 50 000 defunciones en adultos y, si este nivel de suministro se mantiene, Botswana podría evitar unas 130 000 defunciones más hasta el año 2016 (11).

En Kenya, las defunciones relacionadas con el sida se redujeron un 29% entre 2002 y 2007 (6). En la zona rural de Malawi, el suministro de terapia antirretrovírica se vinculó a un descenso del 10% en la tasa de mortalidad en adultos entre 2004 y 2008 (12). El suministro de terapia antirretrovírica y otros tratamientos se ha ampliado desde los primeros años del nuevo milenio, pero el número de defunciones a causa del sida permanece en niveles altos.

La mayor parte de las personas que reciben terapia antirretrovírica en África subsahariana comienzan el tratamiento de forma tardía (13), lo que limita el impacto general de los programas de tratamiento para el VIH. Conforme se amplían los programas, se hacen cada vez más insuficientes la infraestructura, los sistemas y el personal que se requieren para vigilar adecuadamente la retención y la pérdida de pacientes en tratamiento. A medida que se expanden las pruebas del VIH, se fortalecen los sistemas para hacer un seguimiento del estado de salud de las personas que viven con el VIH, y si el acceso al tratamiento se ofrece en el momento oportuno, la mortalidad relacionada con el sida tiene probabilidades de disminuir aún más.

25,9%

Swazilandia tiene la mayor prevalencia del VIH en adultos del mundo: se estima que en 2009 se situó en torno al 25,9%.

Abordar el comportamiento sexual para prevenir la transmisión sexual del VIH

La gran mayoría de las nuevas infecciones por el VIH en África subsahariana se producen durante el coito heterosexual sin protección (incluidas las relaciones sexuales remuneradas) y la posterior transmisión del VIH a neonatos y bebés. En esta región, las relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas sigue siendo el principal factor de riesgo de infección. Considerables proporciones de personas que viven con el VIH mantienen relaciones estables: el 62% en Kenya y el 78% en Malawi, por ejemplo (14).

A medida que las epidemias heterosexuales evolucionan, los números de parejas serodiscordantes (en las que sólo una persona está infectada por el VIH) aumentan y también lo hace la transmisión del virus dentro de relaciones estables (15). Las investigaciones realizadas en 12 países de África oriental y meridional muestran que la prevalencia en parejas serodiscordantes es alta, y oscila entre el 36% y el 85% (16).

Los datos urbanos de Zambia sugieren que el 60% de las nuevas infecciones a través de la transmisión heterosexual se producen dentro del matrimonio o la convivencia (17), en comparación con más de la mitad (50%-65%) en Swazilandia (18), entre el 35%-62% en Lesotho (19) y en torno a un 44% en Kenya (20).

Sin embargo, las estrategias de prevención generalmente no abordan adecuadamente los patrones de la transmisión del VIH. Las pruebas para parejas y otros servicios de prevención destinados a parejas serodiscordantes reciben un apoyo insuficiente (20).

Cada vez más pruebas indican que las relaciones sexuales sin protección, las relaciones sexuales entre hombres y el uso compartido de material de inyección de drogas contaminado por dos o más personas en la misma ocasión constituyen factores significativos en las epidemias de VIH de varios países con epidemias generalizadas. Se considera que estos modos de transmisión representan conjuntamente, por ejemplo, alrededor del 33% de las nuevas infecciones por el VIH en Kenya y casi el 40% en Ghana. Sin embargo, son comparativamente pocos los fondos que se destinan a los servicios de prevención dirigidos a estas poblaciones (20).

El comercio sexual sigue siendo un factor importante en muchas epidemias de VIH en África occidental, central y oriental. Se estima que casi un tercio (32%) de las nuevas infecciones por el VIH en Ghana, el 14% en Kenya y el 10% en Uganda están vinculadas al comercio sexual (infección por el VIH entre profesionales del sexo, sus clientes o sus otras parejas sexuales) (20, 21).

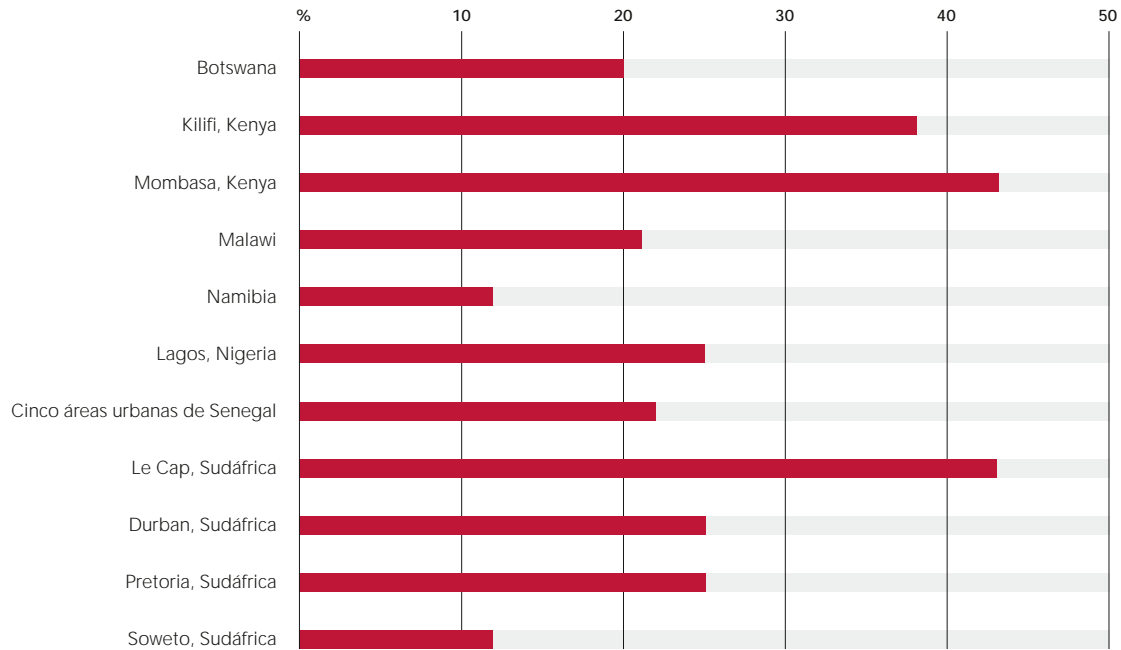
Los resultados de estudios recientes llevados a cabo en África subsahariana indican la existencia de grupos de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y altos niveles de infección por el VIH entre ellos (Figura 2.9) (22). Hasta el 20% de las nuevas infecciones en Senegal (23) y el 15% en Kenya (20) y Rwanda (24) podrían estar vinculadas a las relaciones sexuales sin protección entre hombres. Los datos disponibles sugieren que, en África subsahariana, como en el resto del mundo, la mayoría de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también tienen relaciones sexuales con mujeres. En Senegal, cuatro quintos (82%) de los hombres encuestados que tienen relaciones sexuales con hombres afirmaron que también tienen relaciones sexuales con mujeres (25). En Malawi, un tercio de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres estaban casados o convivían con una mujer (26), al igual que los encuestados en el estado nigeriano de Enugu (27).

Figura 2.9

El VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en África subsahariana

Prevalencia del VIH entre hombres adultos de 15 a 49 años que tienen relaciones sexuales con hombres en siete países de África subsahariana, 2009 o último año con datos disponibles

Fuentes: Baral et al. (28); Ministerio Federal de Salud de Nigeria (29); Lane et al. (30); Parry et al. (31); Sander et al. (32); Sander et al. (33) y Wade et al. (34).



Surgimiento del uso de drogas inyectables en África subsahariana

El uso de drogas inyectables es un fenómeno relativamente reciente en África subsahariana que aparece en algunas de las epidemias de la región, como las de Kenya, Mauricio, Sudáfrica y la República Unida de Tanzania. El uso de drogas inyectables, un caso único en África subsahariana, es la causa principal de la epidemia comparativamente pequeña de VIH de Mauricio (35). Las investigaciones existentes muestran una alta prevalencia del VIH entre personas que se inyectan drogas: del 36% entre las sometidas a pruebas en Nairobi (Kenya) (36), del 26% en Zanzíbar (37) y en torno a un 12% en Sudáfrica (38). En 2007, el 10% de las personas que se inyectaban drogas encuestadas en la región de Kano, Nigeria, resultaron VIH-positivas (29). En general, sin embargo, el uso de drogas inyectables continúa siendo un factor de poca importancia en la mayoría de las epidemias de la región. En Kenya, por ejemplo, se calcula que representó un 3,8% de las nuevas infecciones por el VIH en 2006 (20). ■

Tabla 2.4
Estadísticas de sida para Asia, 2001 y 2009

Fuente: ONUSIDA.

		Número de personas que viven con el VIH	Número de nuevas infecciones por el VIH	Número de niños que viven con el VIH	Número de defunciones relacionadas con el sida
ASIA	2009	4,9 millones [4,5–5,5 millones]	360 000 [300 000–430 000]	160 000 [110 000–210 000]	300 000 [260 000–340 000]
	2001	4,2 millones [3,8–4,6 millones]	450 000 [410 000–500 000]	100 000 [69 000–140 000]	250 000 [220 000–300 000]

Figura 2.10
Prevalencia del VIH en Asia

Prevalencia del VIH entre adultos de 15 a 49 años en Asia, de 1990 a 2009.

Fuente: ONUSIDA.

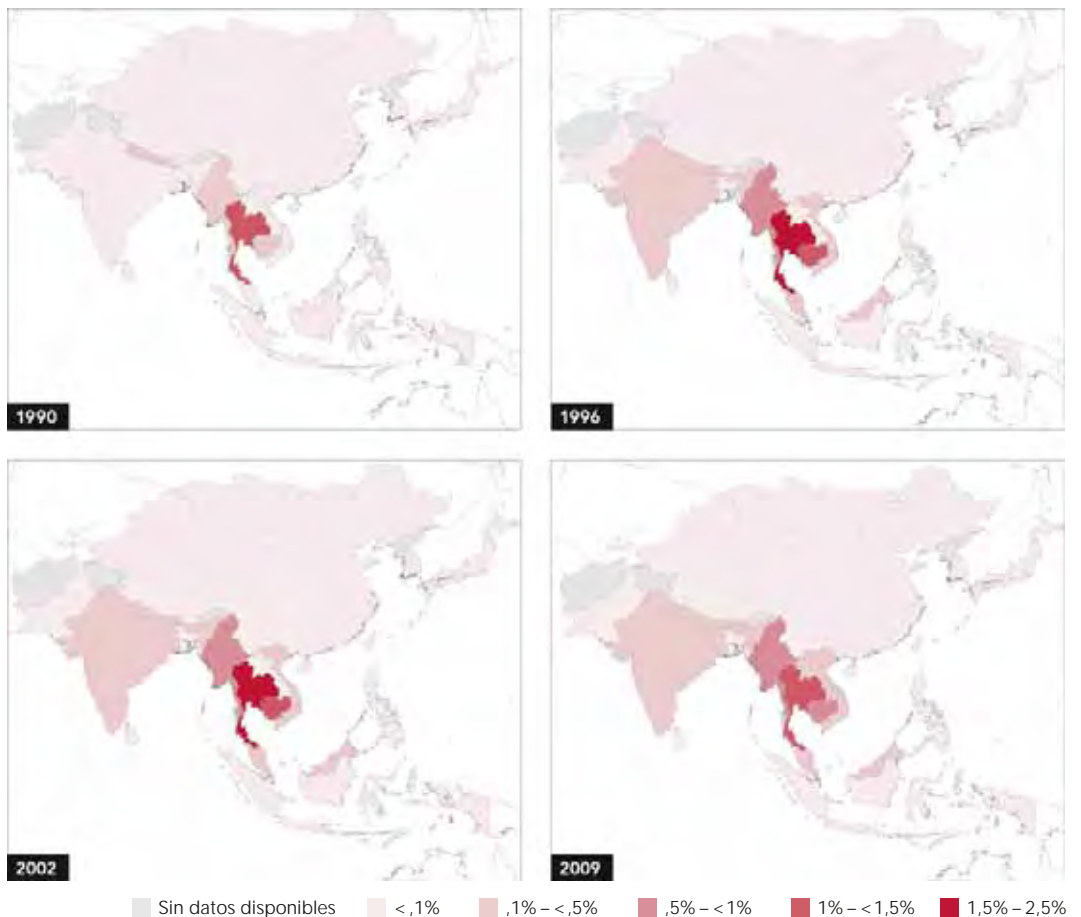
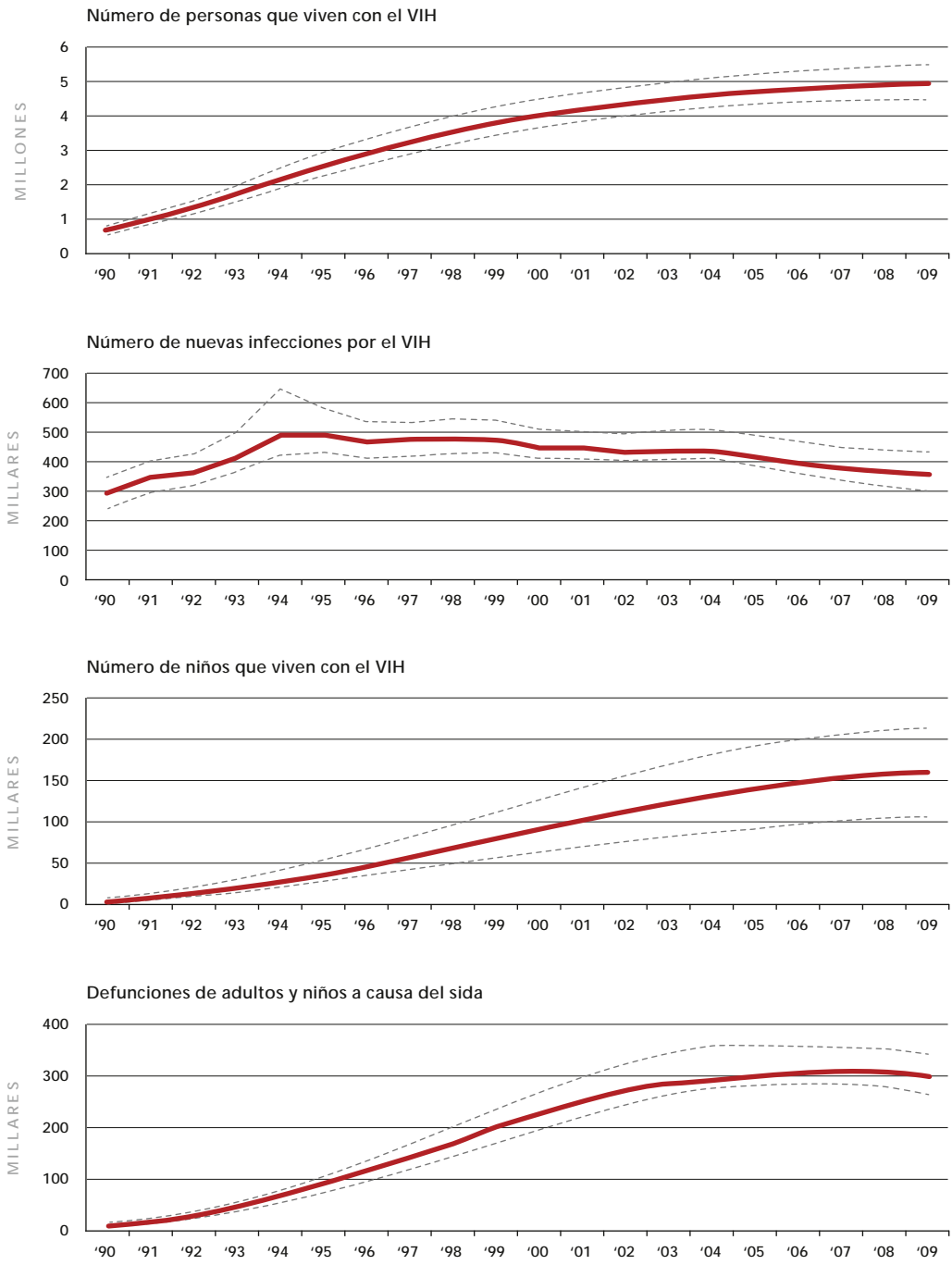


Figura 2.11
Tendencias del VIH en Asia

Fuente: ONUSIDA.



“LA PREVALENCIA DEL VIH ESTÁ AUMENTANDO EN PAÍSES DE BAJA PREVALENCIA, COMO PAKISTÁN, DONDE EL USO DE DROGAS INYECTABLES ES LA PRINCIPAL VÍA DE TRANSMISIÓN”.

Epidemia asiática: estable en gran parte

Alrededor de 4,9 millones [4,5 millones-5,5 millones] de personas vivían con el VIH en Asia en 2009, un cifra muy parecida a la de cinco años antes (Tabla 2.4, Figura 2.11). La mayoría de las epidemias nacionales de VIH parecen haberse estabilizado. Ningún país de la región tiene una epidemia generalizada. Tailandia es el único país de la región en el que la prevalencia es de casi el 1%, y su epidemia parece ser estable en general. Una epidemia renaciente a finales de los años noventa (momento en el que anualmente se producían hasta 60 000 nuevas infecciones) ha retrocedido desde entonces. La prevalencia del VIH en adultos era del 1,3% [0,8%-1,4%] en 2009, y la incidencia del VIH ha disminuido al 0,1% (39). En Camboya, la prevalencia del VIH en adultos descendió al 0,5% [0,4%-0,8%] en 2009, respecto del 1,2% [0,8%-1,6%] registrado en 2001. Sin embargo, la prevalencia aumenta en países de baja prevalencia como Bangladesh, Pakistán (donde la práctica de inyección de drogas es el principal modo de transmisión del VIH) y las Filipinas.

Nuevas infecciones por el VIH: progreso heterogéneo

En 2009 se produjeron 360 000 [300 000-430 000] nuevas infecciones por el VIH, un 20% menos que las 450 000 [410 000-500 000] de 2001. La incidencia descendió más de un 25% en la India, Nepal y Tailandia entre 2001 y 2009. La epidemia permaneció estable en Malasia y Sri Lanka durante este período.

La incidencia aumentó un 25% en Bangladesh y las Filipinas entre 2001 y 2009, aun cuando los países siguen registrando niveles de epidemia relativamente bajos.

Los patrones de la epidemia varían entre y dentro de los países

Las tendencias generales en esta región ocultan variaciones importantes en las epidemias, tanto entre los países como dentro de ellos. En la mayoría, las epidemias parecen estables. En muchos países de la región, las epidemias nacionales se concentran en un número relativamente pequeño de provincias. En China, cinco provincias albergan a algo más de la mitad (53%) de las personas que viven con el VIH (40), y los niveles de infección por el VIH en la provincia indonesia Papua son 15 veces más altos que el promedio nacional (41).

Las epidemias de Asia continúan estando concentradas principalmente entre personas que se inyectan drogas, profesionales del sexo y sus clientes y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En países grandes como la India, los patrones de incidencia pueden variar considerablemente. Se cree que alrededor del 90% de las personas que se infectan por el VIH lo contraen durante las relaciones sexuales sin protección, pero el uso compartido frecuente de material de inyección contaminado por parte de dos o más personas en la misma ocasión es el principal modo de transmisión en los estados del nordeste del país (42).

Comercio sexual: crucial en las epidemias de la región

Las relaciones sexuales remuneradas cumplen un papel central en las epidemias de VIH en la región. En algunos países como Viet Nam, el uso del preservativo durante el comercio sexual es poco frecuente. Además, las personas que se inyectan drogas en algunos países también compran o venden servicios sexuales. Casi una de cada cinco (18%) de las profesionales del sexo encuestadas en Myanmar obtuvo resultados positivos en las pruebas del VIH a mediados de los años 2000. En el sur de la India, hasta el 15% de las profesionales del sexo vivían con el VIH (43). El estado indio sureño de Karnataka ha demostrado que los esfuerzos intensivos de prevención entre mujeres profesionales del sexo pueden ser sumamente eficaces. Un programa de prevención, que tuvo una duración de cuatro años y se puso en marcha en 18 de los 27 distritos del estado, redujo casi a la mitad la prevalencia del VIH entre mujeres atendidas en clínicas de atención prenatal (del 1,4% al 0,8%) (44).

El uso de drogas inyectables impulsa nuevas epidemias

Se estima que nada más y nada menos que 4,5 millones de personas en Asia se inyectan drogas, y más de la mitad vive en China (38). India, Pakistán y Viet Nam también tienen números elevados de personas que se inyectan drogas. En Asia, en promedio, un porcentaje estimado del 16% de las personas que se inyectan drogas viven con el VIH, aunque la prevalencia es considerablemente más alta en algunos países. En estudios realizados en Myanmar, hasta el 38% de las personas que se inyectan drogas han resultado VIH-positivas; entre el 30% y el 50% en Tailandia y más de la mitad en partes de Indonesia (41,45,46). En Viet Nam, entre el 32% y el 58% de las personas que se inyectan drogas viven con el VIH en varias provincias (47-49). En China, se estima que del 7% al 13% de los usuarios de drogas inyectables son seropositivos (40).

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: marginados pero no marginales al crecimiento de la epidemia

Se ha registrado una elevada prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en varios países: 29% en Myanmar (50), 5% a nivel nacional en Indonesia (41), 6% en Vientiane, la capital de Laos (51), entre el 7% y el 18% en partes de la India meridional (52) y el 9% en partes rurales del estado de Tamil Nadu, India (53). En Tailandia, durante mucho tiempo se había desatendido la epidemia entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, hasta que un estudio reveló una prevalencia del 17% en Bangkok en 2005. Estudios posteriores, llevados a cabo en 2005 y 2007, descubrieron que los niveles de infección se habían elevado al 28% y el 31% (54), y en 2008 se registró una incidencia anual del VIH del 5,5% (55).

En China, las encuestas también encontraron una prevalencia del VIH cada vez mayor entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, como en las provincias de Shandong (56) y Jiangsu (57) y la ciudad de Beijing (58). Si bien los estudios de Asia sugieren que una proporción significativa de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también las tienen con mujeres (51), el riesgo de vivir con el VIH parece ser mucho mayor para los hombres que sólo tienen relaciones sexuales con hombres (56,59).

A medida que las epidemias de Asia maduran, el VIH se propaga de manera más generalizada, especialmente en las parejas femeninas de las personas que se inyectan drogas, los clientes de las profesionales del sexo y sus otras parejas sexuales. En Asia en conjunto, las mujeres conforman una proporción cada vez mayor de las infecciones por el VIH: del 21% en 1990 al 35% en 2009.

Nuevas infecciones por el VIH entre niños

El número estimado de niños menores de 15 años que viven con el VIH se ha incrementado ligeramente, de 140 000 [92 000-190 000] en 2005 a 160 000 [110 000-210 000] en 2009. Pero la decreciente incidencia del VIH y la gradual ampliación del acceso a los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH han dado lugar a una considerable disminución de las nuevas infecciones entre niños. Un número estimado de 22 000 [15 000-31 000] niños de 0 a 14 años se infectaron en 2009, esto es, una disminución del 15% respecto de los 26 000 [18 000-38 000] de 1999. Las defunciones relacionadas con el sida en este grupo de edad han disminuido en un 15% desde 2004, de 18 000 [11 000-25 000] a 15 000 [9000-22 000].

Estabilidad de la mortalidad relacionada con el sida

El número de defunciones se ha estabilizado en Asia, pero no hay indicios de un descenso. En 2009, hubo un número estimado de 300 000 [260 000-340 000] defunciones relacionadas con el sida, en comparación con las 250 000 [220 000-300 000] de 2001. ■

EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL

Tabla 2.5

Estadísticas de sida para Europa oriental y Asia central, 2001 y 2009

Fuente: ONUSIDA.

		Número de personas que viven con el VIH	Número de nuevas infecciones por el VIH	Número de niños que viven con el VIH	Número de defunciones relacionadas con el sida
EUROPA ORIENTAL + ASIA CENTRAL	2009	1,4 millones [1,3–1,6 millones]	130 000 [110 000–160 000]	18 000 [8600–29 000]	76 000 [60 000–95 000]
	2001	760 000 [670 000–890 000]	240 000 [210 000–300 000]	4000 [2000–6100]	18 000 [14 000–23 000]

Figura 2.12

Prevalencia del VIH en Europa oriental y Asia central

Prevalencia del VIH entre adultos de 15 a 49 años en Europa oriental y Asia central, de 1990 a 2009.

Fuente: ONUSIDA.

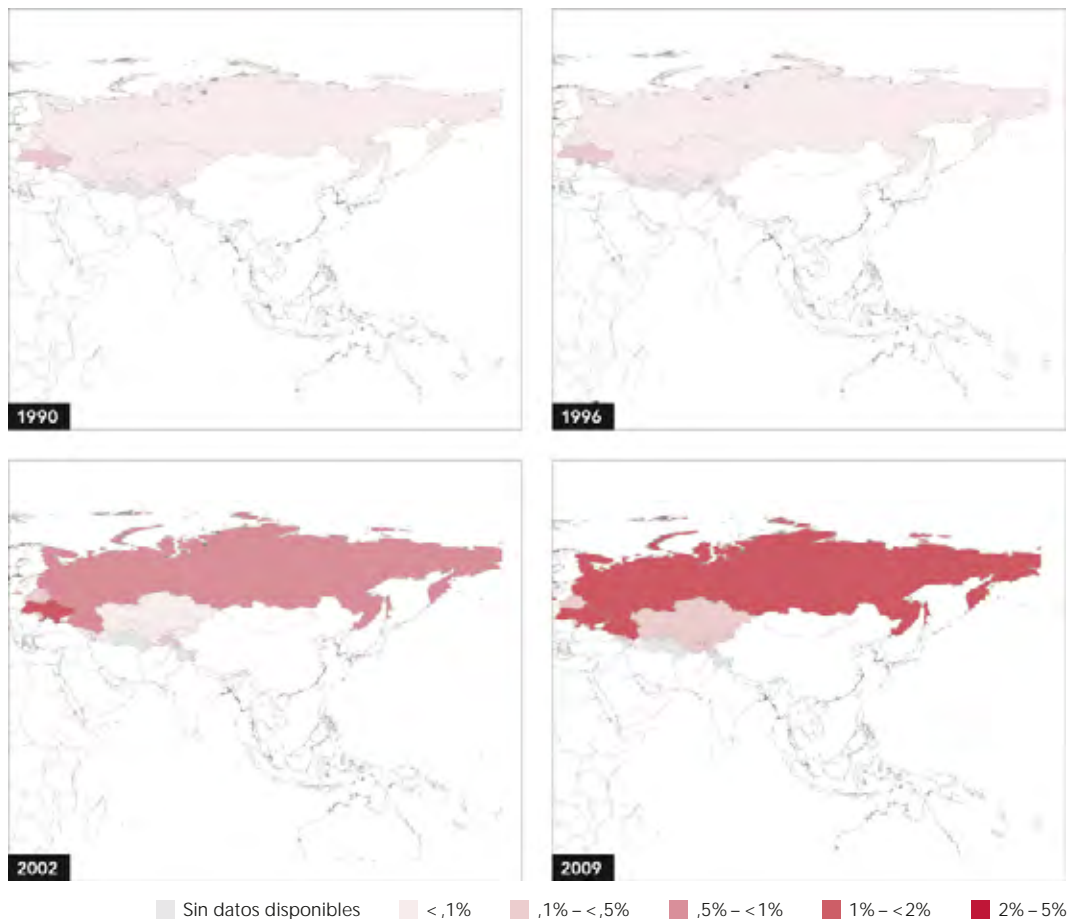
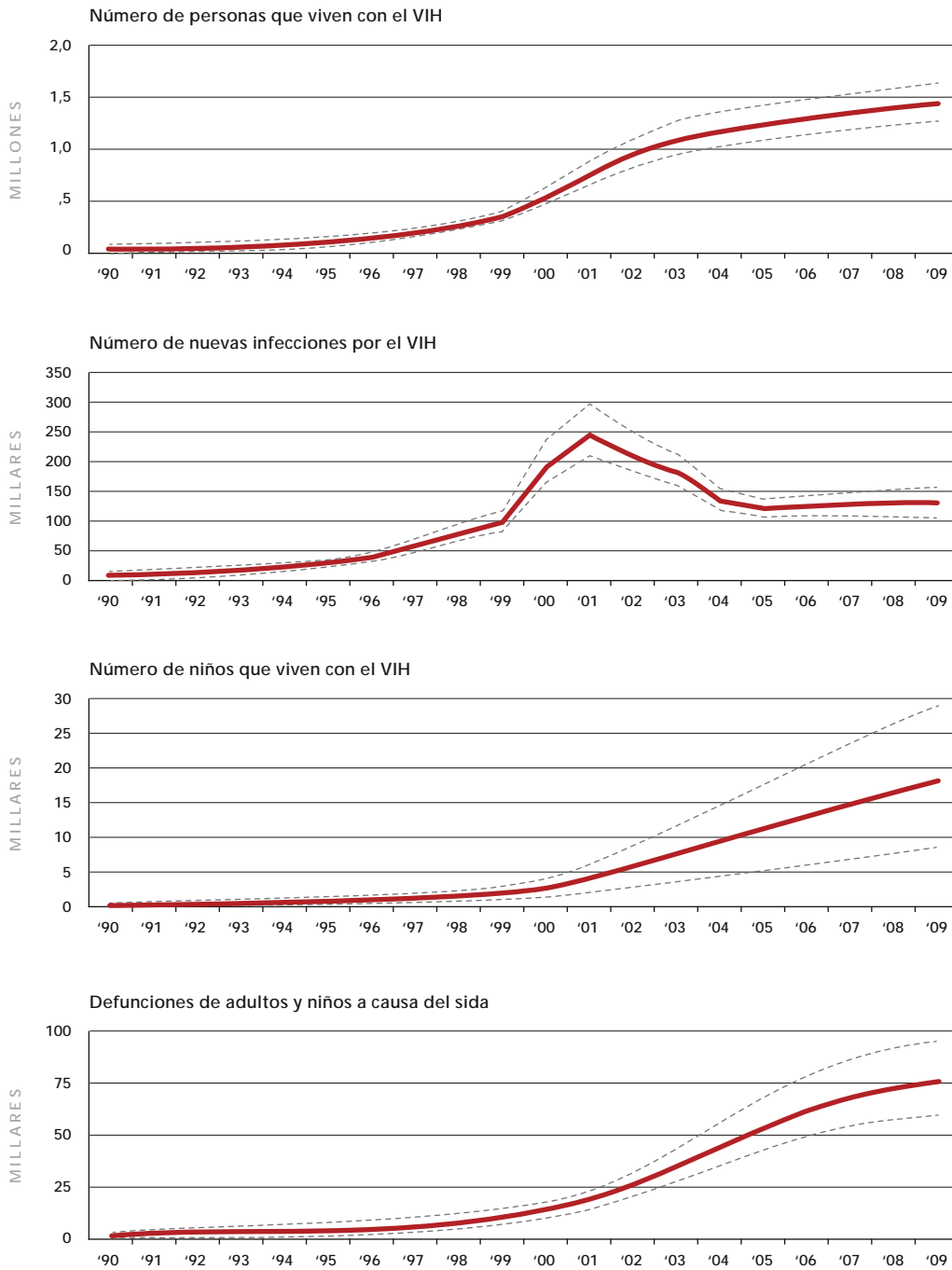


Figura 2.13
Tendencias del VIH en Europa oriental y Asia central

Fuente: ONUSIDA



200%

El número de personas que viven con el VIH en Europa oriental y Asia central prácticamente se ha triplicado desde el año 2000.

El mayor incremento regional en la prevalencia del VIH

En Europa oriental y Asia central, el número de personas que viven con el VIH casi se ha triplicado desde el año 2000 y llegó a un total estimado de 1,4 millones [1,3 millones-1,6 millones] en 2009 en comparación con los 760 000 [670 000-890 000] de 2001 (Tabla 2.5 y Figura 2.13). Un rápido aumento en las infecciones por el VIH entre personas que se inyectan drogas a comienzos del siglo XXI provocó un incremento de la epidemia en esta región.

En general, la prevalencia del VIH es del 1% o más en dos países de esta región, la Federación de Rusia y Ucrania, que juntos representan casi el 90% de los nuevos diagnósticos de VIH.

En Ucrania, la prevalencia del VIH en adultos (1,1% [1,0%-1,3%]) es mayor que en cualquier otro país de Europa oriental y Asia central (60). Los diagnósticos anuales de VIH en Ucrania han aumentado más del doble desde 2001.

La epidemia en la Federación de Rusia también sigue creciendo, pero a un ritmo más pausado que a finales de los años noventa. El número de nuevos casos notificados ha aumentado en varios países de Asia central, entre ellos, Uzbekistán, que tiene la mayor epidemia de Asia central (61).

Epidemias concentradas: vínculos entre comercio sexual, uso de drogas y relaciones sexuales entre hombres

Las epidemias de VIH en Europa oriental y Asia central se concentran principalmente entre personas que se inyectan drogas, profesionales del sexo, sus parejas sexuales y, en mucho menor medida, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Una proporción estimada de un cuarto de las 3,7 millones de personas (hombres en su mayoría) que se inyectan drogas en la región viven con el VIH (38). En la Federación de Rusia, se cree que más de un tercio (37%) de las 1,8 millones de personas que se estima que se inyectan drogas viven con el VIH (38), en comparación con entre el 39% y el 50% en Ucrania (60). En las encuestas de 2007 entre personas que se inyectan drogas, se halló una prevalencia del VIH del 88% (en la ciudad de Kryvyi Rih) (62).

También se ha registrado una alta prevalencia del VIH en poblaciones de reclusos, especialmente entre aquellos que se inyectan drogas (63). Una cifra estimada de 10 000 reclusos viven con el VIH en Ucrania (60).

La interrelación entre comercio sexual y el uso de drogas inyectables acelera la propagación del VIH en la región. Al menos el 30% de los profesionales del sexo en la Federación de Rusia, por ejemplo, se han inyectado drogas (64), y los altos niveles de infección por el VIH registrados entre profesionales del sexo en Ucrania (del 14% al 31%, según diversos estudios) (60) casi con certeza se deben a la imbricación de las relaciones sexuales remuneradas con el uso de drogas inyectables.

Puesto que la mayoría de las personas que se inyectan drogas son sexualmente activas, la transmisión sexual del VIH ha aumentado en las epidemias más antiguas, como las de Ucrania, por lo que resulta más complicado controlarlas (65). A medida que la epidemia se propaga de las personas que se inyectan drogas (en su mayoría varones) a sus parejas sexuales, también crece la proporción de mujeres que viven con el VIH. Para 2009, se calcula que el 45% de las personas que vivían con el VIH en Ucrania eran mujeres, en comparación con el 41% en 2004 y el 37% en 1999. El uso compartido entre varias personas del mismo material de inyección contaminado en un lapso breve sigue siendo un impulsor fundamental

de estas epidemias. Se estima que el 35% de las mujeres que viven con el VIH probablemente lo contrajeron a través del uso de drogas inyectables, mientras un 50% adicional probablemente se infectó a través de parejas que se inyectan drogas (61,66).

Las relaciones sexuales sin protección entre hombres son responsables de una pequeña parte de las nuevas infecciones en la región, menos del 1% de los nuevos diagnósticos de infecciones por el VIH en los que se identificó la vía de transmisión (67). No obstante, los datos oficiales pueden minimizar la verdadera magnitud de la infección en este grupo de población sumamente estigmatizada (68). En encuestas con muestras pequeñas, la prevalencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres ha oscilado desde cero, en Belarús, Lituana y partes de Asia central, al 5% en Georgia (69), el 6% en la Federación de Rusia (70) y entre el 4% (en Kiev) y el 23% (en Odessa), Ucrania (60).

Mortalidad relacionada con el sida

Los números de defunciones relacionadas con el sida siguen ascendiendo en la región. En 2009, hubo un número estimado de 76 000 [60 000-95 000] defunciones relacionadas con el sida, en comparación con las 18 000 [14 000-23 000] de 2001, esto es, se multiplicó por cuatro durante este período. ■

“A MEDIDA QUE LA EPIDEMIA SE PROPAGA DE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS (EN SU MAYORÍA VARONES) A SUS PAREJAS SEXUALES, TAMBIÉN CRECE LA PROPORCIÓN DE MUJERES QUE VIVEN CON EL VIH”.

Tabla 2.6

Estadísticas de sida para el Caribe, 2001 y 2009

Fuente: ONUSIDA.

		Número de personas que viven con el VIH	Número de nuevas infecciones por el VIH	Número de niños que viven con el VIH	Número de defunciones relacionadas con el sida
CARIBE	2009	240 000 [220 000–270 000]	17 000 [13 000–21 000]	17 000 [8500–26 000]	12 000 [8500–15 000]
	2001	240 000 [210 000–270 000]	20 000 [17 000–23 000]	18 000 [9100–27 000]	19 000 [16 000–23 000]

Figura 2.14

Prevalencia del VIH en el Caribe

Prevalencia del VIH entre adultos de 15 a 49 años en el Caribe, de 1990 a 2009.

Fuente: ONUSIDA.

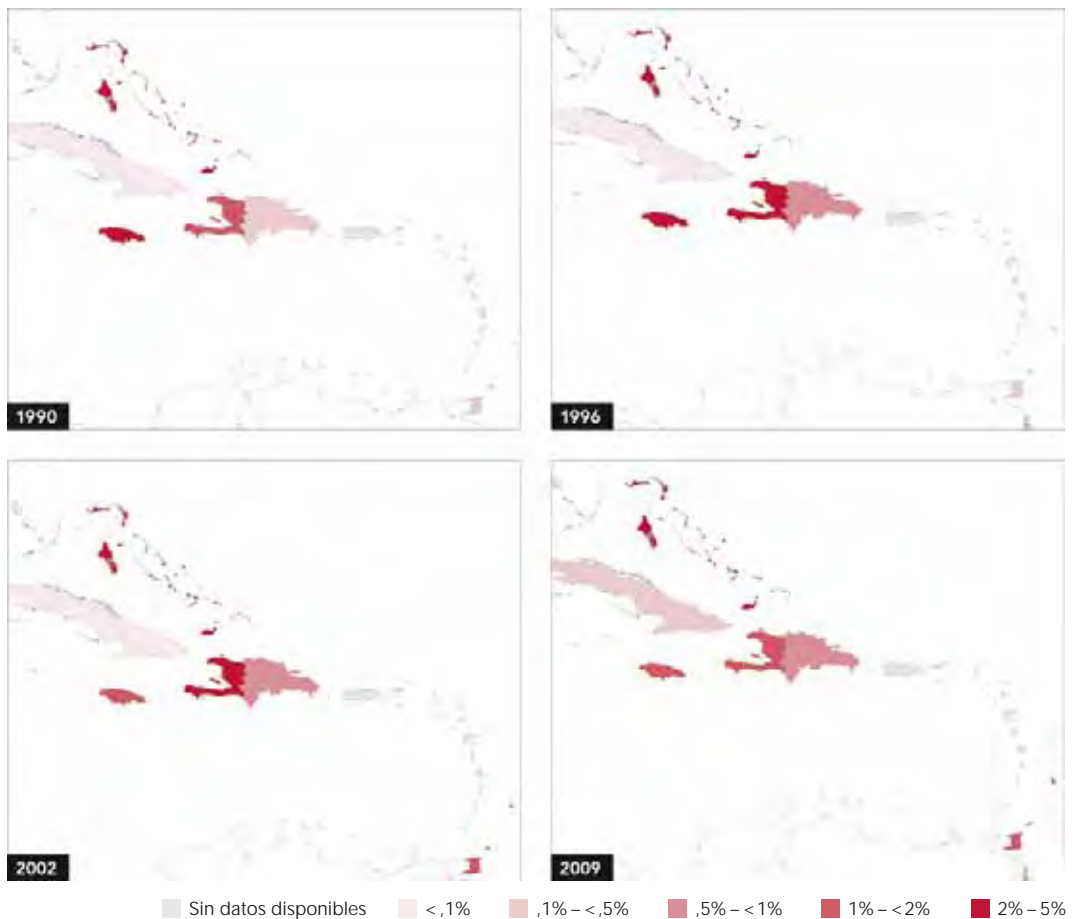
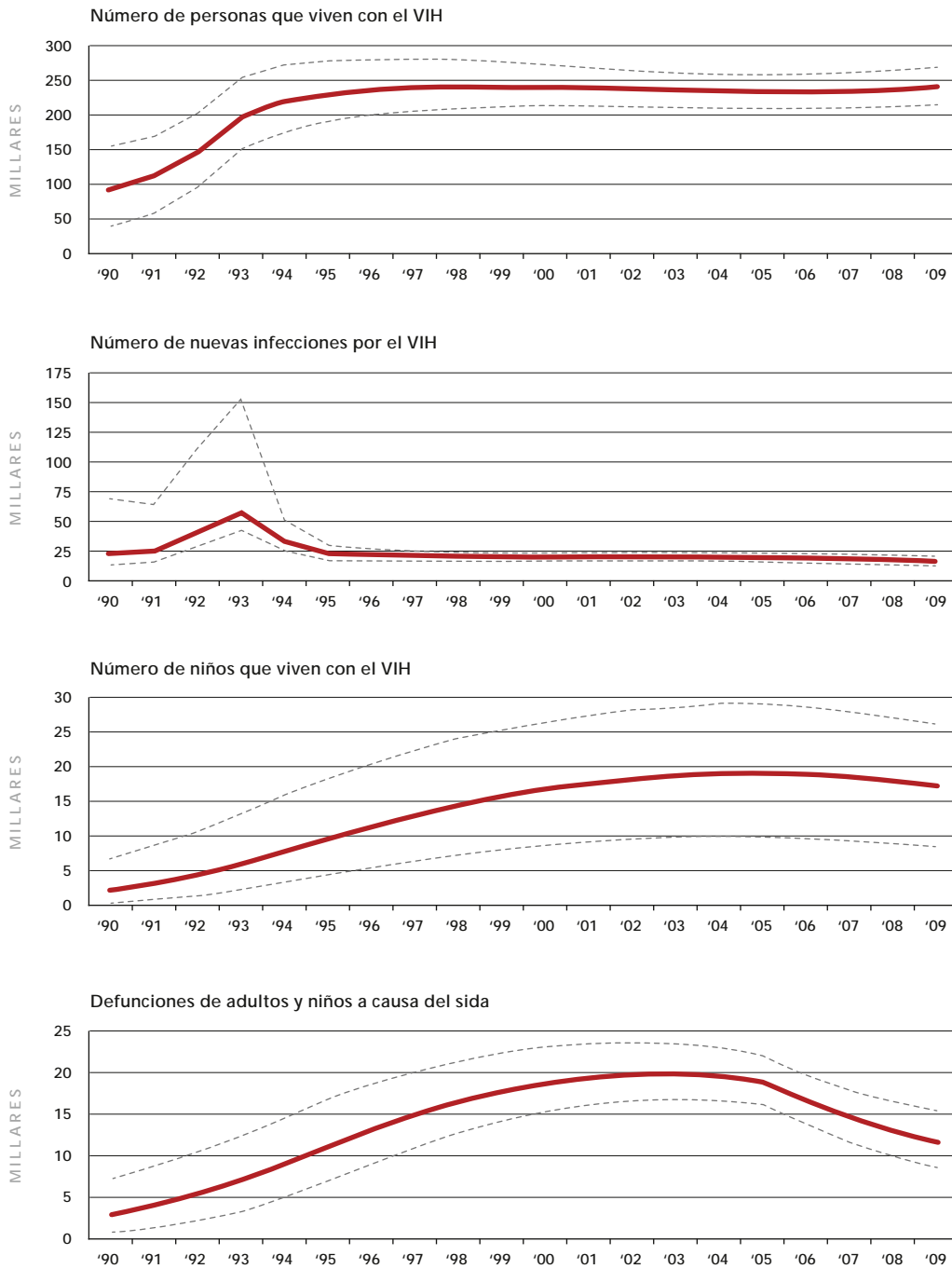


Figura 2.15
Tendencias del VIH en el Caribe

Fuente: ONUSIDA.



0,1%

Prevalencia estimada del VIH en Cuba, que es excepcionalmente baja.

Alta prevalencia del VIH, pero menos personas que viven con el virus

La prevalencia del VIH entre adultos en el Caribe es de alrededor del 1,0% [0,9%-1,1%], que es un porcentaje más alto que el de todas las demás regiones fuera de África subsahariana (Tabla 2.5, Figura 2.13). Sin embargo, el número de personas que viven con el VIH en el Caribe es relativamente pequeño (240 000 [220 000-270 000] in 2009) y ha variado poco desde finales de los años noventa.

La carga del VIH varía considerablemente entre los países y dentro de ellos. La prevalencia excepcionalmente baja del VIH en Cuba (0,1% [0,08%-0,13%]) contrasta, por ejemplo, con la prevalencia en adultos del 3,1% [1,2%-5,4%] registrada en las Bahamas (64). A su vez, el 12% de las mujeres embarazadas que usan los servicios prenatales en una de las ciudades de Haití han resultado VIH-positivas, en comparación con menos del 1% de sus homólogas en el oeste del país (71). En la vecina República Dominicana, los niveles de infección por el VIH también varían ampliamente: la prevalencia entre comunidades cercanas a las plantaciones de caña de azúcar (los bateyes) es unas cuatro veces más alta que el promedio nacional (72).

Leve descenso en las nuevas infecciones por el VIH

Las nuevas infecciones por el VIH han disminuido ligeramente entre 2001 y 2009. Un número estimado de 17 000 [13 000-21 000] personas se infectaron por el VIH en 2009, alrededor de 3000 menos que los 20 000 [17 000-23 000] de 2001.

Se cree que las relaciones sexuales sin protección – especialmente las remuneradas – entre hombres y mujeres constituyen el principal modo de transmisión del VIH en esta región (73,74). El Caribe sigue siendo la única región, además de África subsahariana, en la que las mujeres y niñas superan en número a los hombres y niños entre las personas que viven con el VIH. En 2009, se estima que el 53% de las personas con VIH eran mujeres.

Se han registrado altos niveles de infección entre mujeres profesionales del sexo, por ejemplo, el 4% en la República Dominicana (72,76), el 9% en Jamaica (77) y el 27% en Guyana (78). La mayor parte de los países de la región han centrado sus esfuerzos de prevención del VIH en las relaciones sexuales remuneradas.

Las prácticas sexuales no seguras entre hombres constituyen una faceta significativa, pero bastante encubierta, de las epidemias en esta región, donde varios países siguen penalizando las relaciones sexuales entre hombres (79). Uno de cada cinco hombres encuestados que tienen relaciones sexuales con hombres en Trinidad y Tobago vivía con el VIH, por ejemplo, y uno de cada cuatro manifestó que habitualmente también mantenía relaciones sexuales con mujeres (69). En Jamaica, un estudio halló una prevalencia del 32% entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (73). Los datos indican un incremento en las infecciones por el VIH entre esta población en Cuba (80) y la República Dominicana (81).

En Bermuda y Puerto Rico, el uso no seguro de drogas inyectables contribuye significativamente a la propagación del VIH. En Puerto Rico, el material de inyección contaminado representó alrededor del 40% de las nuevas infecciones entre varones en 2006 y del 27% entre las mujeres (82).

La mortalidad relacionada con el sida en descenso

Las defunciones relacionadas con el sida en el Caribe están en descenso. Una cifra estimada de 12 000 [8500-15 000] personas fallecieron a causa del sida en 2009, en comparación con las 19 000 [16 000-23 000] defunciones producidas en 2001. ■

“EL CARIBE SIGUE SIENDO LA ÚNICA REGIÓN, ADEMÁS DE ÁFRICA SUBSAHARIANA, EN LA QUE LAS MUJERES Y NIÑAS SUPERAN EN NÚMERO A LOS HOMBRES Y NIÑOS ENTRE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH”.

AMÉRICA CENTRAL Y AMÉRICA DEL SUR

Tabla 2.7

Estadísticas de sida para América Central y América del Sur, 2001 y 2009

Fuente: ONUSIDA

		Número de personas que viven con el VIH	Número de nuevas infecciones por el VIH	Número de niños que viven con el VIH	Número de defunciones relacionadas con el sida
AMÉRICA CENTRAL Y AMÉRICA DEL SUR	2009	1,4 millones [1,2–1,6 millones]	92 000 [70 000–120 000]	36 000 [25 000–50 000]	58 000 [43 000–70 000]
	2001	1,1 millones [1,0–1,3 millones]	99 000 [85 000–120 000]	30 000 [20 000–42 000]	53 000 [44 000–65 000]

Figura 2.16

Prevalencia del VIH en América Central y América del Sur

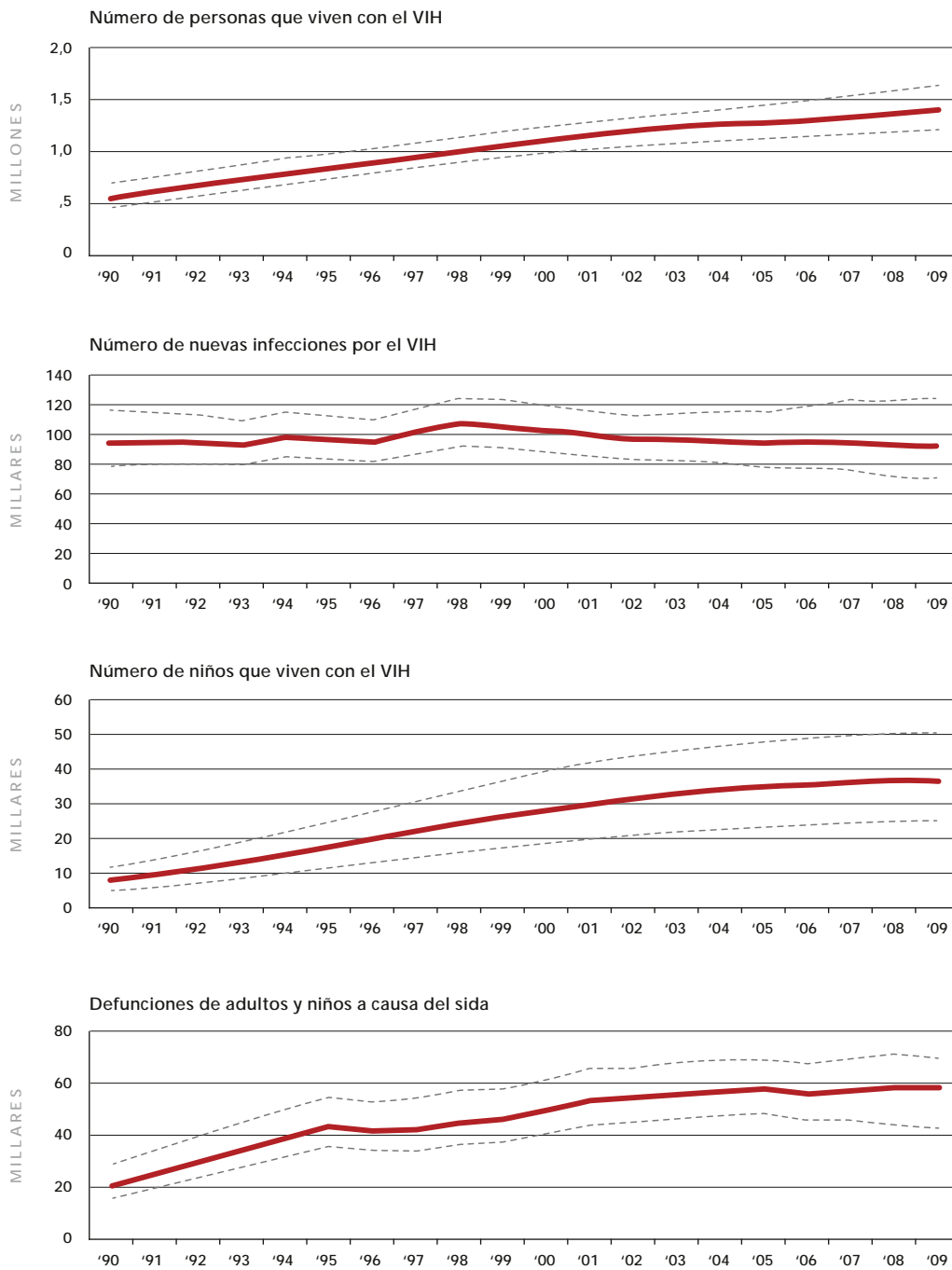
Prevalencia del VIH entre adultos de 15 a 49 años en América Central y América del Sur, de 1990 a 2009.

Fuente: ONUSIDA



Figura 2.17
Tendencias del VIH en América Central y América del Sur

Fuente: ONUSIDA



Epidemia estable, pero la prevalencia aumenta debido al amplio acceso a la terapia antirretrovírica

Las epidemias de VIH en América del Sur y central han cambiado poco en los últimos años (Tabla 2.6, Figura 2.14). El número total de personas que viven con el VIH sigue creciendo (hasta llegar a unos 1,4 millones [1.2 millones-1.6 millones] en 2009 de los 1,1 millones [1,0 millones-1,3 millones] de 2001) debido, en gran parte, a la disponibilidad de la terapia antirretrovírica.

Cerca de un tercio de todas las personas que viven con el VIH en América central y del Sur viven en el populoso país de Brasil, donde los esfuerzos tempranos y permanentes en materia de prevención y tratamiento del VIH han logrado contener la epidemia. En Brasil, la prevalencia del VIH en adultos ha permanecido bastante por debajo del 1% durante al menos la última década.

Epidemias concentradas, principalmente entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

La mayoría de las epidemias de VIH en esta región se concentran en redes de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y alrededor de estas redes. En las encuestas realizadas en grupos de hombres urbanos que tienen relaciones sexuales con hombres, se ha registrado una prevalencia del VIH de al menos el 10% en 12 de 14 países (69), incluido Costa Rica (83). Se han encontrado tasas extraordinariamente altas de VIH en las redes de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En cinco países centroamericanos, la incidencia anual del VIH era del 5,1% (84) entre esta población; asimismo, se encontró una incidencia del 3,5% entre aquellos que acudían a clínicas de salud pública en Lima, Perú. Estas tasas fueron más altas que las observadas entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Europa y América del Norte (85).

Sin embargo, el estigma social ha mantenido ocultas y no reconocidas a muchas de estas epidemias entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En varios países, especialmente de América Central y en los Andes, siguen siendo insuficientes los programas que abordan el papel crucial que tienen en sus epidemias de VIH las relaciones sexuales no seguras entre hombres (64).

El temor a ser estigmatizados puede obligar a muchos hombres que tienen relaciones sexuales con hombres a tener relaciones sexuales también con mujeres. En América Central, por ejemplo, más de uno de cada cinco hombres que afirmaron tener relaciones sexuales con hombres reconocieron haber tenido relaciones sexuales con al menos una mujer en los seis meses anteriores (84).

Freno al VIH entre profesionales del sexo: las inversiones están dando frutos

La mayoría de los países han prestado atención a la prevención de la transmisión del VIH dentro del comercio sexual, y hay indicios de que esos esfuerzos están dando resultado. Se han registrado tasas altas de uso del preservativo y una prevalencia baja del VIH entre mujeres profesionales del sexo en Santiago, Chile (86), El Salvador (87) y Guatemala (88).

1/3

Proporción de la población seropositiva de América central y del Sur que vive en Brasil.

El uso de drogas inyectables ha sido la otra vía principal de transmisión del VIH en esta región, especialmente en el cono sur de América del Sur. Se ha estimado que no menos de 2 millones de personas en América central y del Sur se inyectan drogas y que más de un cuarto de ellas podrían estar viviendo con el VIH (38).

Al igual que en otras regiones con muchas personas que se inyectan drogas, también hay una alta prevalencia entre reclusos y detenidos. Cerca del 6% de los reclusos varones de una penitenciaría de San Pablo (Brasil) a los que se les realizó la prueba del VIH resultaron VIH-positivos (89). Estos datos han empujado a algunos países a tomar medidas para introducir los servicios de prevención del VIH en las prisiones.

Por su parte, la transmisión heterosexual del VIH está en aumento en las epidemias más antiguas de América del Sur. Cuando el uso de drogas inyectables amenguó como modo de transmisión en la epidemia de VIH en Argentina, por ejemplo, una proporción estimada de cuatro de cada cinco nuevos diagnósticos de VIH a mediados de los años 2000 se atribuían al coito sin protección, principalmente entre hombres y mujeres (90). Casi la mitad (43%) de las nuevas infecciones por el VIH en Perú ahora se atribuyen a la transmisión heterosexual (91), aunque se cree que la mayoría de esas infecciones se produjeron durante el comercio sexual y otras formas de relaciones sexuales de mayor riesgo.

El VIH entre los niños

El número de niños (menores de 15 años) que viven con el VIH sigue siendo bajo en América central y del Sur (aproximadamente 4000 nuevos infectados en 2009) y parece estar en descenso. Esta tendencia se presenta a pesar de la cobertura comparativamente baja de servicios para la prevención de la transmisión del VIH a bebés. A finales de 2009, el 54% [39%-83%] de las mujeres embarazadas que vivían con el VIH en la región recibían medicamentos antirretrovíricos para prevenir la transmisión a sus recién nacidos, un porcentaje apenas superior a la cobertura mundial de 53% [40%-79%] en países de ingresos bajos y medios (9). ■

“EL NÚMERO DE NIÑOS QUE VIVE CON EL VIH EN AMÉRICA CENTRAL Y DEL SUR SIGUE SIENDO BAJO Y PARECE ESTAR EN DESCENSO”.

AMÉRICA DEL NORTE Y EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL

Tabla 2.8

Estadísticas de sida para América del Norte y Europa occidental y central, 2001 y 2009

Fuente: ONUSIDA

		Número de personas que viven con el VIH	Número de nuevas infecciones por el VIH	Número de niños que viven con el VIH	Número de defunciones relacionadas con el sida
AMÉRICA DEL NORTE Y EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL	2009	2,3 millones [2,0–2,7 millones]	100 000 [73 000–150 000]	6000 [3500–8000]	35 000 [29 000–56 000]
	2001	1,8 millones [1,6–2,0 millones]	97 000 [82 000–110 000]	7400 [4500–10 000]	37 000 [32 000–44 000]

Figura 2.18

Prevalencia del VIH en América del Norte y Europa occidental y central

Prevalencia del VIH entre adultos de 15 a 49 años en América del Norte y Europa occidental y central, de 1990 a 2009.

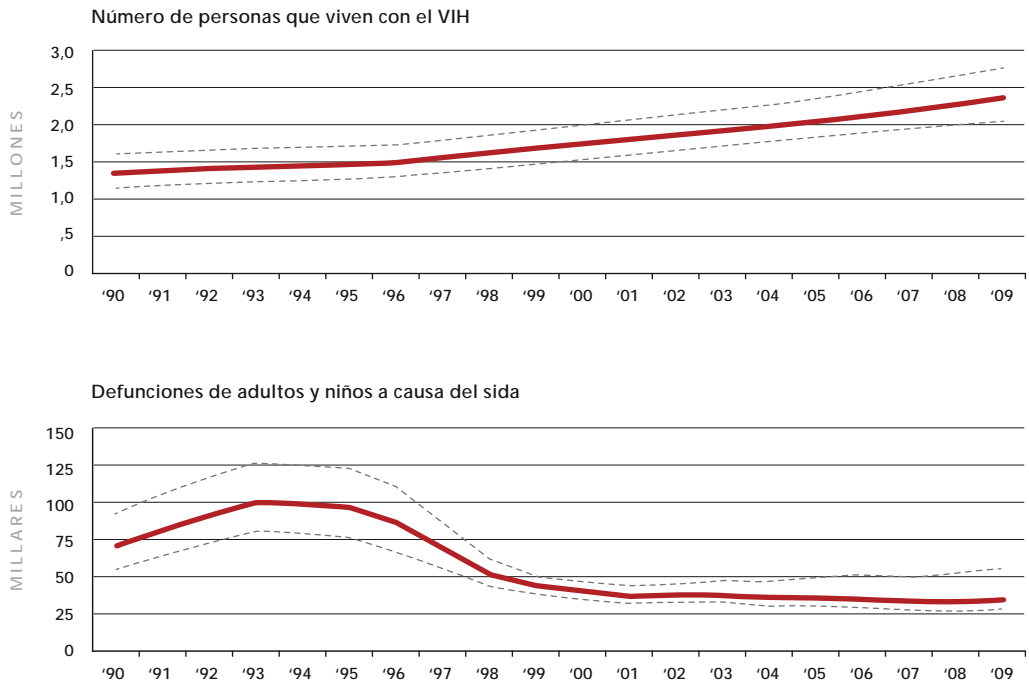
Fuente: ONUSIDA



Figura 2.19

Tendencias del VIH en América del Norte y Europa occidental y central

Fuente: ONUSIDA



3160

Número de nuevos diagnósticos de VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en el Reino Unido en 2007, el mayor registrado hasta la fecha.

El sida no se ha eliminado en los países de ingresos más altos

El número total de personas que viven con el VIH en América del Norte y Europa occidental y central continúa en ascenso y llegó a un número estimado de 2,3 millones [2,0 millones-2,7 millones] en 2009, esto es, un 30% más que en 2001 (Tabla 2.7, Figura 2.15).

Las relaciones sexuales entre hombres aún dominan los patrones de transmisión del VIH en América del Norte y Europa occidental y central, aunque el uso de drogas inyectables y las relaciones sexuales remuneradas sin protección también son factores importantes (especialmente en México y partes de Europa meridional).

En Francia, por ejemplo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres conforman más de la mitad de los nuevos diagnósticos de VIH en hombres, aunque representan sólo el 1,6% de la población del país (92,93). Este patrón epidémico significa que los hombres superan en número a las mujeres entre las personas que viven con el VIH. En 2009, las mujeres conformaban alrededor del 26% de las personas que vivían con el VIH en América del Norte y el 29% en Europa occidental y central.

Epidemias que resurgen entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

En América del Norte y Europa occidental, existen pruebas contundentes sobre el resurgimiento de epidemias de VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (94). Los datos provenientes de 23 países europeos demuestran que el número anual de diagnósticos por el VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres aumentó un 86% entre 2000 y 2006 (95).

Los 3160 nuevos diagnósticos entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se registraron en 2007 en el Reino Unido fue el mayor número que se había registrado hasta ese momento (96). Los datos de la vigilancia nacional también muestran aumentos considerables en los nuevos diagnósticos de VIH en el período 2000-2005 entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Canadá, Alemania, los Países Bajos, España y los Estados Unidos de América (97). En los Estados Unidos, las nuevas infecciones por el VIH atribuidas a las relaciones sexuales sin protección entre hombres aumentaron más del 50% desde 1991-1993 hasta 2003-2006 (98). En Canadá se han registrado tendencias similares (99).

El aumento de las conductas sexuales de riesgo se asocia con esta tendencia. Investigadores en Cataluña (España), por ejemplo, han informado de que un tercio (32%) de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres recientemente habían tenido coito anal sin protección con una pareja ocasional (100), y las encuestas en Dinamarca y Ámsterdam (los Países Bajos) han arrojado resultados similares (101,102).

Las epidemias de VIH se concentran de manera desproporcionada en minorías raciales y étnicas en algunos países. En los Estados Unidos de América, por ejemplo, los afroamericanos constituyen el 12% de la población, pero representaron el 45% de los nuevos infectados por el VIH en 2006 (98). En comparación con sus homólogos caucásicos, los varones afroamericanos son 6,5 veces más propensos a contraer el VIH; y las mujeres afroamericanas, 19 veces más (103).

En Canadá, a mediados de los años 2000, las personas aborígenes conformaban el 3,8% de la población, pero representaban el 8% de las infecciones por el VIH acumuladas y el 13% de las nuevas infecciones anuales. Dos tercios (66%) de las nuevas infecciones se produjeron por la inyección de drogas (99).

Las tasas de nuevas infecciones entre personas que se inyectan drogas han estado disminuyendo en general, principalmente debido a los servicios de reducción de daños. En los Países Bajos (67) y Suiza (98), por ejemplo, las infecciones por el VIH causadas por el uso compartido entre varias personas del mismo material de inyección contaminado prácticamente se han eliminado: como máximo un 5% de las nuevas infecciones (en 2008 y 2007, respectivamente) eran atribuibles a esta práctica.

La epidemia también está disminuyendo en esta población en América del Norte. Por ejemplo, en los Estados Unidos menos de 10 000 personas que se inyectan drogas contrajeron el VIH en 2006, es decir, un tercio de la cantidad registrada entre 1984 y 1986.

El uso múltiple entre diferentes personas del material de inyección contaminado puede acelerar drásticamente una epidemia de VIH, tal como lo comprobó Estonia. En este país, una década atrás casi no se detectaban nuevas infecciones por el VIH; en el lapso de unos años, la mayoría de las personas encuestadas que se inyectaban drogas (72% en una encuesta) vivía con el VIH (38).

También hay puntos críticos en la frontera entre México y los Estados Unidos de América, donde las redes interrelacionadas de uso de drogas y comercio sexual parecen estar impulsando la propagación del VIH. Algunos estudios han descubierto una prevalencia del VIH del 12% entre mujeres profesionales del sexo que se inyectan drogas en Ciudad Juárez y Tijuana (104) y del 3% entre otras personas que se inyectan drogas (105) en Tijuana. Estas epidemias localizadas tienen un considerable potencial de crecimiento. En un estudio de gran magnitud realizado entre mujeres embarazadas en Tijuana, por ejemplo, la prevalencia era del 1% y entre aquellas que consumían drogas era del 6% (106).

Los inmigrantes que viven con el VIH se han convertido en una creciente característica de las epidemias de varios países europeos. La transmisión heterosexual es responsable de aproximadamente la mitad de las nuevas infecciones por el VIH en Europa central (67), pero muchas de estas personas se infectaron en el extranjero (en su mayoría en África subsahariana, el Caribe y Asia).

En el Reino Unido, alrededor del 44% de las nuevas infecciones por el VIH en 2007 se habían producido en el extranjero, principalmente en África subsahariana (96). En el conjunto de Europa, casi una de cada cinco (17%) personas con nuevos diagnósticos de VIH en 2007 procedían de países con epidemias generalizadas (107). ■

19x

Aumento de las probabilidades de que las mujeres afroamericanas se infecten por el VIH en comparación con sus homólogas caucásicas en los Estados Unidos de América.

ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE

Tabla 2.9

Estadísticas de sida para Oriente Medio y África septentrional, 2001 y 2009

Fuente: ONUSIDA.

		Número de personas que viven con el VIH	Número de nuevas infecciones por el VIH	Número de niños que viven con el VIH	Número de defunciones relacionadas con el sida
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL	2009	460 000 [400 000–530 000]	75 000 [61 000–92 000]	21 000 [13 000–28 000]	24 000 [20 000–27 000]
	2001	180 000 [150 000–210 000]	36 000 [32 000–42 000]	7100 [3800–13 000]	8300 [6300–11 000]

Figura 2.20

Prevalencia del VIH en Oriente Medio y África septentrional

Prevalencia del VIH entre adultos de 15 a 49 años en Oriente Medio y África septentrional, de 1990 a 2009.

Fuente: ONUSIDA

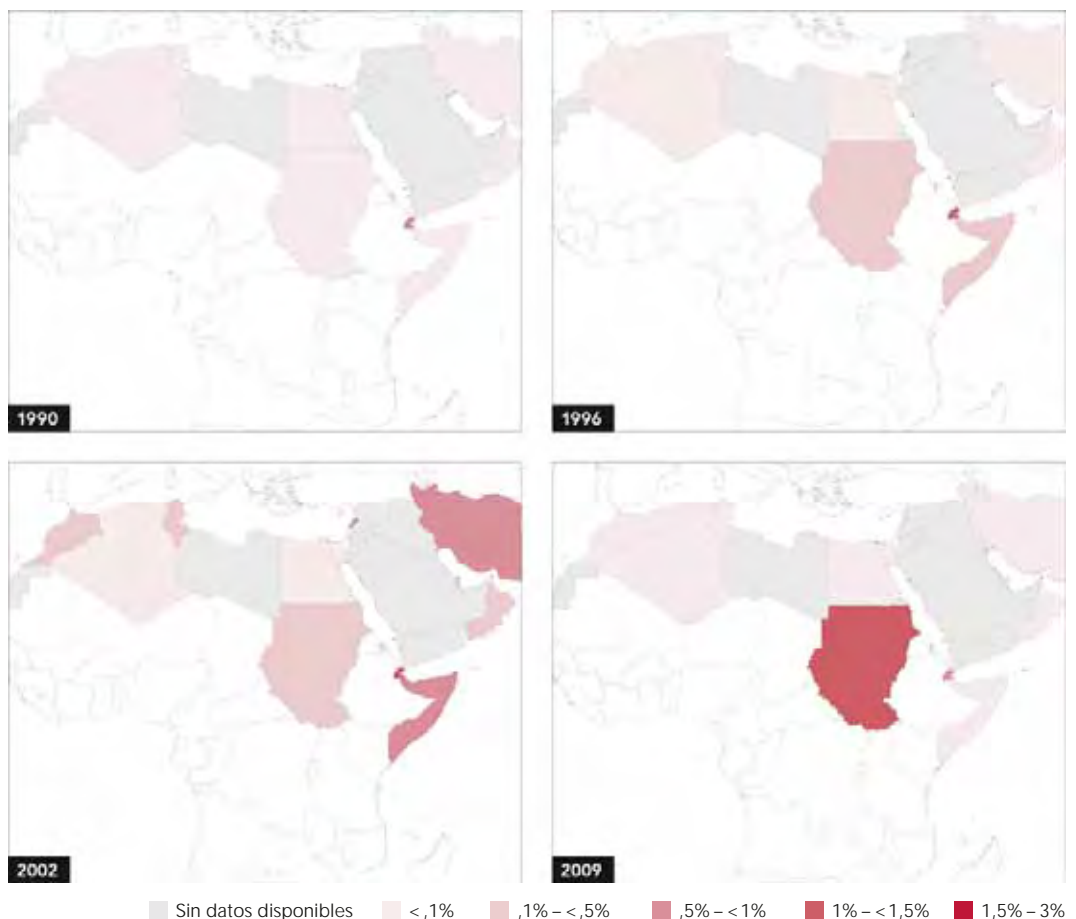
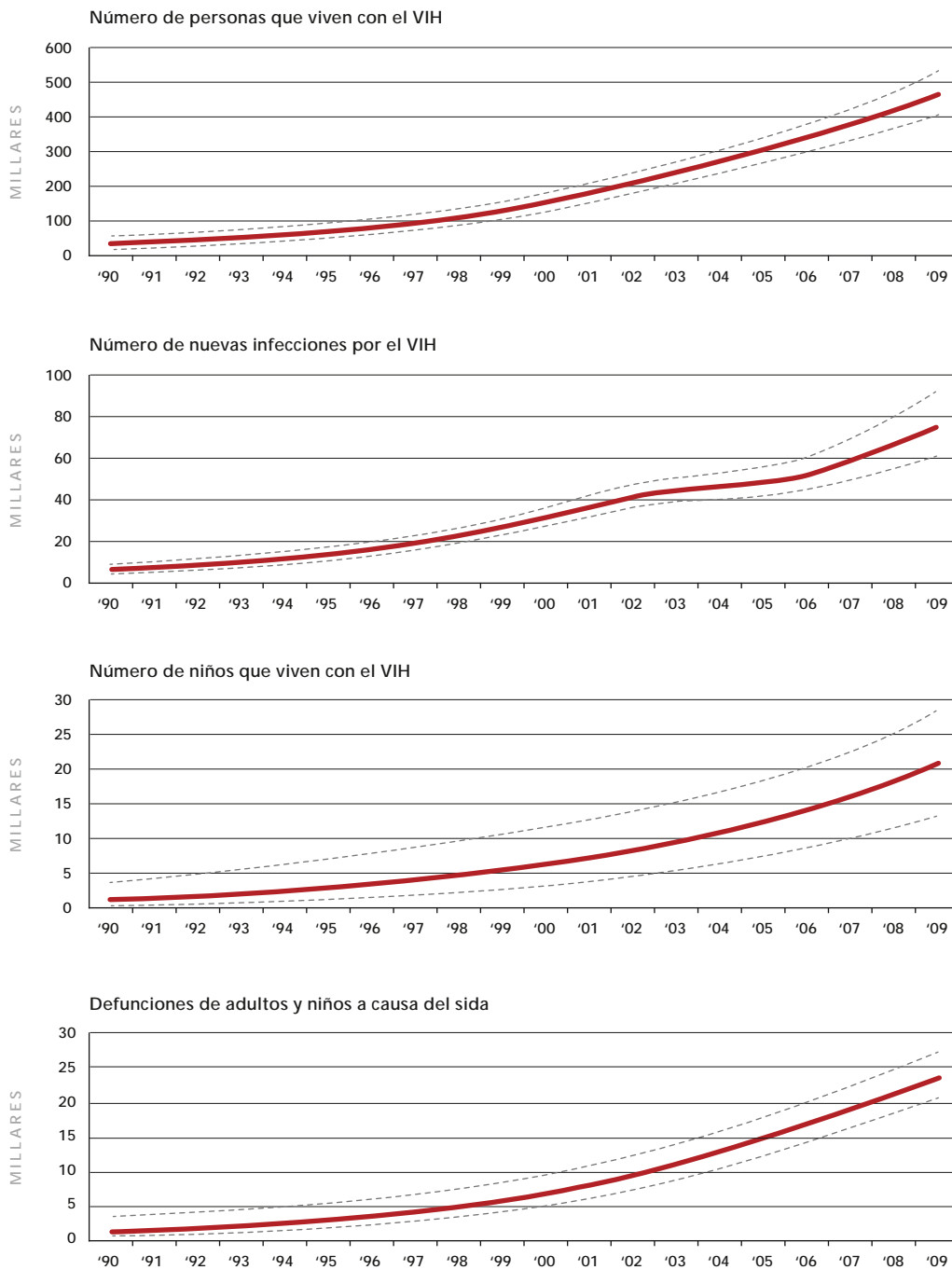


Figura 2.21
Tendencias del VIH en Oriente Medio y África septentrional

Fuente: ONUSIDA



Aumento de la prevalencia del VIH, las nuevas infecciones por el VIH y las defunciones relacionadas con el sida

Un número estimado de 460 000 [400 000-530 000] personas vivían con el VIH en el Oriente Medio y África septentrional a finales de 2009, de los 180 000 [150 000-200 000] registrados en 2001 (Tabla 2.9, Figura 2.20). El número de nuevas infecciones también ha aumentado en la última década. Hubo 75 000 [61 000-92 000] en 2009, más del doble del número (36 000 [32 000-42 000]) de 2001. Las defunciones relacionadas con el sida casi se han triplicado: de 8300 [6300-11 000] en 2001 a 23 000 [20 000-27 000] a finales de 2009.

Los datos fiables sobre las epidemias en Oriente Medio y África septentrional siguen siendo escasos, lo que dificulta el seguimiento preciso de las tendencias recientes. Las pruebas existentes muestran aumentos en la prevalencia del VIH, las nuevas infecciones por el VIH y las defunciones a causa del sida.

La prevalencia del VIH es baja, a excepción de Djibouti y la región meridional de Sudán, donde el VIH se está propagando en la población general, y la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas que utilizan los servicios prenatales supera el 1%.

Se cree que la República Islámica del Irán tiene el mayor número de personas que se inyectan drogas de la región, y su epidemia de VIH se concentra principalmente en este grupo de población. Se estima que el 14% de personas que se inyectan drogas en el país vivían con el VIH en 2007 (108).

80%

Prevalencia de la hepatitis C entre los reclusos que se inyectan drogas en Teherán.

En Teherán, la prevalencia extremadamente alta del virus de la hepatitis C (80%) registrada entre detenidos que se inyectan drogas (109) indica un potencial considerable para la propagación del VIH dentro y fuera de la red de personas que se inyectan drogas. Se ha estimado que cerca de la mitad (45%) de la población de las prisiones en Irán está encarcelada por delitos relacionados con los estupefacientes (110,111). La exposición a material de inyección contaminado se destaca en las epidemias de Argelia, Egipto, Líbano, la Jamahiriya Árabe Libia, Marruecos, Omán, la República Árabe Siria y Túnez.

Impacto desproporcionado en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Las relaciones sexuales entre hombres son objeto de un gran estigma en esta región y constituyen delitos penados en muchos países. Los servicios para el VIH destinados a esta población tienden a ser limitados (112). Existen datos que señalan que este grupo de población soporta una cuota desproporcionada de la carga de VIH en al menos algunos países.

En encuestas llevadas a cabo en Sudán, entre 8% y el 9% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres vivían con el VIH (70), en comparación con el 6% en Egipto (113). Al igual que en otras regiones, muchos hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también tienen relaciones sexuales con mujeres (114).

Las redes de comercio sexual existen, pero tienen una baja prevalencia del VIH

Los datos disponibles sugieren que la transmisión del VIH sigue siendo limitada en las redes de comercio sexual. Al ser encuestadas en 2006, alrededor del 1% de las mujeres profesionales del sexo en Egipto vivían con el VIH (113), en comparación con un 2% a 4% en Argelia, Marruecos y Yemen (112). No hay datos suficientes que permitan determinar la magnitud en la que el VIH se transmite a los clientes varones y otras parejas sexuales de estas profesionales, así como a sus respectivas parejas. ■

“LAS RELACIONES SEXUALES ENTRE HOMBRES SON OBJETO DE UN GRAN ESTIGMA EN ESTA REGIÓN Y CONSTITUYEN DELITOS PENADOS EN MUCHOS PAÍSES”.

Tabla 2.10

Estadísticas de sida para Oceanía, 2001 y 2009

Fuente: ONUSIDA.

		Número de personas que viven con el VIH	Número de nuevas infecciones por el VIH	Número de niños que viven con el VIH	Número de defunciones relacionadas con el sida
OCEANÍA	2009	57 000 [50 000–64 000]	4500 [3400–6000]	3100 [1500–4800]	1400 [<1000–2400]
	2001	28 000 [23 000–35 000]	4700 [3800–5600]	<1000 [<500–1600]	<1000 [<500–1100]

Figura 2.22

Prevalencia del VIH en Oceanía

Prevalencia del VIH entre adultos de 15 a 49 años en Oceanía, de 1990 a 2009

Fuente: ONUSIDA.

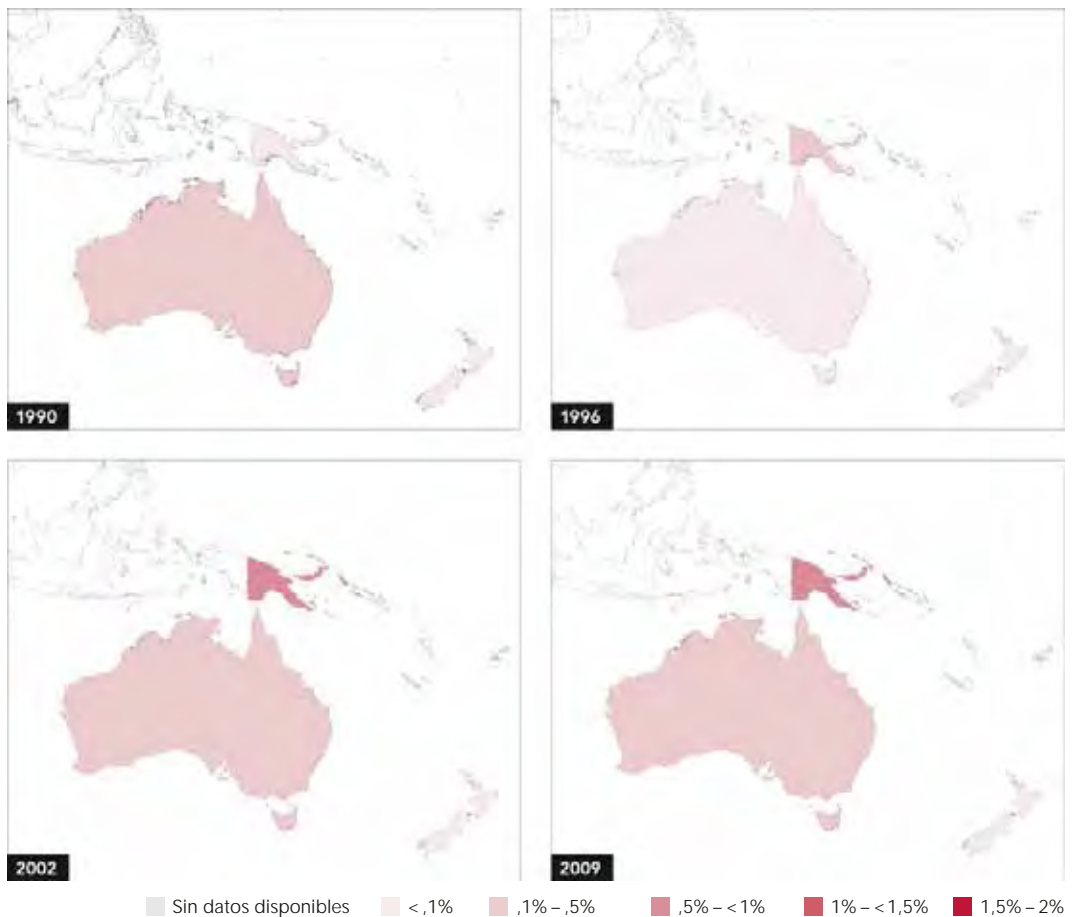
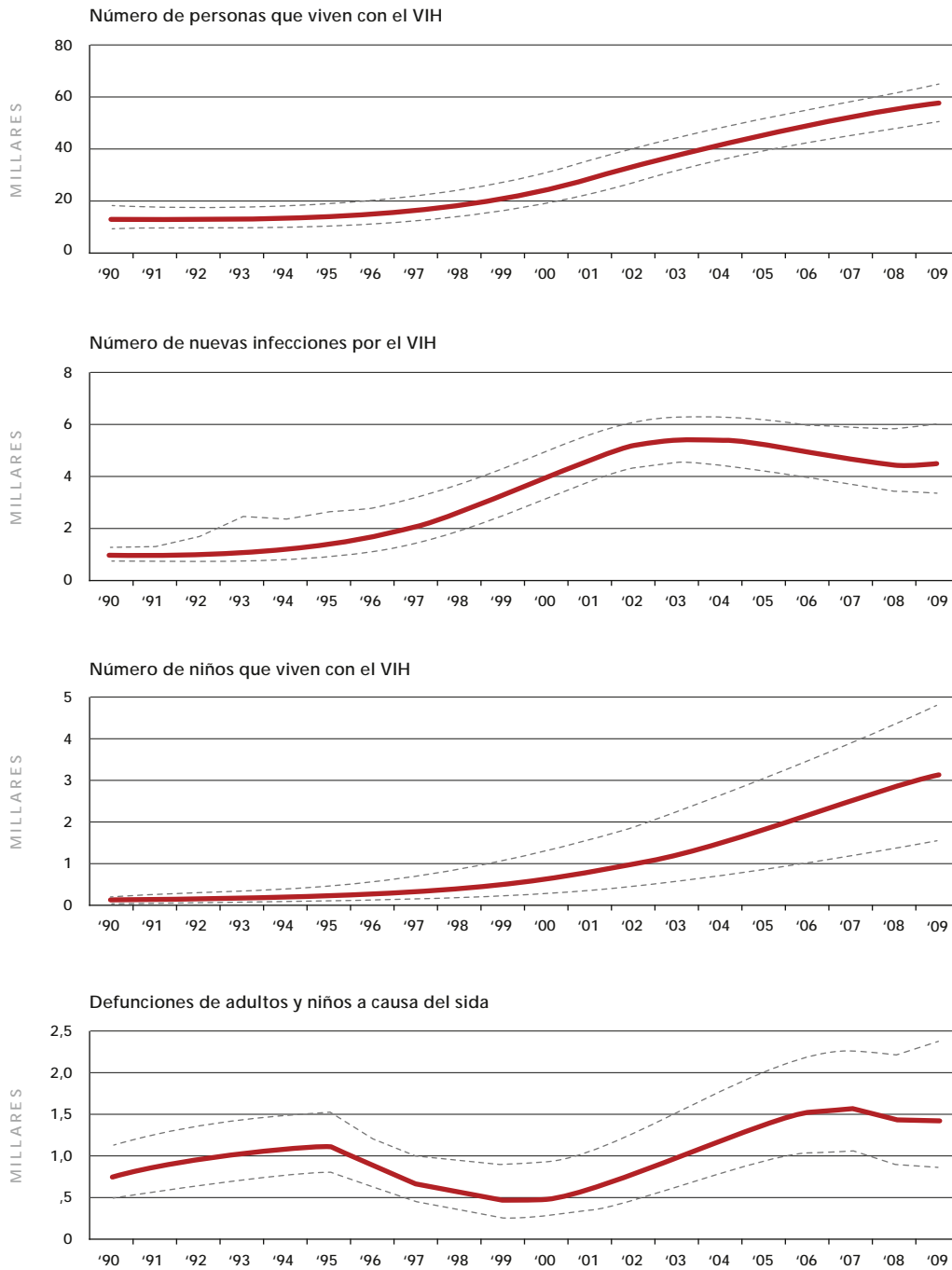


Figura 2.23
Tendencias del VIH en Oceanía

Fuente: ONUSIDA.



“LA EPIDEMIA DE VIH EN PAPÚA NUEVA GUINEA ES LA MAYOR Y LA ÚNICA GENERALIZADA EN OCEANÍA”.

161

De 2005 a 2009, este es el aumento del número de centros que cuentan con programas para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH.

La epidemia del VIH comienza a estabilizarse

La epidemia de VIH en Oceanía es pequeña, pero el número de personas que viven con el virus en esta región casi se duplicó entre 2001 y 2009: de 28 000 [23 000-35 000] a 57 000 [50 000-64 000] (Tabla 2.10 y Figura 2.22). Sin embargo, el número de nuevas infecciones ha comenzado a disminuir, de 4700 [3800-5600] en 2001 a 4500 [3400-6000] en 2009.

La epidemia de VIH en Papúa Nueva Guinea es la mayor y la única generalizada de esta región. Un análisis reciente de los datos disponibles en todo el país muestra que comienza a estabilizarse. La prevalencia nacional del VIH en adultos en 2009 se estimó en 0,9% [0,8-1,0%] y el número de personas infectadas por el VIH es 34 000 [30 000-39 000]. Estas estimaciones se calcularon a partir de datos de clínicas de atención prenatal de todas partes de Papúa Nueva Guinea que ofrecen pruebas del VIH a mujeres embarazadas como parte de la atención de rutina. Los programas dirigidos a prevenir la transmisión materno-infantil del VIH aumentaron considerablemente el número de centros que brindan servicios de pruebas a las mujeres en los últimos años (de 17 en 2005 a 178 en 2009), lo que también dio como resultado una mayor cantidad de información para usar en el proceso de estimación.

La transmisión sexual propicia las epidemias

Las epidemias de VIH en Oceanía están impulsadas mayormente por la transmisión sexual. El coito heterosexual sin protección es el principal modo de transmisión en Papúa Nueva Guinea, mientras que las relaciones sexuales sin protección entre hombres predominan en las epidemias de los países más pequeños del Pacífico y en las de Australia y Nueva Zelanda (115).

Tal como sucede en muchos otros países de ingresos altos con epidemias de VIH más antiguas, en Australia y Nueva Zelanda se ha observado un aumento en los nuevos diagnósticos de VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en la última década. La tendencia puede señalar un aumento en el comportamiento sexual de mayor riesgo en este grupo de población (116,117).

Dada la ausencia de datos de encuestas, resulta difícil determinar el papel que desempeña el comercio sexual en la epidemia de Papúa Nueva Guinea, pero se observa que las relaciones sexuales remuneradas son frecuentes entre las poblaciones móviles, entre ellas, trabajadores migrantes, trabajadores del transporte y personal militar (118).

Uso de drogas inyectables: un factor pequeño pero significativo

El uso de drogas inyectables es un factor de poca importancia en las epidemias de esta región. Sin embargo, en partes de Australia, ocupa un lugar predominante en la epidemia de VIH entre los aborígenes. Las infecciones por el VIH entre aborígenes y pobladores de las Islas del Estrecho de Torres se atribuyeron al uso de drogas inyectables en el 22% de los casos en los últimos cinco años (117). Sin embargo, en la Polinesia Francesa y Melanesia (sin incluir Papúa Nueva Guinea), las personas que se inyectan drogas conforman el 12% y el 6%, respectivamente, de las notificaciones acumuladas de casos de VIH (115).

Nuevas infecciones en niños: Papúa Nueva Guinea soporta la mayor parte de la carga

La transmisión maternoinfantil del VIH es un factor significativo en la epidemia de Papúa Nueva Guinea, donde casi el 10% de todas las personas con nuevos diagnósticos de VIH hasta la fecha lo contrajo durante la exposición perinatal (115). ■

Incidencia en aumento >25%

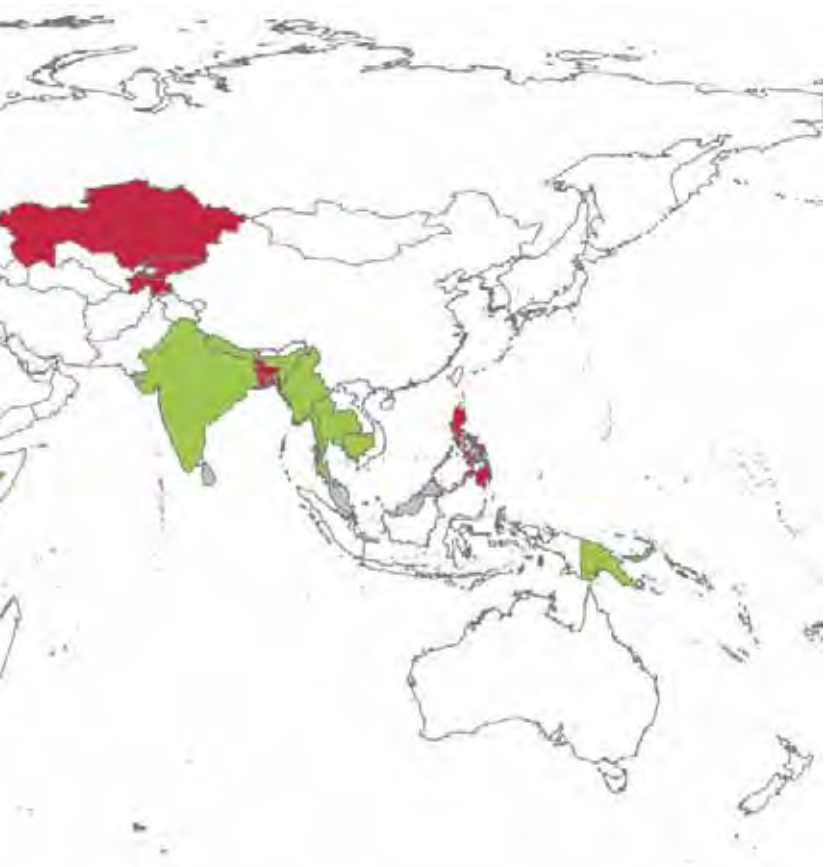
- Armenia
- Bangladesh
- Georgia
- Kazajstán
- Kirguistán
- Filipinas
- Tayikistán

Estable

- Angola
- Argentina
- Belarús
- Benin
- Camerún
- Congo, República Democrática del
- Djibouti
- Francia
- Alemania
- Ghana
- Haití
- Kenya
- Lesotho
- Lituania
- Malasia
- Niger
- Nigeria
- Panamá
- Moldova
- Senegal
- Sri Lanka
- Uganda
- Estados Unidos de América

Incidencia en disminución >25%

- Belice
- Botswana
- Burkina Faso
- Camboya
- República Centroafricana
- Congo
- Côte d'Ivoire
- República Dominicana
- Eritrea
- Etiopía
- Gabón
- Guinea
- Guinea-Bissau
- India
- Jamaica
- Letonia
- Malawi
- Malí
- Mozambique
- Myanmar
- Namibia
- Nepal
- Papua Nueva Guinea
- Rwanda
- Sierra Leona
- Sudáfrica
- Suriname
- Swazilandia
- Tailandia
- Togo
- República Unida de Tanzania
- Zambia
- Zimbabwe



Ante la ausencia de pruebas de diagnóstico fiables que puedan medir directamente el nivel de nuevas infecciones por el VIH en una población, las estimaciones de la incidencia del virus se realizan mediante la elaboración de modelos. Este mapa incluye 60 países de los cuales se contaba con estimaciones fiables de las nuevas infecciones a lo largo del tiempo para la ronda de estimaciones nacionales de 2010 utilizando las herramientas EPP y Spectrum, y 3 países que contaban con publicaciones revisadas sobre las tendencias de la incidencia. Los métodos de EPP y Spectrum estiman las tendencias de la incidencia del VIH a partir de la prevalencia en un período de tiempo combinado con los cambios en los niveles de terapia antirretrovírica. Los criterios de EPP/Spectrum para incluir países en este análisis se describen a continuación. Había archivos EPP disponibles, y las tendencias en EPP no se dedujeron de las estimaciones de la prevalencia de Workbook: se disponía de datos de la prevalencia hasta el año 2007 como mínimo; hubo al menos cuatro puntos temporales entre 2001 y 2009 para los que había datos de la prevalencia correspondiente a epidemias concentradas y al menos tres puntos de datos en el mismo período para epidemias generalizadas; para la mayoría de las curvas de epidemia de un país dado, el EPP no obtuvo un aumento artificial en la prevalencia del VIH en los últimos años debido a la escasez de puntos de datos de la prevalencia; los datos fueron representativos del país; la tendencia en la incidencia deducida por EPP/Spectrum no fue discordante con las tendencias modeladas de la incidencia que se dedujeron a partir de la prevalencia específica por edad en los resultados de encuestas nacionales. Para algunos países que cuentan con epidemias complejas que incluyen a diversos grupos de población con diversas conductas de riesgo y grandes diferencias geográficas, como Brasil, China o la Federación de Rusia, este tipo de evaluación es realmente compleja y puede que no se concluya en la ronda de estimaciones de 2010. El ONUSIDA seguirá trabajando con los países y los asociados para mejorar la calidad de la información disponible y proyectar metodologías para incluir los datos de incidencia de otros países en futuros informes.

CAPÍTULO 3



PREVENCIÓN DEL VIH

DATOS CLAVE

- La incidencia global de la infección del VIH disminuyó un 19% entre 1999 (año en el que alcanzó su punto máximo) y 2009. Esta reducción superó el 25% en 33 países, 22 de los cuales se encuentran en África subsahariana.
 - En 2009, 370.000 [230.000-510.000] niños se infectaron por el VIH por vía de la transmisión maternoinfantil, lo que supone un descenso de un 24% respecto a cinco años antes. Sin embargo, el acceso inadecuado a los servicios prenatales y postnatales dificulta que los avances para prevenir la transmisión maternoinfantil se expandan con rapidez.
 - Las inversiones para prevenir el VIH solo representan en torno al 22% del gasto total en sida en 106 países de ingresos medios y bajos.
 - Desde 2008, el conocimiento integral y correcto del VIH entre jóvenes de ambos sexos ha mejorado ligeramente en todo el mundo. Sin embargo, el número de jóvenes que cuentan con esta información, solo un 34%, es apenas un tercio del objetivo del UNGASS (95%).
 - El análisis de las tendencias muestra un descenso general del porcentaje de personas que tuvieron más de una pareja sexual durante el año previo en África subsahariana.
 - La disponibilidad de preservativos en lugares necesitados está mejorando significativamente: en 2009 se distribuyeron 25,8 millones de preservativos femeninos gracias a fuentes de financiación internacionales y no gubernamentales. Su distribución aumentó en 10 millones de 2008 a 2009.
 - Los prometedores resultados de un estudio realizado recientemente de un gel con base de tenofovir han generado la esperanza de que pronto sea viable una opción de prevención adicional y efectiva iniciada por la mujer.
-

» Las nuevas infecciones están disminuyendo en todo el mundo

Los grandes esfuerzos realizados para promover y apoyar la prevención combinada del VIH están consiguiendo resultados evidentes e impresionantes. La incidencia global de la infección por el VIH disminuyó un 19% entre 1999 y 2009. Esta reducción superó el 25% en 33 países, 22 de los cuales se encuentran en África subsahariana. Sin embargo, mientras que varias partes del mundo han sido testigos de descensos significativos y esperanzadores de la infección entre 2001 y 2009, en este mismo periodo la incidencia aumentó más de un 25% en siete países, cinco de los cuales están en Europa oriental y Asia central, mientras que en 23 países se mantuvo estable. El cambio de conductas es el factor más importante que explica este descenso en muchos países. Entre los jóvenes, la notable caída de la incidencia se ha asociado a una tendencia bastante positiva (para uno u ambos sexos) en indicadores de conducta importantes, como el mayor uso del preservativo, el retraso de la iniciación sexual, y la reducción del número de parejas sexuales múltiples (1).

El uso correcto y sistemático del preservativo ha demostrado tener una efectividad superior al 90% a la hora de prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Once países han confirmado que el uso del preservativo durante la última relación sexual de riesgo tanto de hombres como de mujeres era igual o superior al 75%. Los principales logros en la prevención del VIH se han conseguido en países con epidemias concentradas que han dedicado iniciativas de programación y fondos considerables para la prevención entre las personas más expuestas al riesgo de infección. Sin embargo, en muchas ocasiones las respuestas de prevención no se centran en estas poblaciones clave.

En 2009, 370.000 [230.000-510.000] niños se infectaron por el VIH por vía de la transmisión maternoinfantil (una cifra bastante inferior a los 500.000 [320.000-680.000] de 2001). Aunque es un avance importante para la salud de madres e hijos, el acceso inadecuado a los servicios prenatales y postnatales dificulta que se sigan difundiendo con rapidez los avances en la prestación de servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil.

Dirigir adecuadamente las inversiones para prevenir el VIH

Las inversiones para prevenir el VIH solo representan en torno al 22% del gasto total en sida en 106 países de ingresos medios y bajos. Incluso con los recursos existentes, uno de los principales retos para fortalecer la respuesta a la epidemia ha sido la reticencia de los planificadores y ejecutores a la hora de centrar las iniciativas de prevención en aquellos lugares donde tienen mayor impacto. Las inversiones en prevención del VIH no siempre siguen las pautas de la epidemia. En Europa oriental y Asia central, zonas que cuentan con epidemias principalmente concentradas, el 89% de dichas inversiones no se destinan a las personas más expuestas al riesgo de infección, como pueden ser los usuarios de drogas, los profesionales del sexo y sus clientes, o los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Una proporción notable de las nuevas infecciones se dan en estos grupos de población, incluso en países con epidemias generalizadas, pero los recursos destinados a la prevención suelen ignorar esta realidad. Por ejemplo, la proporción de gastos en prevención del VIH destinados a programas para profesionales del sexo y sus clientes, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y usuarios de drogas es solo de un 1,7% en Burkina Faso, un 0,4% en Côte d'Ivoire, y un 0,24% en Ghana, si bien el porcentaje de nuevas infecciones en estas poblaciones es del 30%, 28% y 43% respectivamente (2).

Tanto en Kenya como en Mozambique, entre un cuarto y un tercio de las nuevas infecciones se producen entre usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y trabajadores del sexo y sus clientes (3). La proporción del gasto destinado al sida que estos países dirigen a prevenir el virus entre estas poblaciones es de un 0,35% y un 0,25% respectivamente, y en su mayoría proviene de fuentes internacionales. Los fondos que dirigen a ayudar específicamente a estas poblaciones como respuesta al virus son solo un uno por ciento de su porción respectiva en la epidemia nacional (4).

De la misma manera, las inversiones destinadas a los jóvenes a menudo no consiguen equilibrar adecuadamente la necesidad de inversiones continuas para prevenir el VIH entre los jóvenes y la de prestar una atención especial a las necesidades específicas de los jóvenes más expuestos al riesgo de infección por el consumo de drogas, el comercio sexual o el sexo sin protección entre varones. Por ejemplo, en Asia se destina el 90% de los recursos a jóvenes poco expuestos al riesgo, quienes representan solo un 5% de las personas que se infectan por el VIH (5).

Los esfuerzos de prevención combinada del VIH están dando resultados

En aquellos lugares en los que los principales indicadores conductuales relacionados con el riesgo de infección por el VIH (uso del preservativo, iniciación sexual antes de los 15 años de edad y parejas múltiples) reflejan tendencias positivas, la incidencia de la infección se reduce considerablemente (1).

Cada vez se dispone de más datos que muestran que los esfuerzos de prevención combinada del VIH que abordan los factores de riesgo más significativos han cambiado contundentemente el curso de la epidemia. En Namibia, las mejoras en la información y en los indicadores de conductas (incluida la información integral, la edad de iniciación sexual, la adopción de sexo de alto riesgo, y el uso de preservativos entre hombres y mujeres de entre 15 y 24 años de edad) se asociaron con un descenso en la prevalencia del VIH entre jóvenes: de algo más de un 10% en 2007 a en torno al 5% en 2009.

370k

En 2009, 370.000 niños se habían infectado por el VIH a través de la transmisión materno-infantil (una cifra inferior a los 500.000 de 2001).

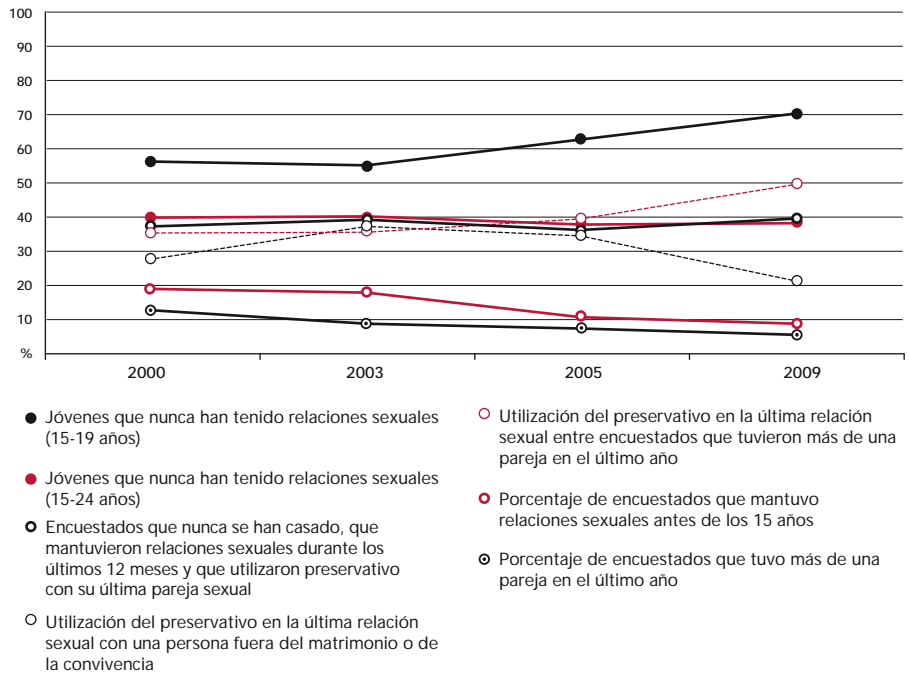
Gráfico 3.1

Prevención del VIH relacionada con el sexo en Zambia

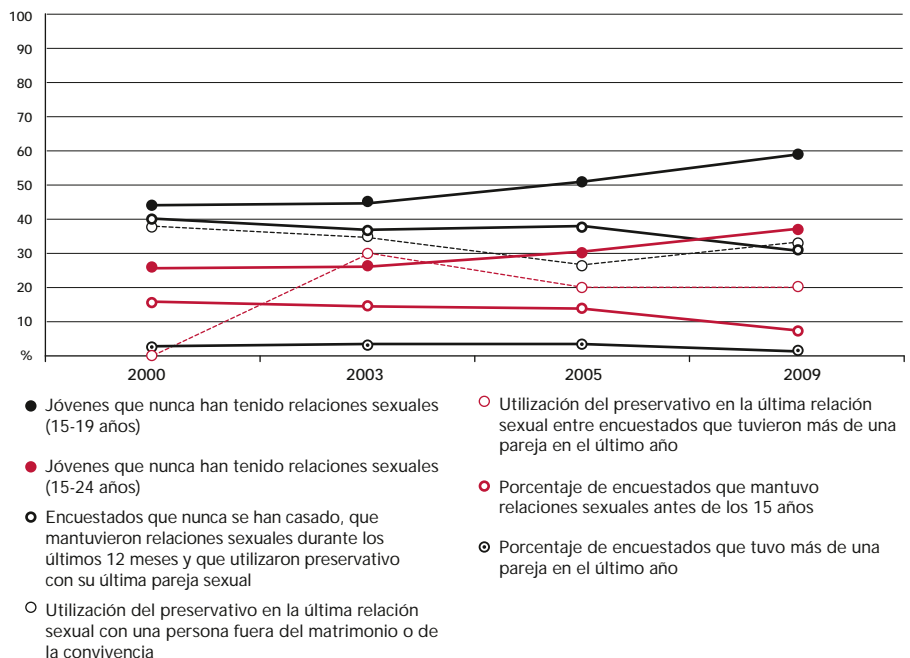
Progresos y obstáculos en la prevención sexual primaria, Zambia, 2000-2009.

Fuente: Encuesta de conducta sexual en Zambia.

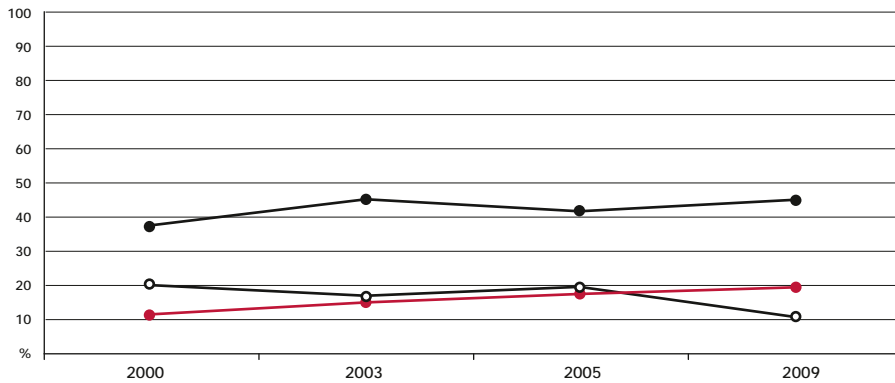
Hombres de 15 a 24 años



Mujeres de 15 a 24 años

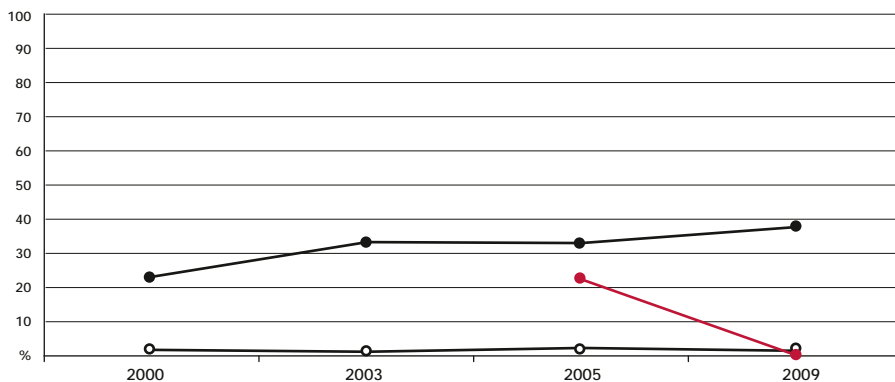


Hombres de 25 a 49 años



- Utilización del preservativo en la última relación sexual con una persona fuera del matrimonio o de la convivencia
- Utilización del preservativo en la última relación sexual entre encuestados que tuvieron más de una pareja en el último año
- Porcentaje de encuestados que mantuvo relaciones sexuales antes de los 15 años

Mujeres de 25 a 49 años



- Utilización del preservativo en la última relación sexual con una persona fuera del matrimonio o de la convivencia
- Utilización del preservativo en la última relación sexual entre encuestados que tuvieron más de una pareja en el último año
- Porcentaje de encuestados que mantuvo relaciones sexuales antes de los 15 años

¹ Se dispone de datos limitados (nueve de 41 países) para Europa oriental y central, y en menor medida, de Oriente Medio y África septentrional (ocho de 20 países). África subsahariana es la región que cuenta con datos más completos sobre el conocimiento integral del VIH, debido en gran parte a las Encuestas de Demografía y Salud que se han realizado en 85 países gracias al apoyo del Gobierno de los Estados Unidos y de otros países participantes y donantes.

Entre 2001 y 2009, la incidencia general del virus disminuyó en Namibia en más de un 25%. Por su parte, Zimbabwe también ha registrado tendencias similares. Sin embargo, cuando se producen simultáneamente varios tipos de cambios de conductas, por ejemplo, cuando el uso del preservativo aumenta a la par que las relaciones múltiples o viceversa, es más difícil identificar los efectos de estos cambios a la hora de reducir la incidencia.

En Zambia, la incidencia del VIH descendió en más de un 25% entre 2001 y 2009. El país ha conseguido aumentar con éxito tanto la edad de la iniciación sexual como la abstinencia entre los jóvenes (6). El número de jóvenes y adultos de más edad que tienen parejas múltiples también se ha reducido. Sin embargo, la proporción de hombres y mujeres de entre 15 y 24 años que durante el año pasado tuvieron más de una pareja sexual y que utilizaron preservativo en su último encuentro sexual también ha disminuido considerablemente.

Aunque se ha reducido el número de jóvenes, tanto hombres como mujeres, sexualmente activos en Zambia y que tuvieron más de una pareja en los últimos 12 meses, el uso del preservativo dentro de esta población, lejos de aumentar, ha disminuido. Para conseguir el máximo efecto, se deben adoptar simultáneamente todas las opciones para reducir el riesgo de exposición sexual al VIH. (Figura 3.1).

El cambio de conductas y un conocimiento correcto e integral reducen la incidencia y la prevalencia del VIH en la mayoría de los países de alta prevalencia.

En todo el mundo, el conocimiento integral y correcto sobre el VIH entre jóvenes de ambos sexos ha mejorado ligeramente desde 2003. Sin embargo, el número de jóvenes que cuentan con estos conocimientos generales, solo un 34%, es apenas un tercio del objetivo del UNGASS (95%).¹ Diez países han logrado que el nivel de conocimientos precisos e integrales se sitúe en torno a un 60% para los jóvenes de entre 15 y 24 años (Figura 3.2).

Siguen existiendo muchas oportunidades para mejorar los conocimientos en torno a la prevención del VIH y las conductas. Menos de la mitad de los jóvenes que viven en 15 países de los 25 con mayor prevalencia pueden contestar correctamente cinco preguntas básicas sobre el VIH y su transmisión (incluido Botsuana, Burundi, Camerún, la República Centroafricana, el Chad, Congo, Côte d'Ivoire, Guinea-Bissau, Kenya, Malawi, Nigeria, Sudáfrica, Togo, República Unida de Tanzania y Zambia). Los jóvenes de entre 15 y 24 años mejoran paulatinamente su conocimiento sobre el VIH en estos 25 países, pero todavía están lejos de los objetivos mundiales que se fijaron en 2001.

Relaciones complejas, cambiantes y múltiples

Comprender las variedades y las tendencias de las relaciones sexuales es un elemento necesario para poner en marcha programas de prevención efectivos. En la mayoría de los países, una minoría de hombres y mujeres afirman haber mantenido relaciones sexuales con más de una persona en el último año. El análisis de pautas muestra un descenso general en el porcentaje de personas que tuvieron más de una pareja el pasado año en África subsahariana, con algunas excepciones, como es el caso de Botsuana, Congo, Sudáfrica y Uganda. En Uganda, cada vez son más los hombres mayores de 25 años que afirman tener parejas múltiples, mientras que el número de mujeres se mantiene bastante estable (Figura 3.3).

Figura 3.2

Conocimiento del VIH entre los jóvenes

Países con un conocimiento integral y preciso del VIH superior al 60% entre los jóvenes de entre 15 y 24 años.

Fuente: Informes de progresos de los países 2010.

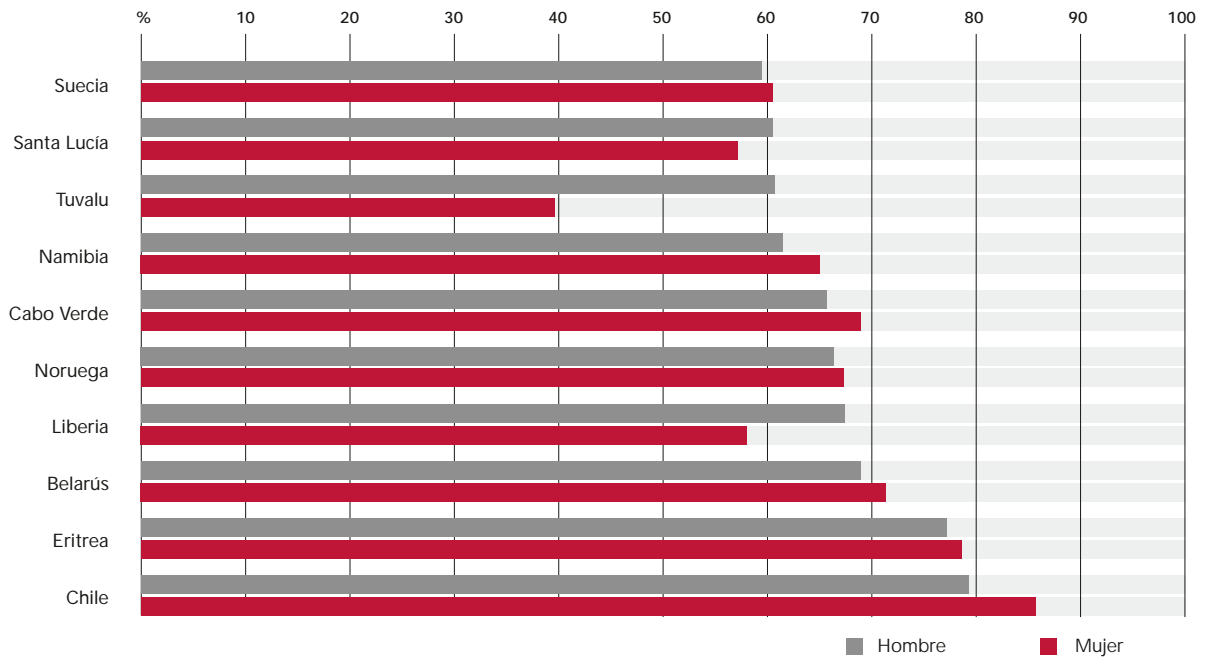
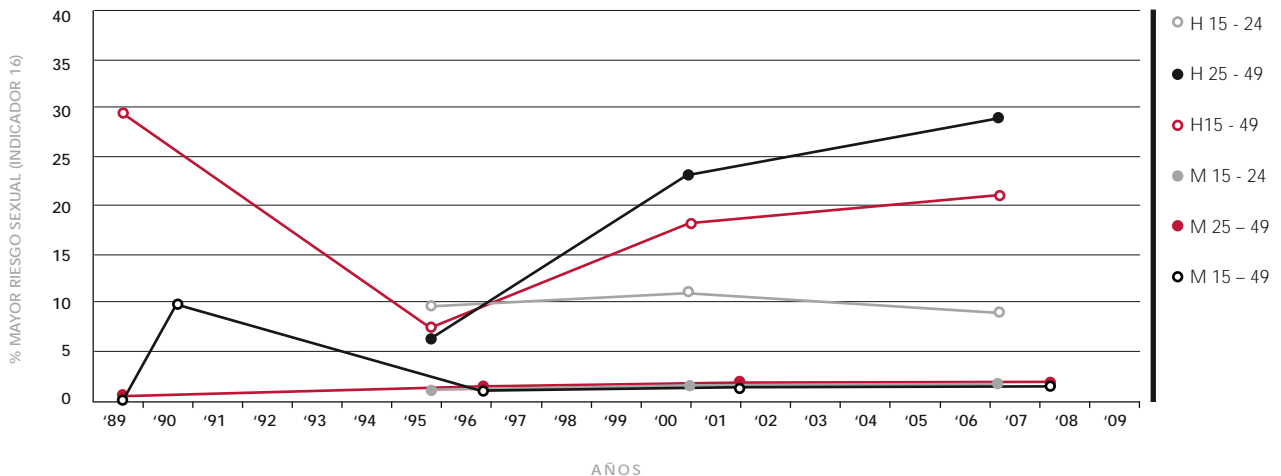


Figura 3.3

Parejas sexuales múltiples en el último año, Uganda

Porcentaje de población (edad entre 15 y 49 años) que tuvieron múltiples parejas sexuales en el año anterior en Uganda, por sexo y grupo de edad, 1989-2006.

Fuente: Encuestas de Demografía y Salud y otros datos de encuestas sobre conductas de población.



75%

Tasa de utilización del preservativo por hombres y mujeres en relaciones sexuales de riesgo según los datos de 11 países.

En 59 de los 93 países que han facilitado datos, incluidos 18 de los 25 países con mayor prevalencia del VIH, menos del 25% de los hombres reconocía haber mantenido relaciones sexuales con más de una persona en los últimos 12 meses. Un número considerablemente mayor (84 países) informaron de que menos del 25% de las mujeres había mantenido relaciones sexuales con más de una persona en los últimos 12 meses, lo que supone que, de media, la proporción de hombres supera un 16% a la de mujeres. En diez países esta cifra se situaba entre el 26% y el 50% en el caso de los hombres, mientras que en dos países este mismo rango se aplicaba a las mujeres.

Mejora la disponibilidad y el uso de preservativos

Once países han registrado niveles de uso del preservativo iguales o superiores al 75% en la última relación sexual de riesgo de hombres o mujeres (como Botswana, India o Sudáfrica). Los informes de progresos nacionales muestran que el porcentaje medio del uso del preservativo en la última relación sexual de hombres que mantuvieron más de una pareja en los últimos 12 meses es del 48%, y de 38% en el caso de las mujeres. De los 83 países que facilitaron datos, 32 registraron un uso del preservativo del 60% o mayor durante la última relación sexual de hombres que tuvieron más de una pareja en los últimos 12 meses, mientras que en el caso de las mujeres fueron 20 de los 80 países.

Los datos de las Encuestas de Demografía y Salud muestran que el uso del preservativo está aumentando en África subsahariana. Botswana afirmó que al menos el 80% de los hombres utilizaron preservativo en el último encuentro sexual de riesgo; ningún país registró estas cifras en el caso de las mujeres. En contraste, 14 países registraron índices de uso del preservativo del 20% o inferior en el último encuentro sexual de aquellos que tuvieron más de una pareja en el año anterior, bien fueran hombres o mujeres, incluidos países de alta prevalencia como la República Democrática del Congo, Etiopía, Malawi, Rwanda, Uganda y la República Unida de Tanzania.

En Asia, las mujeres de Camboya, Myanmar y Tailandia, y los hombres de Timor-Leste registraron menos de un 25% de uso del preservativo en su última relación de alto riesgo. Los demás países de Asia mostraron mayores índices en este indicador o no ofrecieron datos al respecto. De los países que sí lo hicieron en Europa oriental y Asia central, la mayoría registraron niveles de entre el 51% y el 80%.

Los datos sobre el uso del preservativo entre profesionales del sexo durante su última relación sexual con un cliente son esperanzadores. De los 86 países que facilitaron datos al respecto, 26 registraban niveles iguales o superiores al 90%, mientras que en 13 el porcentaje se situaba entre el 80% y el 90%. Al mismo tiempo, 47 países (más de la mitad de los evaluados) registraron tasas inferiores al 80%, y 17 países no llegaron al 60%. Se necesitan por tanto más iniciativas para promover el uso de esta tecnología y proteger así a los profesionales del sexo y a los clientes frente al VIH. La disponibilidad de preservativos femeninos en lugares necesitados está mejorando significativamente: en 2009 las fuentes de financiación internacionales y no gubernamentales ofrecieron un total de 25,8 millones de preservativos, una cifra muy superior a los 10,7 millones de 2006. Solo entre 2008 y 2009, su distribución aumentó en 10 millones de unidades. Sin embargo, la distribución mundial de preservativos femeninos se ha quedado muy rezagada.

Ucrania – avances significativos en la protección de los usuarios de drogas inyectables ante la infección por el VIH

Durante muchos años, Ucrania ha tenido la epidemia del VIH más grave entre usuarios de drogas inyectables de Europa oriental y Asia central. Sin embargo, cuatro años de una financiación y aplicación integral y continua de programas de reducción de daños contrastados han ayudado a reducir la incidencia del VIH entre este grupo de población. Los datos de múltiples fuentes, desde vigilancia de conductas, encuestas centinelas y programas que ayudan a estos usuarios, indican que la transmisión del VIH en este grupo está disminuyendo de manera significativa. Las infecciones entre personas que comenzaron a inyectarse drogas en los últimos dos años (y que son las que más probabilidades tienen de representar las infecciones incidentes, en lugar de las que las adquirieron antes) disminuyó de un máximo del 30% en 2004 a un 11% en 2008 (14).

La vigilancia de las conductas en Ucrania muestra que los usuarios de drogas inyectables cada vez adoptan más medidas para reducir el riesgo de contraer el VIH. El porcentaje de usuarios que afirmaron haber utilizado un equipo de inyección estéril la última vez que consumieron drogas por esta vía aumentó de un 80% en 2006 a un 86% en 2008. En 2009, en torno a 4600 personas accedieron a la terapia de sustitución de opiáceos en algún momento (15). Aunque la epidemia del VIH entre esta población se ha estabilizado en Ucrania, sigue corriendo un gran riesgo de contraer el virus, bien sea al compartir equipos contaminados o a través de la transmisión sexual a sus parejas (Gráfico 3.4).

Figura 3.4
Programas de reducción de daños y prevalencia del VIH en Ucrania

Asociación entre los programas de reducción de daños y la prevalencia del VIH en Ucrania, 2004-2009.

Fuentes: M Mahy, C Chhea, T Saliuk, O Varetska, R Lyerla (2010). A proxy measure for HIV incidence among populations at increased risk to HIV Vol 2(1):8, *Journal of HIV/AIDS Surveillance and Epidemiology*. Informe de progresos del país para el UNGASS 2010.

- Indicadores recientes
- Prevalencia del VIH en jóvenes UDI (15-24)
- Prevalencia del VIH en UDI (10 ciudades, medio)
- Cobertura de las instalaciones de reducción de daños (eje derecho)
- Cobertura de las instalaciones de reducción de daños (15-24) (eje derecho)

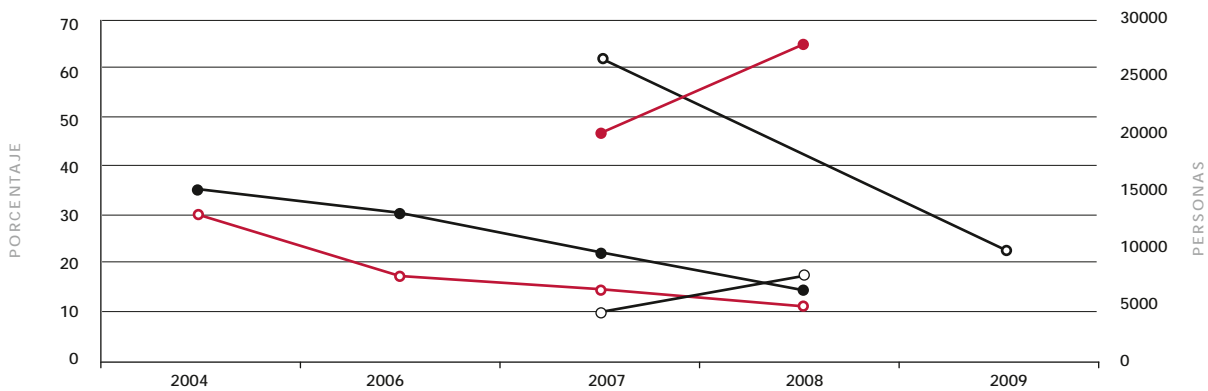
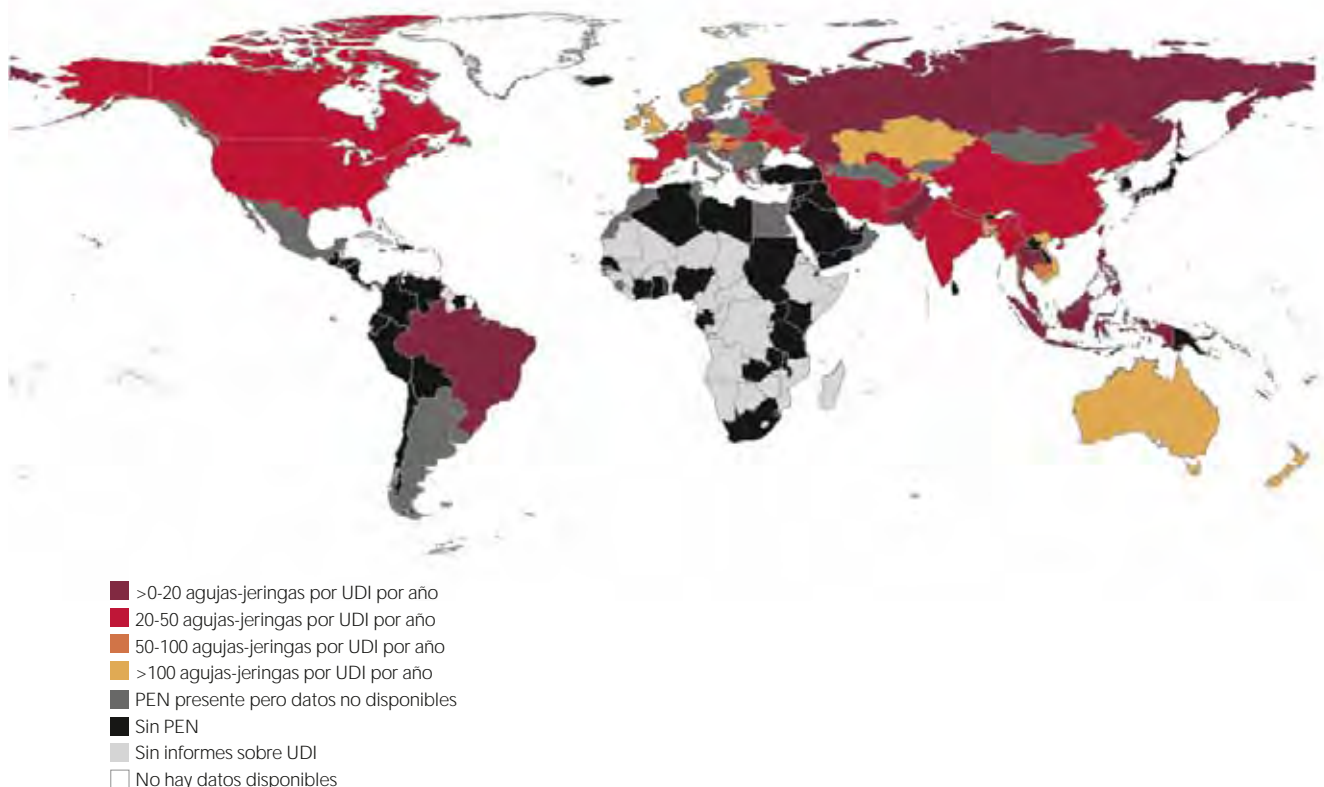


Figura 3.5

Disponibilidad de equipos de inyección estériles, 2010

Estimaciones mundiales de la disponibilidad de equipos de inyección estériles por usuario de drogas y año, 2010.

Fuente: Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, Wiessing L, Hickman M, Mattick R, et al. HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: A systematic review of global, regional and national coverage. *The Lancet* 2010;379:1014-28.



Esfuerzos de prevención del VIH centrados en usuarios de drogas inyectables

Se estima que 15,9 millones de personas [11,0 millones – 21,2 millones) se inyectan drogas en todo el mundo. De estos, casi el 20%, alrededor de 3 millones [0,5 millones – 5,5 millones] viven con el VIH (12) (Tabla 3.1). El acceso a los servicios de prevención, como los programas de reducción de daños para esta población, ha aumentado, pero no a la escala necesaria. Globalmente, la cobertura media de los servicios de prevención era del 32%. Aunque tanto hombres como mujeres que se inyectan drogas soportan una mayor carga de la enfermedad, de infección con otros virus sanguíneos y de enfermedades que pueden poner en peligro sus vidas como la tuberculosis, las mujeres corren un riesgo incluso mayor. Los estudios indican que las usuarias de drogas inyectables tienen más probabilidades de sufrir actos violentos, mayores niveles de estigma y morir más pronto (13).

Conseguir que la práctica de la inyección sea más segura para los usuarios de drogas mediante equipos estériles es relativamente sencillo y barato, y puede reducir significativamente los niveles de transmisión del VIH. La mitad de los 50 países que han facilitado datos sobre el uso de equipos de inyección estériles calcula que el 80% o más de los usuarios de drogas inyectables utilizaron una aguja estéril la última vez que se inyectaron sustancias. En Europa oriental y Asia central, donde las epidemias del VIH se propagan principalmente por esta práctica, cinco de nueve países (Belarús, la República de Moldova, la Federación de Rusia, Ucrania y Uzbekistán) registraron en 2009 un porcentaje superior al 80% en el uso de equipos de inyección estériles entre los usuarios durante la última inyección. Ocho de 12 países en Asia meridional y sudoriental registraron igualmente tasas superiores al 80%. En América central y del Sur, Argentina registra una tasa superior al 80% (la mayoría del resto de países no ofrece información sobre este indicador). En Oceanía, Australia también informa de un uso superior al 80% (otros países tampoco facilitan datos).

En América del Norte y Europa, 10 países afirman que el uso de los equipos estériles es superior al 80%, mientras que nueve indican que es menor. En Oriente Medio y África septentrional, los tres países que han facilitado datos no superan el 80%. En otras regiones, la mayoría de los países no ofrecen información para este indicador.

Según las orientaciones para establecer objetivos de la OMS, UNODC y el ONUSIDA (16), la disponibilidad de menos de 100 jeringas por usuario de drogas inyectables al año es baja, de 100 a 200 media y superior a 200 alta. Además de los datos de la encuesta que evalúan hasta qué punto se utilizaron agujas estériles durante la última inyección, la Figura 3.5 ilustra cómo el número de agujas estériles disponible para cada usuario de drogas inyectables es muy bajo.

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: una población que todavía necesita ayuda

El acceso a los programas y servicios de prevención del VIH para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres ha mejorado en los últimos dos años pero, en general, sigue siendo inadecuado (Figura 3.6). Las conductas sexuales seguras, especialmente mantener sexo penetrativo con protección, son efectivas a la hora de proteger a los individuos y a las comunidades de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual. Los datos de 78 países muestran que el uso del preservativo en esta población es inferior al 50% en 24 países, entre el 50% y el 60% en 16 países, del 60% al 80% en 28 países y de más del 80% en solo siete países: Andorra, Camboya, Guyana, Myanmar, Panamá, Suriname y Uzbekistán. La Figura 3.7 ofrece la media y el rango de proporción correspondiente al uso del preservativo en la última relación sexual entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres por región geográfica.

Entre los países que enviaron sus informes al UNGASS en 2010, una media global del 42% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres afirmaba haberse realizado las pruebas del VIH y haber recibido los resultados en los últimos 12 meses. Un hombre que conoce que es seropositivo puede proteger su salud si recibe pronto el tratamiento adecuado y un asesoramiento y apoyo que le ayude a seguir adelante y a disminuir el riesgo de transmitir el virus a sus futuras parejas. Un hombre que resulta seronegativo puede recibir apoyo para seguir evitando la infección. Algunas regiones registran tasas de pruebas considerablemente por encima de la media, como América central y del Sur, donde Argentina, El Salvador, Guyana y Paraguay han informado de que más del 80% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se han realizado las pruebas del VIH y recibido los resultados en los últimos 12 meses.

Tabla 3.1

Países en los que las infecciones por el VIH entre usuarios de drogas inyectables representan el 20% o más del total de personas seropositivas

Fuente: Mathers et al. (12).

Azerbaiyán
 Canadá
 China
 Estonia
 Georgia
 Indonesia
 Iran (República Islámica del)
 Italia
 Kazakstán
 Kirguistán
 Malasia
 Nueva Zelandia
 Pakistán
 Federación de Rusia
 España
 Tayikistán
 Ucrania
 Estados Unidos de América
 Uzbekistán

80%

Argentina, El Salvador, Guyana y Paraguay informaron de que más del 80% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se habían realizado las pruebas del VIH y habían recibido los resultados en los últimos 12 meses.

Una encuesta realizada recientemente por el Foro Mundial sobre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y VIH evaluó la disponibilidad y el acceso a los servicios de pruebas y prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH entre esta población en ocho regiones (18). De los 17 servicios evaluados (entre los que estaban las pruebas y el asesoramiento en torno a infecciones de transmisión sexual y VIH, tratamiento del VIH, preservativos gratuitos, servicios de salud mental, circuncisión, y campañas de los medios de comunicación para reducir el VIH y la homofobia), solo en dos áreas (pruebas de infecciones de transmisión sexual y circuncisión) una mayoría de los encuestados (solo el 51% en ambos casos) afirman que los servicios eran fácilmente accesibles. Los encuestados también señalaron que hay muchas barreras en el acceso a los servicios, entre las que nombraron la homofobia, el estigma, la penalización de los actos homosexuales, los obstáculos políticos, y la falta de sensibilidad o de concienciación entre los proveedores de atención sanitaria.

Sexo comercial

Los programas de prevención del VIH para profesionales del sexo han conseguido mejorar significativamente tanto el uso del preservativo como la reducción de las infecciones por el VIH asociadas a esta profesión. Sin embargo, todavía queda mucho por hacer para mejorar la disponibilidad y el uso del preservativo entre los profesionales y sus clientes. En 27 de 87 países, los datos indican que el 90% o más de dichos profesionales afirma haber utilizado el preservativo con su último cliente. En otros 17 países esta cifra va del 80% al 90%, mientras que en 17 no llega al 60%.

En países con epidemias concentradas, las tendencias de prevalencia del VIH entre personas que se han incorporado recientemente al trabajo sexual ofrecen una visión de la trayectoria de la epidemia y son una medida fiable de la incidencia del VIH. La Figura 3.8 ilustra el caso de estos profesionales en Camboya: la prevalencia del VIH en aquellos que llevan en el comercio sexual menos de un año se redujo paulatinamente desde 2002 a 2006, haciendo que descienda la incidencia estimada. La prevalencia del VIH también disminuyó entre profesionales del sexo que han trabajado menos de dos años, pero sigue siendo considerablemente más alta que para aquellos que comenzaron más tarde.

En India, el programa Avahan, vigente desde 2003, ha conseguido resultados significativos para esta población (19). El enfoque de prevención combinada de Avahan (difusión comunitaria, capacitación, programas de preservativos y servicios de pruebas del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual) aborda específicamente a los individuos más vulnerables al virus en seis estados de alta prevalencia: profesionales del sexo, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, usuarios de drogas inyectables, y hombres expuestos al riesgo a lo largo de las rutas de transporte. Los últimos resultados del estudio de Avahan en relación a los trabajadores del sexo en Karnataka, en el sur de la India, mostraron que, desde que se puso en marcha el programa, la prevalencia ha descendido del 20% al 16% y el uso del preservativo con el último cliente ha ascendido del 66% al 84% (20).

Figura 3.6
Programas de prevención del VIH para poblaciones específicas

Cobertura media de los programas de prevención del VIH para los grupos de población seleccionados, 2008 y 2010.

Fuente: Informes de progresos de los países 2010.

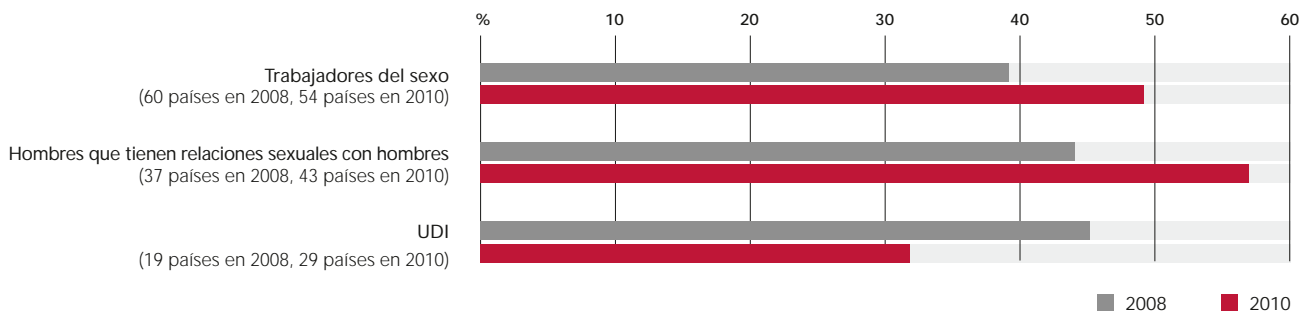
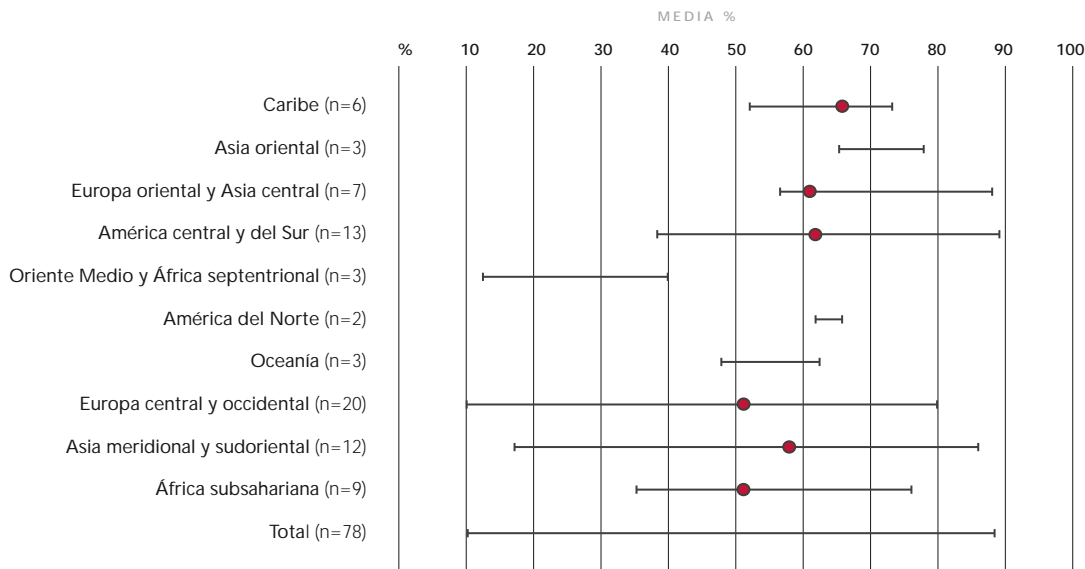


Figura 3.7
Uso del preservativo entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Porcentaje (media y rango) de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que utilizaron el preservativo en su última relación sexual por región geográfica, 2010.

Fuente: Informes de progresos de los países 2010.

● Media
 Las medias no fueron calculadas en aquellos lugares donde el número de países era inferior o igual a cinco.



Enfoques estructurales de la prevención del VIH

Eliminar los conductores sociales y económicos del riesgo de contraer el VIH y la vulnerabilidad pueden influir significativamente en la epidemia, especialmente si estos enfoques se aplican sistemáticamente.

Un ejemplo del cambio social que podría mitigar directamente el número de nuevas infecciones es reducir la violencia que sufren los usuarios de drogas inyectables. Es necesario ir más allá de la disponibilidad de agujas y jeringas y de programas de tratamiento para reducir el VIH en esta población: los cambios en el entorno social, económico y político también pueden tener repercusiones señaladas. Por ejemplo, se ha observado una asociación entre la violencia policial contra los usuarios de drogas inyectables y conductas específicas de alto riesgo, como puede ser el uso de jeringas ya utilizadas. En función de esta asociación, la elaboración de modelos más reciente ha estimado el número de infecciones que se podrían evitar si se eliminara este tipo de violencia policial (Figura 3.9).

Otro enfoque es el programa IMAGE en Sudáfrica, que combina los microcréditos para mujeres con formación de género y movilización comunitaria. El programa fue evaluado como un ensayo aleatorio y consiguió resultados positivos en el bienestar económico de los hogares y en la capacitación de la mujer, una reducción del 50% en la violencia de pareja, y una disminución de las conductas de riesgo de adquirir el VIH entre las jóvenes participantes. El programa se ha ampliado y ha llegado a más de 12.000 mujeres en Sudáfrica.

La escolarización de las niñas también tiene el potencial de reducir el riesgo de contraer el VIH. Los efectos positivos tanto de la asistencia a la escuela como de los programas del VIH en los centros educativos han sido bien documentados (22). Las relaciones entre personas de edades dispares, en las que las mujeres mantienen relaciones con hombres que son al menos cinco años mayores que ellas, también se asocian a un mayor riesgo de contraer el VIH (23). Las transferencias de efectivo se están erigiendo como una posible intervención para mitigar ciertos factores sociales y económicos que aumentan la vulnerabilidad ante el VIH.

Recientemente se han llevado a cabo diversos estudios que ofrecen datos sobre la efectividad de las transferencias de efectivo a la hora de mantener a los jóvenes escolarizados y prevenir el VIH. En Zomba, Malawi, por ejemplo, las transferencias de efectivo condicionales e incondicionales para las adolescentes ayudaron a aumentar su asistencia a la escuela (24). Los matrimonios en edad temprana, los embarazos y la actividad sexual descendieron notablemente entre las beneficiarias de los dos tipos de transferencias. Según los datos, los cambios en las conductas sexuales observados representan menos de la mitad de los efectos de dichos programas, y el resto se deben a cambios en el perfil de riesgo de de las parejas sexuales de las jóvenes (25). Estos resultados sugieren que intervenciones estructurales como las transferencias de efectivo podrían ser una táctica prometedora para poner fin a las relaciones sexuales entre personas con gran diferencia de edad, uno de los factores que más ayudan a propagar la epidemia en varios países.

Asimismo, los enfoques estructurales que fortalecen la solidaridad y la acción colectiva pueden desempeñar un papel esencial a la hora de mejorar la resistencia al VIH entre los grupos marginados, como los profesionales del sexo. Avahan, la iniciativa del sida de la India fundada por la Fundación Bill & Melinda Gates (19), ha descubierto que las actividades estructurales pueden ser viables y rentables y contribuir a una prevención más sostenible siempre que se integren en un conjunto de medidas de prevención. Pathfinder International, un asociado clave de Avahan, y su ONG asociada local en Kolhapur están poniendo en marcha una intervención estructural que ofrece difusión inter pares, servicios para responder a crisis y movilización comunitaria para los profesionales del sexo que trabajan a pie de calle, cuya visibilidad les hace aun más vulnerables a ser arrestados o sufrir violencia por parte de la policía, los clientes y las bandas (26).

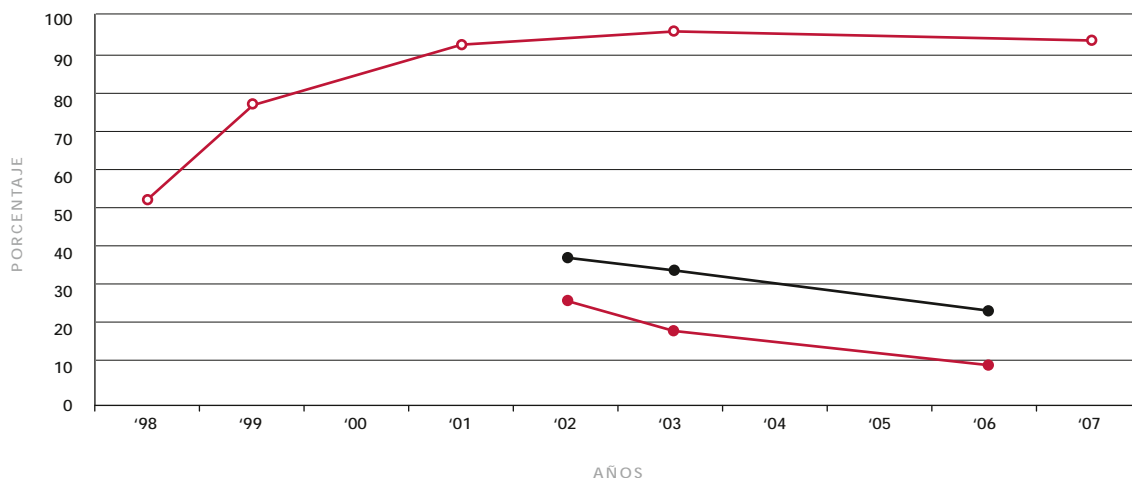
La inseguridad alimentaria está muy extendida en todo el mundo (más de 1000 millones de personas están desnutridas) y fuerza a las personas a adoptar varios tipos de conductas, algunas de las cuales aumentan las probabilidades de que practiquen sexo sin protección, especialmente las mujeres, que pueden verse obligadas a practicar sexo a cambio de conseguir alimentos para ellas mismas y para sus hijos. Un estudio realizado en Botswana y Swazilandia demostró que la inseguridad alimentaria estaba asociada a un uso inconsistente del preservativo en relaciones con parejas "no primarias": las mujeres que afirmaban haber sufrido situaciones de inseguridad alimentaria en los 12 meses previos tenían un 80% más de probabilidades de vender sexo por dinero y recursos, un 70% más de mantener relaciones sexuales sin protección y no poder controlar sus relaciones sexuales, y un 50% más de mantener sexo intergeneracional (27). De la misma manera, un estudio realizado en Uganda que investigaba la relación entre la inseguridad alimentaria y el sexo comercial demostró los efectos negativos de la inseguridad alimentaria en el control del uso del preservativo y en el riesgo de mantener relaciones abusivas (28). La desigualdad de género, a menudo reforzada por el sexo intergeneracional, debilita aún más el poder de negociar de la mujer. Un estudio realizado en Nigeria descubrió que el 35% de las profesionales del sexo afirmaban que la pobreza y la falta de medios para obtener alimentos las obligaba a practicar el comercio sexual y a mantener relaciones sin protección con sus clientes (29). Estas asociaciones se mantuvieron incluso controlando otros indicadores del estatus socioeconómico.

Figura 3.8

Uso del preservativo y prevalencia del VIH entre profesionales del sexo en Camboya

Porcentaje de profesionales del sexo que utilizan preservativo y prevalencia del VIH entre aquellos que trabajan en burdeles por tiempo que llevan trabajando en el comercio sexual, 1998-2007.

Fuente: M Mahy, C Chhea, T Saliuk, O Varetka, R Lyerla (2010). A proxy measure for HIV incidence among populations at increased risk to HIV Vol 2(1):8, Journal of HIV/AIDS Surveillance and Epidemiology.



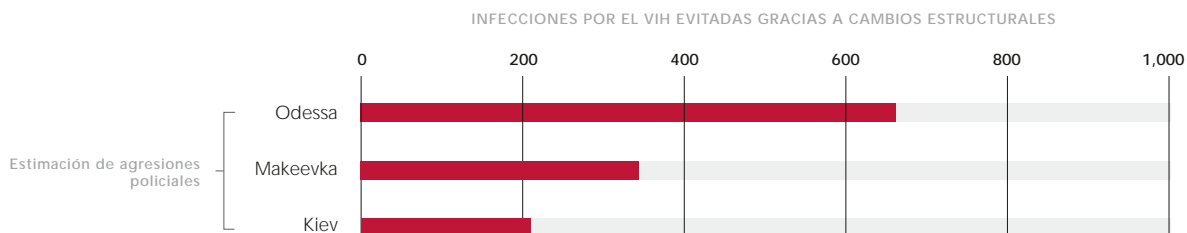
- Porcentaje de trabajadores del sexo que han afirmado utilizar el preservativo en su última relación sexual
- Prevalencia del VIH en mujeres que han trabajado en un burdel menos de dos años
- Prevalencia del VIH en mujeres que han trabajado en un burdel menos de un año

Figura 3.9

Evitar la infección por el VIH eliminando la violencia policial contra los usuarios de drogas inyectables, Ucrania

Infecciones por el VIH que se podrían evitar eliminando la violencia policial contra los usuarios de drogas inyectables en tres ciudades de Ucrania.

Fuente: Strathdee et al., 2010.



² Países con el mayor número de mujeres embarazadas que vivían con el VIH en 2009: Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Chad, Cote d'Ivoire, República Democrática del Congo, Etiopía, Ghana, India, Kenya, Lesoto, Malawi, Mozambique, Namibia, Nigeria, Rwanda, Sudáfrica, Sudán, Swazilandia, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe.

Avances significativos en la prevención de la transmisión maternoinfantil

Prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH ha sido un avance fundamental en la respuesta al sida durante la última década. Las tasas de infección entre niños que nacieron de madres seropositivas han caído significativamente en los últimos años, de 500.000 [320.000-680.000] en 2001 a 370.000 [230.000-510.000] en 2009.

Varios países cuentan con iniciativas avanzadas para evitar este tipo de transmisión. Botswana, Namibia, Sudáfrica y Swazilandia han conseguido una cobertura superior al 80% de la profilaxis antirretrovírica para prevenir la transmisión maternoinfantil. Los niveles de dicha cobertura en otros siete países de África subsahariana se sitúan entre un 50% y un 80%. La región ha conseguido en su conjunto una cobertura del 54% [40%-84%]. En África oriental y meridional, el 68% [53%-95%] de las mujeres seropositivas que viven con el VIH recibieron en 2009 medicación antirretrovírica para evitar transmitir el virus a sus hijos (una cifra sustancialmente superior al 15% de 2005). En África occidental y central, sin embargo, la cobertura se ha quedado bastante atrás, en torno al 23% [16%-44%] (30).

En todo el mundo, el 53% [40%-79%] de las mujeres que viven en países de ingresos medios y bajos recibió en 2009 medicamentos antirretrovíricos para evitar la transmisión maternoinfantil, frente al 45% [37%-57%] de 2008 y al 15% de 2005 (31). El déficit respecto al objetivo de alcanzar una cobertura del 80% se concentra en un puñado de países: 14 países dan cuenta de más del 80% de esta carencia mundial. Nigeria, por sí solo, contribuye a este déficit en un 32%, seguido de la República Democrática del Congo, con un 7% (Figura 3.10, Figura 3.11).

La proporción de mujeres embarazadas en países de ingresos medios y bajos que se realizó las pruebas del VIH alcanzó el 26%, una cifra superior al 21% de 2008 y al 7% de 2005 (31). Esto supone un avance, pero sigue siendo una cifra baja para lograr el objetivo marcado por el ONUSIDA de eliminar casi por completo la transmisión maternoinfantil del VIH para 2015. En los 25 países con mayor número de mujeres embarazadas seropositivas², el porcentaje que ha recibido asesoramiento o pruebas del VIH varía ampliamente: de más del 95% en Sudáfrica y Zambia al 9% en la República Democrática del Congo o el 6% en el Chad (31).

La cobertura de los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil se ha quedado muy atrás respecto al acceso a la atención prenatal (Gráfico 3.12). Además, las mujeres que viven con el VIH siguen teniendo grandes necesidades de planificación familiar: en algunos países, más de un cuarto de las mujeres que viven con el VIH no desean su embarazo actual o preferirían retrasar su siguiente embarazo al menos dos años. Fortalecer la prestación de atención materna, postnatal e infantil podría conseguir mejores resultados para los bebés y sus madres.

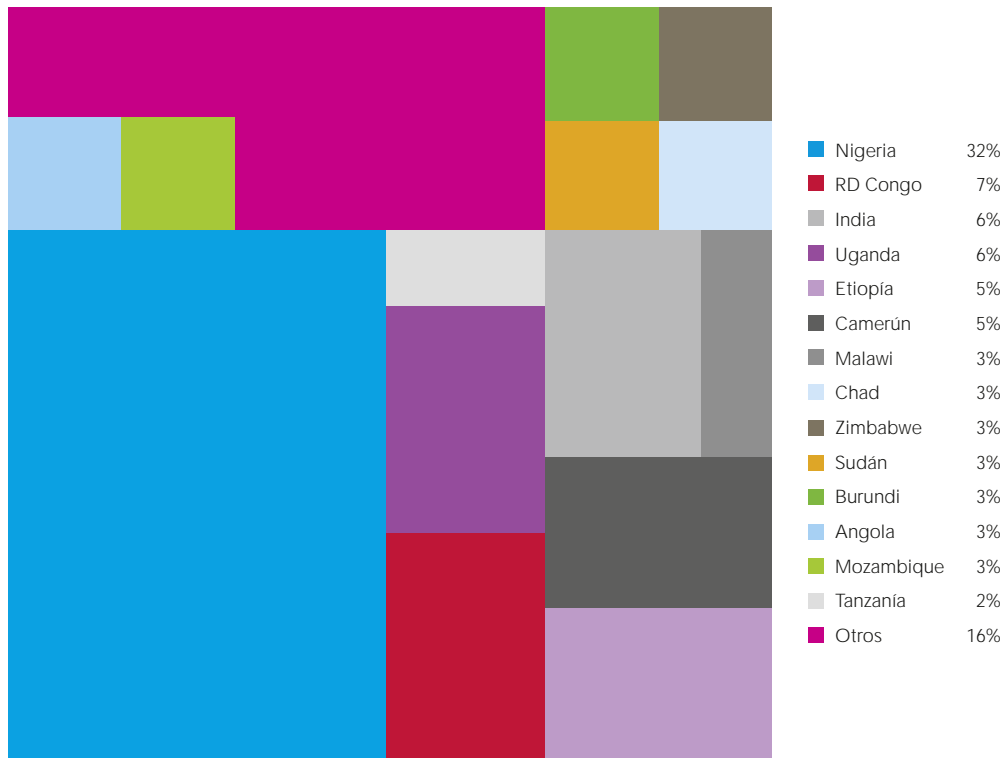
La eficacia de los antirretrovíricos a la hora de prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH depende del tipo de régimen utilizado y de su duración. Los tratamientos combinados, que incluyen varios tipos de antirretrovíricos, son más eficaces que las monoterapias. Las monoterapias también son más proclives a desarrollar resistencia en el virus, lo que puede limitar las opciones terapéuticas cuando se necesita tratamiento. Según las orientaciones de tratamiento de la OMS de 2010, se recomienda que las mujeres embarazadas que viven con el VIH y sus hijos reciban una terapia combinada en lugar de una dosis única de Nevirapina. La profilaxis antirretrovírica también se recomienda durante la lactancia en aquellos lugares donde ésta es la opción más segura de alimentación para el bebé. Además, todas las mujeres que según las orientaciones de la OMS son elegibles para recibir tratamiento deberían recibir una terapia combinada apropiada para su propia salud.

Figura 3.10

Déficit de terapia antirretrovírica para prevenir la transmisión maternoinfantil

Déficit mundial en el suministro de terapia antirretrovírica al 80% de las madres para prevenir la transmisión maternoinfantil en países de ingresos medios y bajos.

Fuente: Towards Universal Access 2010, OMS

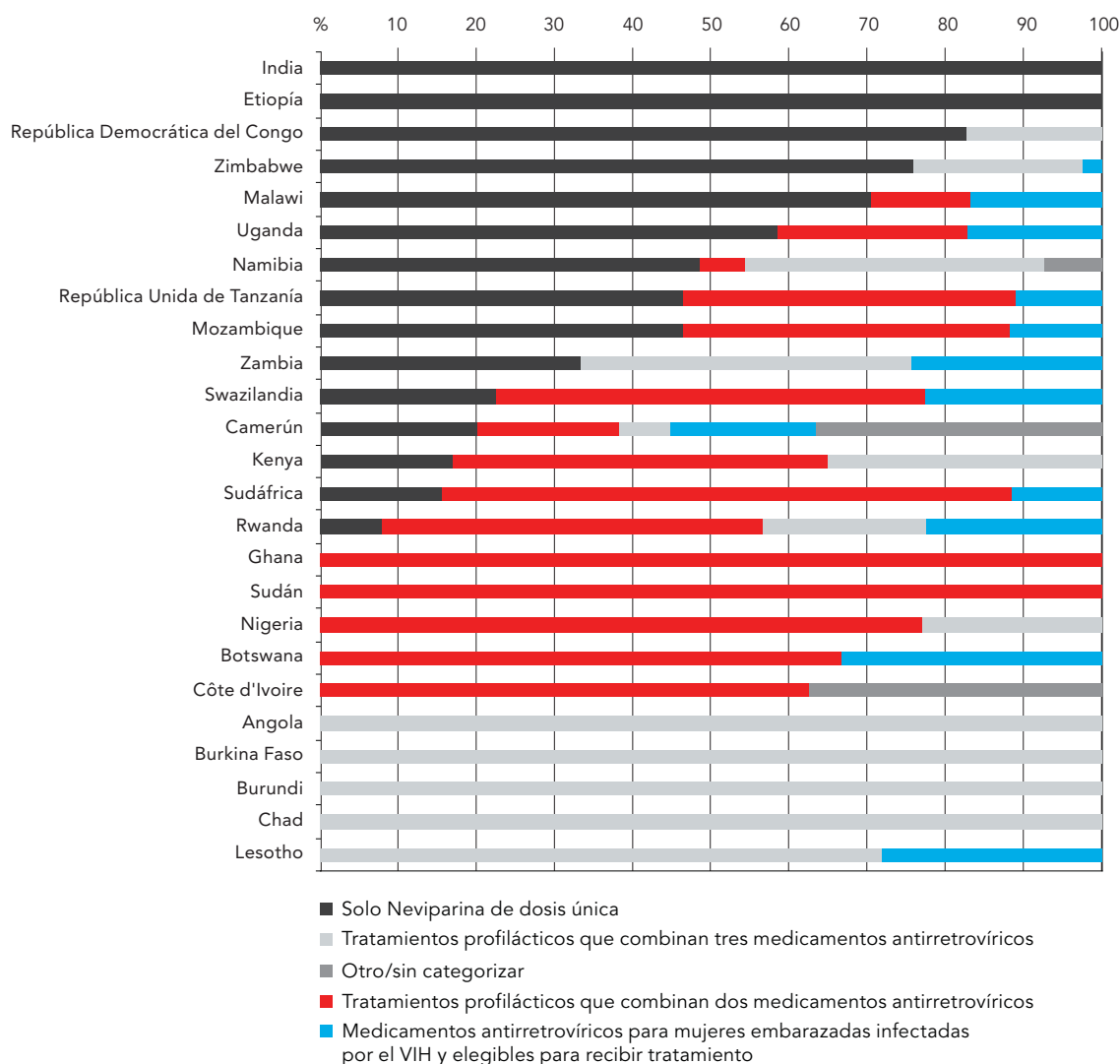


En 59 países de ingresos medios y bajos que ofrecieron datos disgregados sobre la prevención de la transmisión maternoinfantil, en torno al 30% de las mujeres embarazadas recibieron Nevirapina de dosis única, mientras que el 54% recibieron un régimen combinado. Alrededor del 15% de todas las madres recibieron una terapia antirretrovírica continua en función de los criterios de elegibilidad para el tratamiento. La Figura 3.11 muestra la distribución de los regímenes que se ofrecían para prevenir la transmisión maternoinfantil en 2009 en los 25 países con mayor número de mujeres embarazadas seropositivas. Diez de esos países han pasado de utilizar dosis únicas de Nevirapina a tratamientos combinados más eficaces. Sin embargo, en India, Etiopía, la República Democrática del Congo, Zimbabwe y Malawi, unos dos tercios de las mujeres que recibieron antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil todavía tomaban una dosis única de Nevirapina. En estos países se necesita urgentemente actualizar estos regímenes en consonancia con los estándares mundiales.

Figura 3.11

Distribución de tratamientos profilácticos para prevenir la transmisión materno-infantil

Fuente: Informes de progresos de los países 2010.



Nuevas herramientas para ampliar la prevención efectiva del VIH

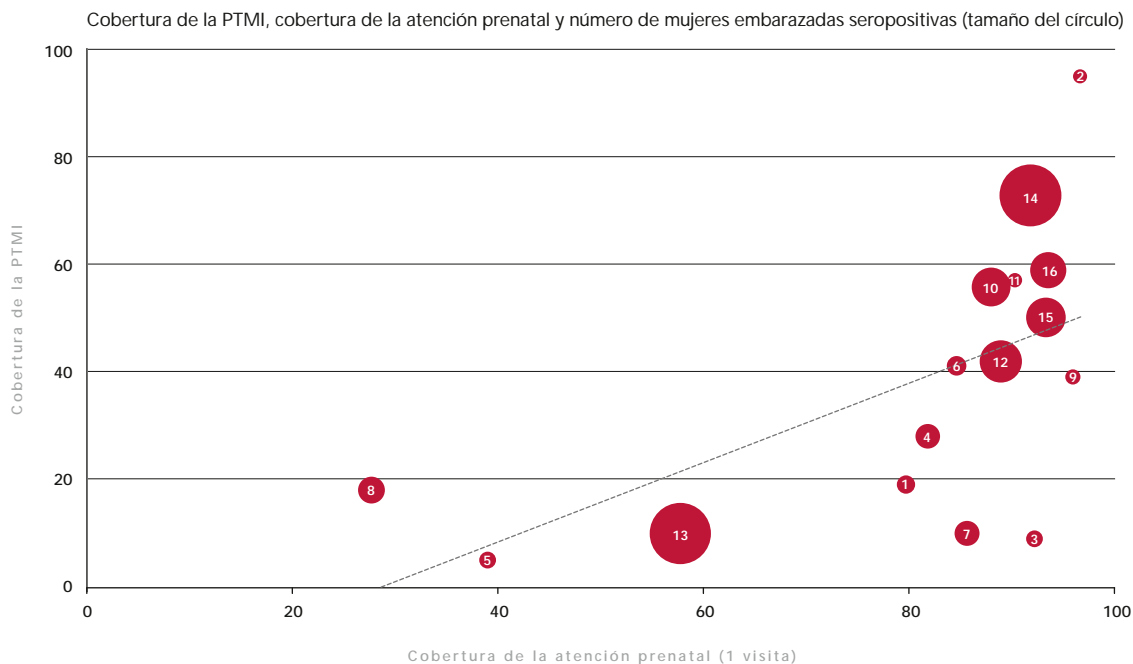
Los objetivos y metas establecidos en el Periodo extraordinario de sesiones de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNGASS) en 2001, que hacen hincapié en mejorar el conocimiento y promover los cambios de conductas, siguen siendo el pilar central de los esfuerzos de prevención del VIH. Desde 2001, se han integrado progresivamente grandes avances de las herramientas y métodos de prevención dentro de programas cada vez más efectivos. Entre estos están las iniciativas para evitar la transmisión materno-infantil y promover la circuncisión masculina. En el horizonte está el potencial de esfuerzos aún mayores para cosechar los beneficios que la prevención puede obtener de la terapia antirretrovírica, los usos locales de los medicamentos antirretrovíricos en microbicidas, y la posible expansión del uso profiláctico de los antirretrovíricos antes de la exposición al VIH.

Figura 3.12

Prevenir la transmisión maternoinfantil

Cobertura de los servicios de atención prenatal y de los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil entre mujeres que viven con el VIH en países de alta prevalencia, 2010.

Fuente: División de estadísticas de la OMS y las Naciones Unidas.



- | | | | |
|------------|-----------------|---------------|--------------|
| 1 Angola | 5 Chad | 9 Ghana | 13 Nigeria |
| 2 Botswana | 6 Côte d'Ivoire | 10 Kenya | 14 Sudáfrica |
| 3 Burundi | 7 RD Congo | 11 Lesoto | 15 Uganda |
| 4 Camerún | 8 Etiopía | 12 Mozambique | 16 Zambia |

Circuncisión masculina

Tres ensayos clínicos han demostrado que la circuncisión masculina en adultos reduce significativamente la posibilidad de que un hombre adquiera sexualmente el VIH de una mujer seropositiva. El ONUSIDA y la OMS han recomendado que esta práctica se amplíe en áreas de alta prevalencia del VIH y con bajos índices de circuncisión masculina. Una revisión de las experiencias de seis países a la hora de ampliar la circuncisión masculina en África meridional y oriental muestra que esta práctica está bastante extendida en la provincia de Nyanza, en Kenya, y que otras áreas cada vez cuentan con más experiencia en este campo (Tabla 3.2).

Microbicidas

Los prometedores resultados de un estudio realizado recientemente sobre un gel con base de tenofovir han generado la esperanza de que pronto sea viable una opción de prevención adicional y efectiva iniciada por la mujer. Este estudio de prueba de concepto sin precedentes, llevado a cabo por el Centro para el Programa de

Tabla 3.2

Ampliación de la circuncisión masculina

Expansión reciente de la circuncisión masculina en adultos en nueve países.

Fuente: Meeting reports and presentations [web site]. Durham, NC, Clearinghouse on Male Circumcision for HIV Prevention, 2010.

	Número de circuncisiones	Periodo de tiempo	Número de instalaciones establecidas
BOTSWANA	6 180	Abril 2009 – marzo 2010	35
KENYA	91 300 (90.000 solo en Nyanza)	2009 – junio 2010	
NAMIBIA	350	Septiembre 2009 – junio 2010	3
RWANDA	542	Octubre 2009 – abril 2010	9
SWAZILANDIA	10 000	2008 – junio 2010	
UGANDA	5 340	Octubre 2008 – marzo 2010	
REPÚBLICA UNIDA DE TANZANÍA	4 700	Septiembre 2009 – mayo 2010	3
ZAMBIA	9 906 10 000 9 179	Enero – junio 2010 2009 2007 – 2008	56
ZIMBABWE	6 070	Mayo 2009 – abril 2010	5

Investigación sobre el sida de Sudáfrica (CAPRISA, por sus siglas en inglés), descubrió que el gel microbicida reducía la infección por el VIH en un 39% y la infección por el herpes simple virus tipo 2 en un 51%, y que era tanto seguro como aceptable cuando las mujeres de entre 18 y 40 años lo utilizaban 12 horas antes de mantener relaciones sexuales y 12 horas después.

Para seguir avanzando, en función de estos datos, y para que todas las mujeres que lo necesitan puedan acceder a un gel de tenofovir seguro y efectivo, se necesitará realizar rápidamente ensayos adicionales para confirmar los resultados; determinar los requisitos para que las autoridades nacionales reguladoras de los medicamentos aprueben esta nueva utilización del tenofovir; realizar las investigaciones operativas necesarias para determinar cómo entregar y mantener los suministros de este producto dentro de los programas de prevención combinados; determinar con qué frecuencia se necesitan pruebas del VIH para garantizar el uso seguro del gel microbicida; y acelerar los estudios para mejorar los conocimientos sobre la seguridad y efectividad del producto para mujeres que no han cumplido los 18 años y mujeres embarazadas. ■

“LOS PROMETEDORES RESULTADOS DE UN ESTUDIO REALIZADO RECIENTEMENTE SOBRE UN GEL CON BASE DE TENOFOVIR HAN GENERADO LA ESPERANZA DE QUE PRONTO SEA VIABLE UNA OPCIÓN DE PREVENCIÓN”. ADICIONAL Y EFECTIVA INICIADA POR LA MUJER”.

3

LA RELACIÓN ENTRE EL TRATAMIENTO Y LA PREVENCIÓN DEL VIH

Cuando se celebró el Periodo extraordinario de sesiones sobre el VIH/sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2001, el acceso a la terapia antirretrovírica en los países de ingresos medios y bajos estaba en pañales. En 2006, los Estados Miembros apoyaron unánimemente los objetivos de acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH. Este compromiso se vio respaldado por el éxito de experiencias nacionales a la hora de acelerar el acceso al tratamiento.

Actualmente se reconoce que la terapia antirretrovírica desempeña varios papeles cruciales en la repuesta al sida. Este es especialmente el caso de la interacción en sinergia entre la prevención y el tratamiento, como se puede observar en la prevención de la transmisión maternoinfantil, la profilaxis postexposición y en los resultados positivos de reducir la carga vírica a nivel individual o de la población en general para reducir la transmisión del VIH. También se están realizando ensayos para examinar su papel en la profilaxis anterior a la exposición.

Concentrar la atención en salvar la distancia entre la demanda de tratamiento y el acceso a este maximizará el potencial de la terapia antirretrovírica a la hora de conseguir beneficios secundarios de prevención del VIH para los individuos, familias y la población en general. Estos beneficios serán posibles allí donde la terapia antirretrovírica llegue a todos los que la necesiten y donde las personas que viven con el VIH puedan diseñar los programas de prevención dentro de un marco de “salud, dignidad y prevención positivas”.

El tratamiento no es un “remedio mágico” para acabar con las epidemias del VIH (35), pero es un elemento de los programas de prevención combinados que podría conseguir beneficios secundarios significativos que vayan más allá de los programas que no contemplan la ampliación del tratamiento. La agenda de acción para crear respuestas conjuntas y sólidas de prevención y tratamiento necesita:

- servicios no estigmatizantes
- sistemas de derivación efectivos entre los servicios de VIH, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, conductas y asistencia social
- mayores inversiones para capacitar a las personas que viven con el VIH y a las principales comunidades afectadas a fin de que puedan organizarse y ser autónomas
- Comunicación sobre los riesgos y el tratamiento que ayude a cambiar las pautas sociales y las conductas.

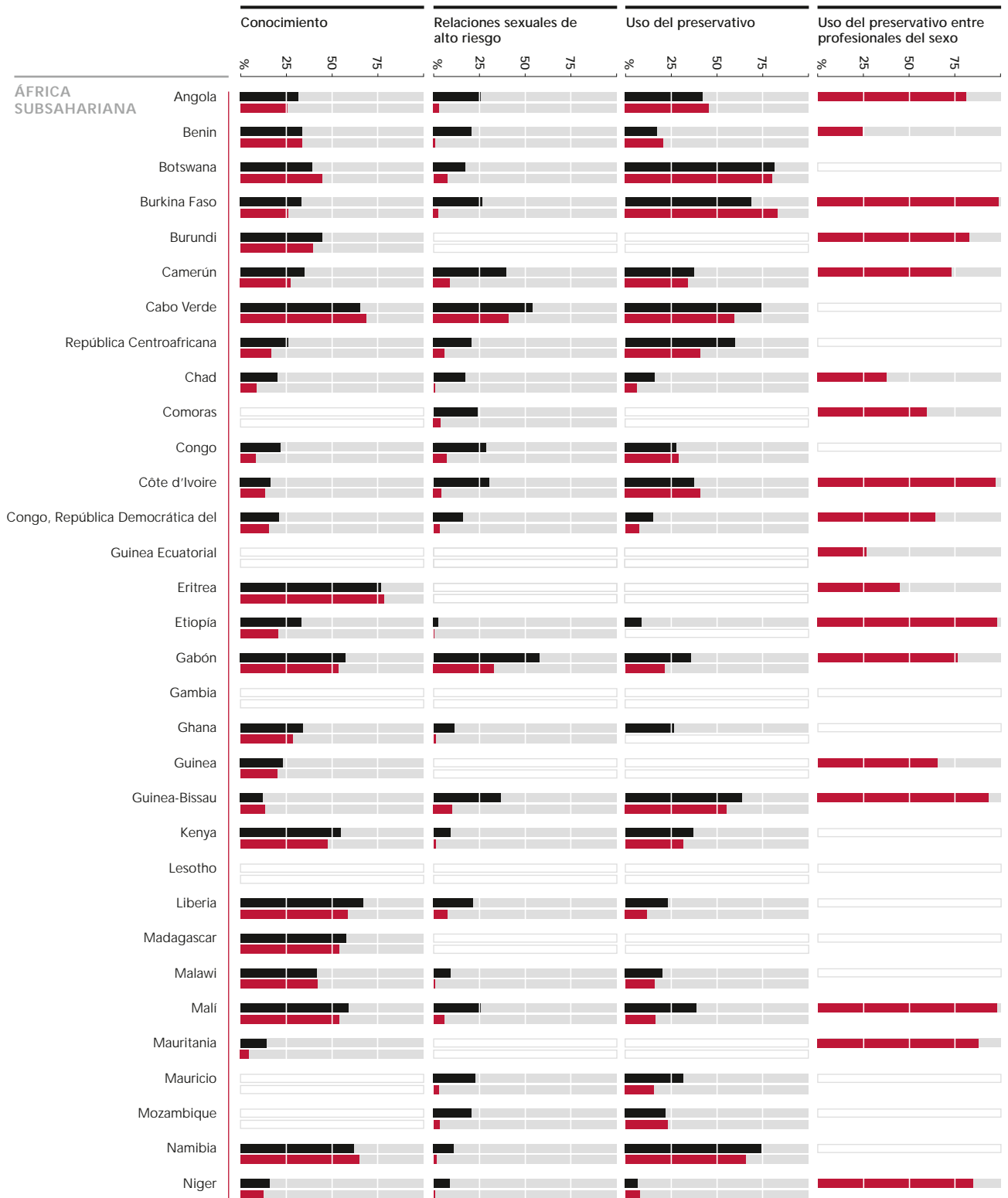


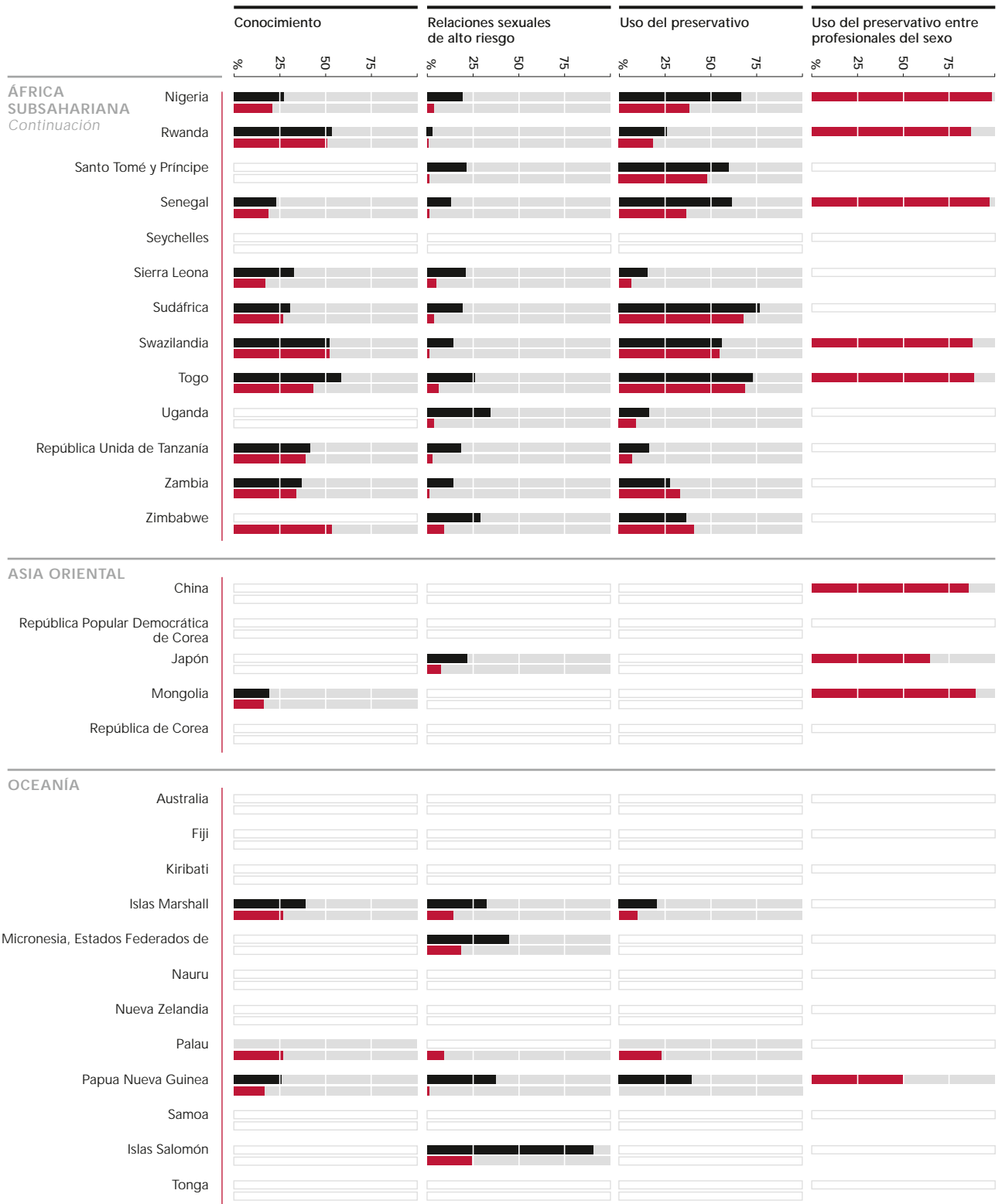
PUNTOS DE ACCIÓN

- Se deben ampliar rápidamente los programas de prevención del VIH para detener la trayectoria de la epidemia.
 - Las inversiones en programas de prevención del VIH no son suficientes y, por lo tanto, deberían ampliarse. Los programas nacionales deberían garantizar que dichas inversiones se priorizan de acuerdo a los patrones epidémicos para llegar a las poblaciones más necesitadas.
 - Los programas de prevención del VIH deben incluir una combinación de respuestas conductuales, biomédicas y estructurales, y estas actividades deberían operar en sinergia.
 - Los programas de prevención del VIH deberían llegar a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo y sus clientes, transexuales y usuarios de drogas inyectables. Las iniciativas para promover el cambio de conductas y el uso del preservativo deben trabajar en equipo.
 - La eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH es posible. Los avances actuales en la detención de nuevas infecciones en niños deben acelerarse integrando los servicios en las clínicas de atención prenatal.
 - Nuevos métodos de prevención del VIH, como la circuncisión masculina, deben ampliarse en países con epidemias generalizadas.
 - Los resultados del ensayo del gel microbicida CAPRISA han generado la esperanza de que sea viable una opción de prevención iniciada y controlada por la mujer. La comunidad internacional debe respaldar los próximos pasos para confirmar los resultados de este ensayo lo antes posible.
-

FICHA DE PUNTUACIÓN: PREVENCIÓN DEL VIH

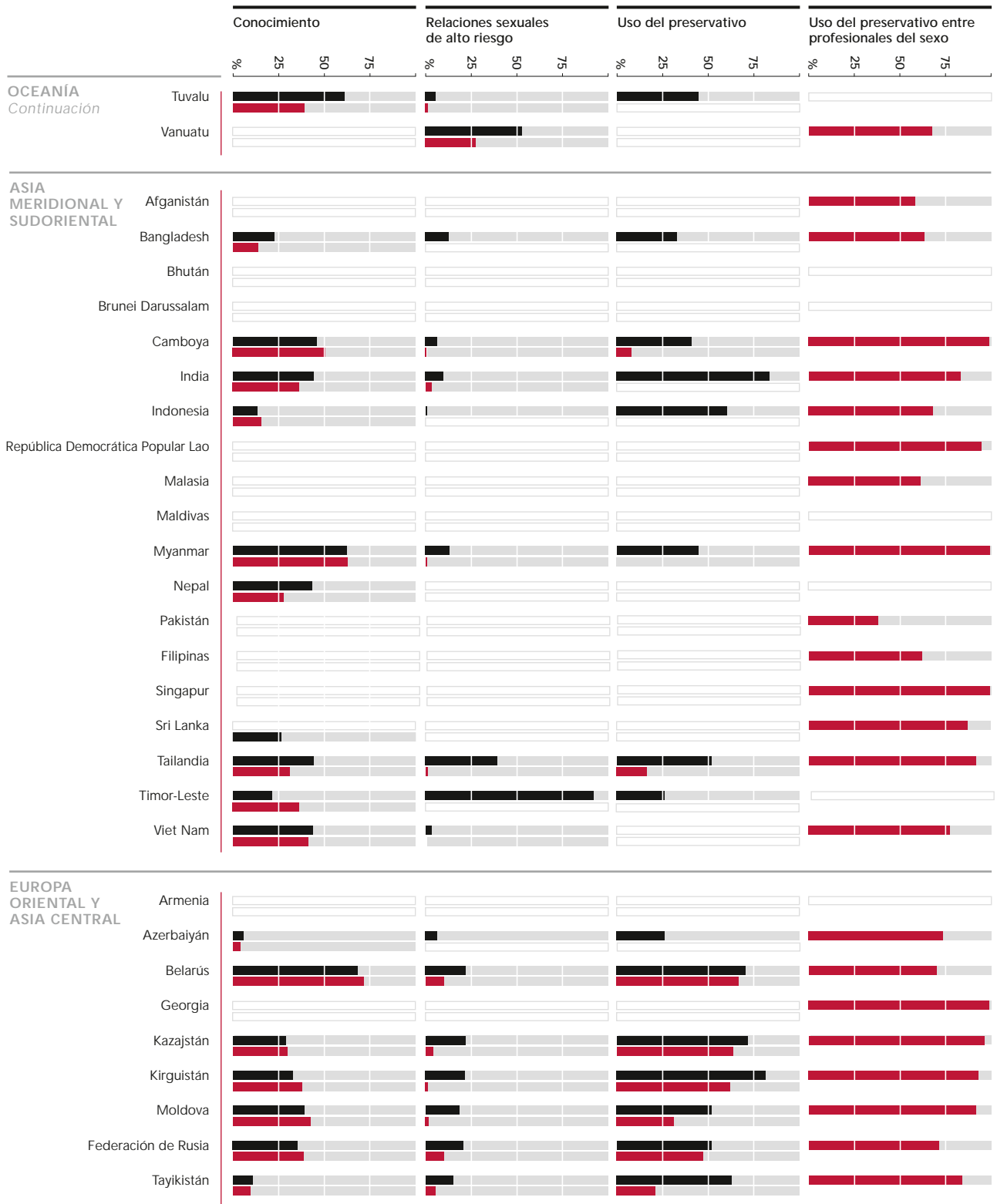
■ Varones
■ Mujeres
□ Sin datos disponibles

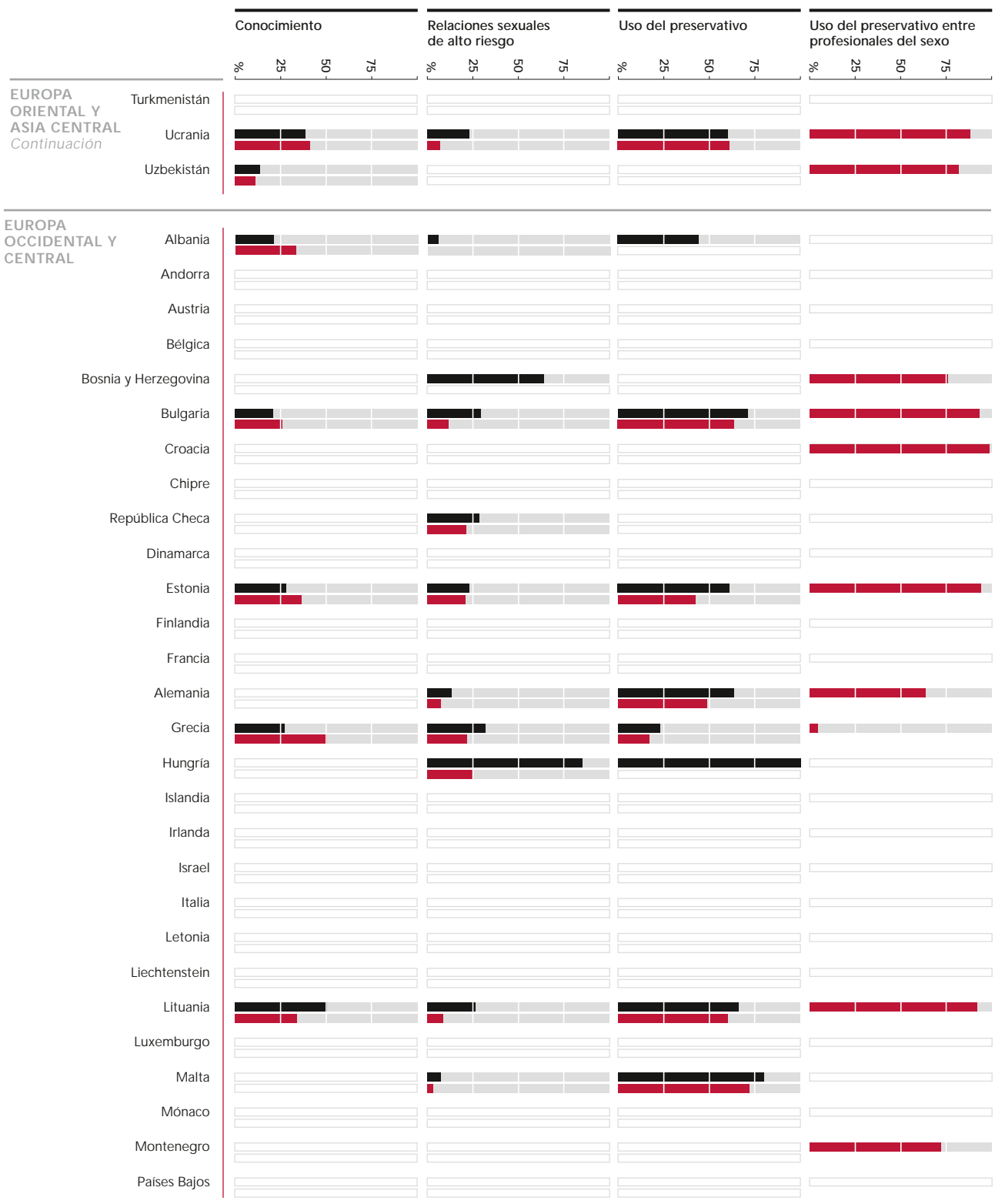




FICHA DE PUNTUACIÓN: PREVENCIÓN DEL VIH

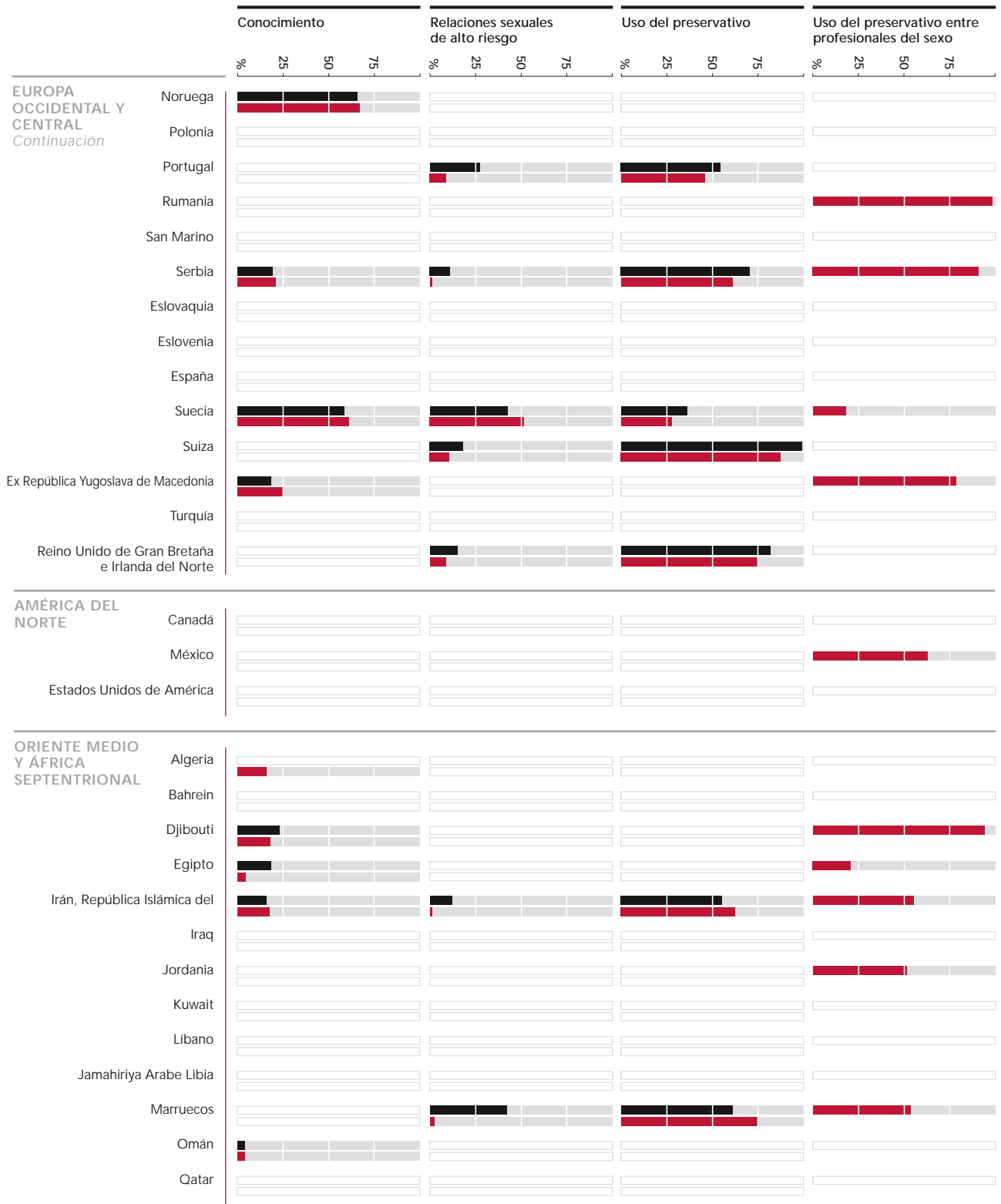
■ Varones
■ Mujeres
□ Sin datos disponibles

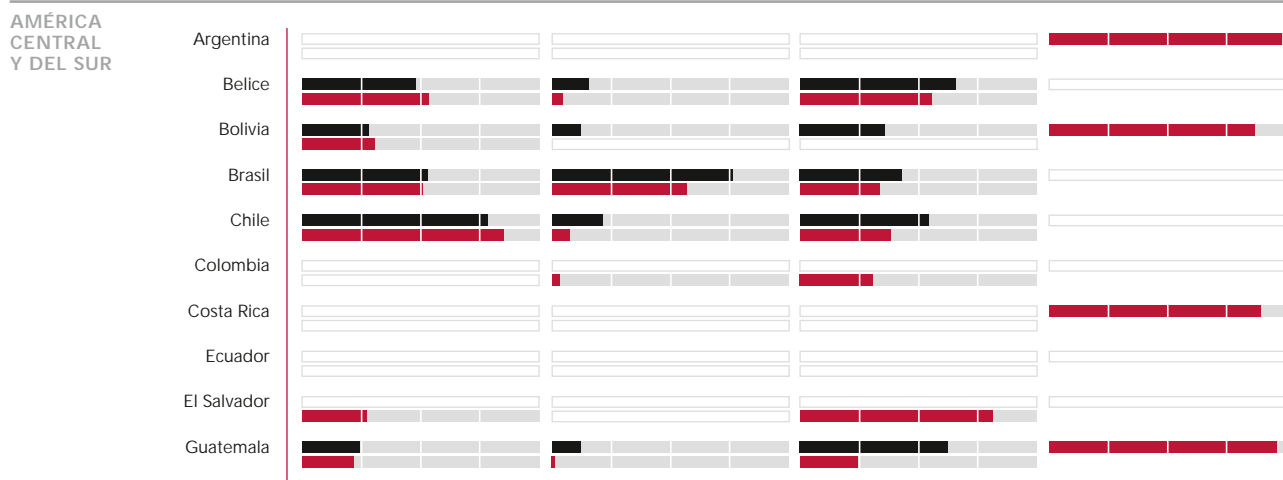
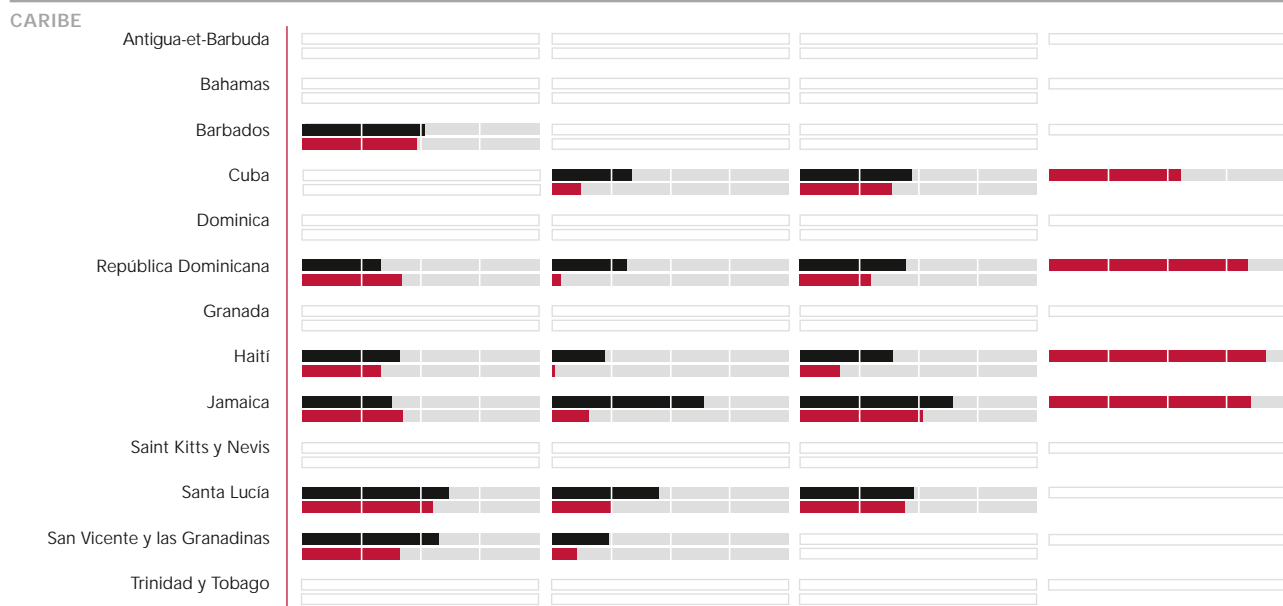
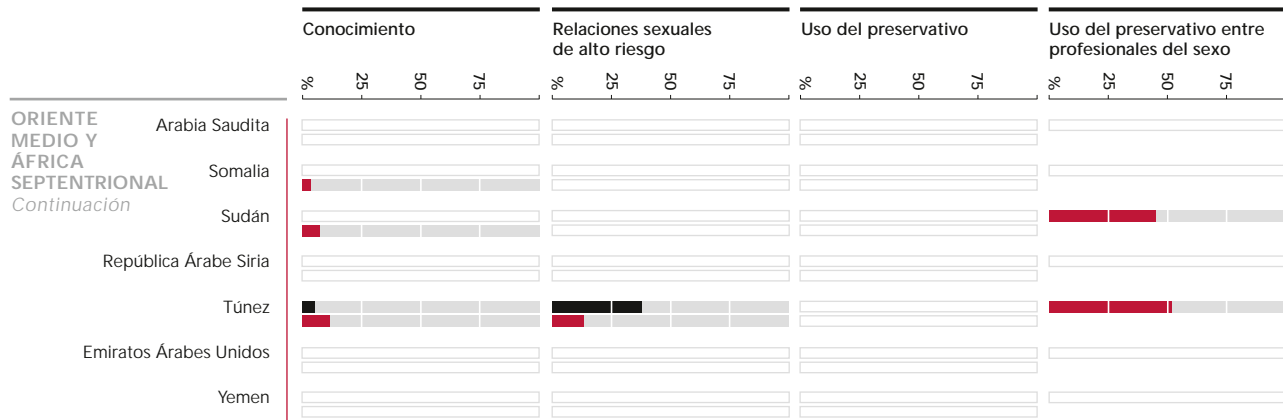




FICHA DE PUNTUACIÓN: PREVENCIÓN DEL VIH

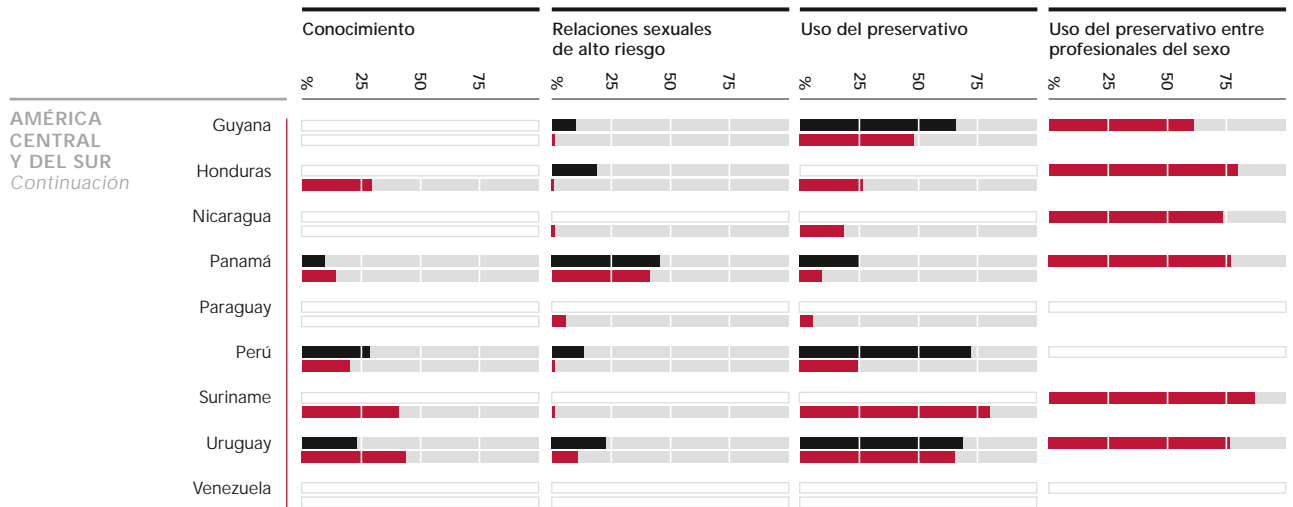
■ Varones
■ Mujeres
□ Sin datos disponibles





FICHA DE PUNTUACIÓN: PREVENCIÓN DEL VIH

■ Varones
■ Mujeres
□ Sin datos disponibles





TRATAMIENTO DEL VIH

DATOS CLAVE

- Unos 1,2 millones de personas más recibieron terapia antirretrovírica en 2009, y como resultado el número total de personas que reciben tratamiento en países de ingresos bajos y medios ascendió a 5,2 millones, esto es, un aumento del 30% respecto de 2008.
 - A finales de 2009, un 36% (alrededor de 5,2 millones) de las 15 millones de personas que necesitaban terapia antirretrovírica en países de ingresos bajos y medios la recibían.
 - Menos personas fallecen por causas relacionadas con el sida. Desde 1996, se han ganado alrededor de 14,4 millones de años de vida mediante el suministro de terapia antirretrovírica.
 - Alrededor del 50% de las mujeres embarazadas que resultaron VIH-positivas fueron evaluadas a fin de determinar si reunían las condiciones para recibir terapia antirretrovírica por su propia salud.
 - Los niños y los grupos de población marginados (como las personas que se inyectan drogas) tienen menos probabilidades de recibir terapia antirretrovírica que la población en general.
 - Si bien se está realizando un firme progreso en la ampliación del acceso a los servicios del VIH para personas con tuberculosis (TB), el porcentaje de personas con TB que recibieron una prueba del VIH en 2009 continúa siendo bajo (26%). El progreso en la ampliación de los servicios para la TB destinados a personas que viven con el VIH también es muy lento.
 - Los niños que quedaron huérfanos por el sida tuvieron casi la misma probabilidad de asistir a la escuela que otros niños.
 - La disponibilidad de servicios de atención paliativa y domiciliaria para las personas que viven con el VIH continúa siendo desigual.
-

» **Más personas recibieron terapia antirretrovírica en todas las regiones en 2009**

Los avances hacia el acceso universal a los servicios de tratamiento, atención y apoyo fueron un logro significativo en 2009, especialmente si se tienen en cuenta las considerables dificultades que acompañaron el estancamiento de la financiación mundial para los programas de VIH en países de ingresos bajos y medios. Más personas reciben terapia antirretrovírica en todas las regiones del mundo que en cualquier momento antes de la epidemia. Sin embargo, el progreso realizado en la consecución de las metas de acceso universal ha sido heterogéneo, con logros en algunos lugares y en ciertos aspectos del tratamiento, la atención y el apoyo considerablemente mayores que en otros.

Hasta diciembre de 2009, un número estimado de 5,2 millones de personas recibía terapia antirretrovírica en países de ingresos bajos y medios (1). Esto representó un aumento de 1,2 millones de personas, o el 30%, respecto del número que recibía tratamiento 12 meses antes.

En África subsahariana, casi el 37% [34%-40%] de las personas aptas para el tratamiento podían acceder a medicamentos que salvan vidas en 2009. Asimismo, el 42% [35%-47%] en América Central y del Sur, el 51% [40%-60%] en Oceanía, el 48% [42%-55%] en el Caribe y el 19% [15%-21%] en Europa oriental y Asia central accedían a dicho tratamiento. Este incremento prácticamente fue uniforme en todo Europa oriental (34%), África subsahariana (33%), Asia (29%) y el Caribe (30%). Sólo en América Central y del Sur (6%), donde la cobertura de la terapia antirretrovírica ya era amplia, la tasa de aumento en el acceso en 2009 fue significativamente más baja.

La cobertura de la terapia antirretrovírica para los niños es menor que para los adultos; un porcentaje bajo de mujeres embarazadas fueron evaluadas para determinar si reunían las condiciones y recibieron terapia antirretrovírica para su propia salud; datos limitados muestran una cobertura restringida para grupos de población clave en mayor riesgo. La cobertura debe ser por tanto más equitativa.

El número de establecimientos de salud que proporcionan terapia antirretrovírica aumentó un 36% en 2009, y el número medio de personas que la reciben por establecimiento ascendió de 260 en 2008 a 274 en 2009, según los datos presentados por 99 países.

En 2010, la OMS emitió las directrices revisadas para el tratamiento (2) en las que recomienda un inicio más temprano de la terapia antirretrovírica, cuando el recuento de CD4 sea < 350 células/mm³. Estos nuevos criterios aumentaron en aproximadamente un 50% (de 10 millones a 15 millones en 2009) el número total de personas aptas desde el punto de vista médico para recibir tratamiento antirretrovírico.

La mitad o más de todos los adultos aptos para recibir tratamiento (CD4 < 350 células/mm³) recibían terapia antirretrovírica en 29 de los 109 países de ingresos bajos y medios para los que había datos disponibles en diciembre de 2009. Ocho países —Botswana, Camboya, Croacia, Cuba, Guyana, Namibia, Rumania y Rwanda— lograron una cobertura de la terapia antirretrovírica del 80% o más.

De los 19 de los 25 países de ingresos bajos y medios que tienen el mayor número de personas que viven con el VIH, Rwanda logró el 88% de cobertura entre adultos; Botswana, el 83%; y Namibia, el 76%. Once países (Camerún, Côte d'Ivoire, Ghana, India, Indonesia, Mozambique, Sudáfrica, Ucrania, República Unida de Tanzania, Viet Nam y Zimbabwe) tenían una cobertura inferior al 40%. Indonesia y Ucrania informaron que menos del 20% de los adultos recibían terapia antirretrovírica (Tabla 4.1).

37%

Personas en África subsahariana elegibles para recibir tratamiento que pudieron acceder a medicamentos vitales en 2009.

ELEMENTOS CLAVE DE LA REVISIÓN DE 2010 DE LAS DIRECTRICES DE LA OMS PARA EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO

Iniciar antes la terapia antirretrovírica: Comenzar la terapia antirretrovírica cuando el umbral de recuento de CD4 sea inferior a 350 células/mm³.

Usar opciones menos tóxicas y más prácticas para el paciente: Reducir el riesgo de efectos adversos y mejorar la observancia del tratamiento mediante el uso de fármacos menos tóxicos y combinaciones de terapia antirretrovírica de dosis fijas.

Mejorar el tratamiento de las coinfecciones entre el VIH y la TB o la hepatitis B: Comenzar la terapia antirretrovírica en todas las personas que viven con el VIH que tienen TB activa o hepatitis B crónica activa independientemente del recuento de células CD4.

Fomentar el uso estratégico de la vigilancia de laboratorio: Usar la vigilancia de laboratorio, como los recuentos de CD4 y pruebas de carga vírica, para mejorar la eficiencia y la calidad del tratamiento y la atención del VIH.

Tabla 4.1

**Cobertura del tratamiento para adultos y niños, 2009
(directrices de la OMS de 2006 y 2010)**

Cobertura de terapia antirretrovírica entre adultos y niños en 25 países con mayor número de personas que viven con el VIH, 2009, basada en las directrices de 2006 y 2010 de la OMS.

Fuente: Informes de progresos de los países 2010 y estimaciones del ONUSIDA.

	Niños ^d			Cobertura en adultos Directrices 2010 (CD4 350) ^c			Cobertura en adultos Directrices 2006 (CD4 200) ^c		
	Estimaciones puntuales ^a	Baja	Alta	Estimaciones puntuales	Baja	Alta	Estimaciones puntuales	Baja	Alta
Botswana	90%	76%	>95%	83%	77%	>95%	>95%	>95%	>95%
Brasil ^b		65%	>95%		50%	89%		65%	>95%
Camerún ^b	11%	8%	20%	30%	27%	34%	46%	40%	54%
China ^b		21%	74%		19%	38%		31%	67%
Côte d'Ivoire ^b	15%	10%	30%	29%	26%	32%	44%	38%	49%
Congo, República Democrática del		9%	23%		15%	20%		22%	32%
Etiopía ^b		14%	38%		52%	65%		72%	94%
Ghana	12%	8%	24%	25%	23%	29%	40%	34%	46%
India ^b		24%	59%		23%	27%		37%	45%
Indonesia		14%	48%	21%	14%	30%	34%	24%	58%
Kenya	32%	22%	59%	50%	46%	55%	72%	64%	81%
Lesotho	23%	17%	39%	50%	45%	54%	75%	65%	86%
Malawi	29%	21%	51%	48%	44%	54%	72%	62%	81%
Mozambique	14%	10%	26%	32%	29%	35%	51%	43%	59%
Nigeria	10%	7%	19%	23%	21%	25%	35%	30%	41%
Federación de Rusia ^b		17%	60%		16%	23%		27%	42%
Sudáfrica	54%	41%	94%	36%	35%	37%	56%	49%	63%
Sudán ^{b,e}	2%	1%	4%						
Tailandia		73%	>95%	61%	49%	77%	75%	61%	95%
Uganda	18%	12%	33%	43%	38%	48%	62%	54%	72%
Ucrania		69%	>95%	9%	8%	10%	15%	13%	17%
República Unida de Tanzania	17%	11%	34%	32%	29%	35%	49%	43%	55%
Viet Nam		54%	>95%	33%	25%	44%	44%	35%	55%
Zambia	36%	26%	65%	68%	62%	76%	>95%	84%	>95%
Zimbabwe	30%	23%	50%	34%	32%	37%	52%	47%	57%

^a Estimaciones puntuales publicadas para países con epidemias generalizadas únicamente.

^b Las estimaciones del número de personas que necesitan terapia antirretrovírica están en proceso de revisión y se ajustarán, según corresponda, en función de la recopilación y el análisis de datos en curso.

^c Las estimaciones de la cobertura se basan en los números estimados sin redondear de adultos que recibían terapia antirretrovírica y la necesidad estimada sin redondear de terapia antirretrovírica (según la metodología del ONUSIDA y la OMS). Los rangos en las estimaciones de la cobertura se basan en los límites de verosimilitud en el denominador, es decir, estimaciones bajas y altas de necesidad. Las estimaciones son normalizadas para permitir su comparación según los métodos del ONUSIDA y la OMS.

^d Las estimaciones de la cobertura se basan en los números estimados sin redondear de niños que recibían terapia antirretrovírica y la necesidad estimada sin redondear de terapia antirretrovírica (según la metodología del ONUSIDA y la OMS). Los rangos en las estimaciones de la cobertura se basan en los límites de verosimilitud en el denominador, es decir, estimaciones bajas y altas de necesidad.

^e No se dispone de los datos correspondientes a 2009 de la cobertura de la terapia antirretrovírica para adultos en Sudán.

La cobertura de la terapia antirretrovírica para niños es menor que para adultos

El número de niños menores de 15 años que reciben terapia antirretrovírica aumentó en 80 000 (o 29%) aproximadamente en 2009, de 275 000 a 354 000 el acceso a la terapia antirretrovírica para los niños sigue siendo menor que para los adultos (28% de cobertura de los niños, comparado con el 37% de cobertura de los adultos).

Se estima que el 90% de los niños de todo el mundo que viven con el VIH reside en África subsahariana. La cobertura de la terapia antirretrovírica para niños en la región está ligeramente por debajo del promedio mundial, en apenas el 26%. De los 25 países que tienen mayor número de personas que viven con el VIH, sólo Botswana informó de una cobertura de terapia antirretrovírica para niños superior al 80% (Tabla 4.1).

Diversos países registran una cobertura de la terapia antirretrovírica considerablemente inferior para niños que para adultos. La cobertura para adultos es superior en 12 de los 14 países más afectados por el virus para los que existen estimaciones de la cobertura para adultos y niños. En seis países, la cobertura de la terapia antirretrovírica para niños es menos de la mitad que para los adultos, y se observan diferencias particularmente importantes en países como Camerún (30% de adultos frente al 11% de niños), Mozambique (32% frente a 12%) y Uganda (43% frente a 18%). En contraposición, dos de los 12 países (Sudáfrica y Botswana) comunican una mayor cobertura de la terapia antirretrovírica para niños que para adultos.

Muy pocas mujeres embarazadas que viven con el VIH reciben terapia antirretrovírica por su propia salud

El acceso a los servicios para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH aumentó entre 2008 y 2009, pero aún son pocas las mujeres embarazadas que viven con el VIH a quienes se les realizan análisis por su propia salud. La proporción de mujeres embarazadas que resultaron VIH-positivas y que fueron evaluadas a fin de determinar su aptitud para recibir terapia antirretrovírica por su propia salud se incrementó del 34% al 51%. Apenas el 15% de las mujeres embarazadas que viven con el VIH y cuyo estado serológico respecto del VIH se detectó durante su utilización de servicios de salud materno-infantil también recibió tratamiento antirretrovírico por su propia salud al mismo tiempo.

En los 12 países de alta prevalencia que informaron sobre el acceso a la terapia antirretrovírica para mujeres embarazadas tanto en 2007 como en 2009, el número total de mujeres que seguía el tratamiento prácticamente se duplicó, de más de 18 000 a más de 37 000. En Swazilandia, una importante iniciativa dirigida a suministrar terapia antirretrovírica en centros de salud materno-infantil aumentó el número de mujeres que iniciaban el tratamiento de 259 en 2007 a 1844 en 2009.

El acceso a la terapia antirretrovírica elude a las poblaciones marginadas

Son escasos los datos existentes acerca del acceso a la terapia antirretrovírica para profesionales del sexo, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y usuarios de drogas inyectables. La mayoría de los países no recopilan estos datos. Por ejemplo, en Europa oriental y Asia central, sólo cuatro de los 12 países recogen este tipo de información. Muchos países de Asia, América Central y del Sur y otras regiones informan de que las actitudes negativas del personal sanitario a menudo disuaden a las personas más expuestas al riesgo de infección por el VIH de demandar servicios de tratamiento (4). Algunos otros obstáculos al acceso a la terapia antirretrovírica son las leyes de diferentes países con poblaciones considerables de personas nacidas en el extranjero que limitan el acceso a la terapia antirretrovírica a los ciudadanos (5). Muchos sistemas penitenciarios restringen el acceso a la terapia antirretrovírica, según informes presentados al ONUSIDA por los países (6).

15%

El 15% de las mujeres embarazadas que viven con el VIH y cuyo estado serológico se detectó durante su utilización de servicios de salud materno-infantil también recibió tratamiento antirretrovírico para su salud al mismo tiempo.

De los 21 países que cuentan con datos sobre la cobertura de la terapia antirretrovírica para personas que viven con el VIH y se inyectan drogas, 14 suministran tratamiento al 5% o menos de este grupo de población (7). En únicamente nueve países el tratamiento llega a más del 10% .

La retención en el tratamiento es posible y se puede lograr

Los nuevos datos aportan pruebas contundentes de que se pueden alcanzar altas tasas de retención en el tratamiento antirretrovírico. De los países para los cuales hay datos disponibles, 26 informan de que al menos el 95% de las personas aún reciben tratamiento al año de haber iniciado la terapia antirretrovírica. De los 25 países con mayor número de personas que viven con el VIH, Botswana, Brasil y Camerún afirman que el 90% o más siguen en tratamiento 12 meses después de su inicio. Ghana, la India, Kenya, Lesotho, Tailandia, Uganda, Ucrania y Viet Nam registran una retención de al menos el 80% de las personas en tratamiento durante un mínimo de un año. Sudán informa de una tasa de retención durante 12 meses del 56%, el Chad, sólo del 47%.

“LOS NUEVOS DATOS APORTAN PRUEBAS CONTUNDENTES DE QUE SE PUEDEN ALCANZAR ALTAS TASAS DE RETENCIÓN EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO. DE LOS PAÍSES PARA LOS CUALES HAY DATOS DISPONIBLES, 26 INFORMAN DE QUE AL MENOS EL 95% DE LAS PERSONAS AÚN RECIBEN TRATAMIENTO AL AÑO DE HABER INICIADO LA TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA”.

Una razón probable para explicar las tasas más bajas de retención en el tratamiento es el inicio en una etapa tardía de la enfermedad por el VIH y el fallecimiento prematuro del receptor del tratamiento. Las pruebas muestran que es necesario mejorar las tasas de retención, al menos en parte, a través de esfuerzos permanentes para iniciar antes el tratamiento. La retención a largo plazo es fundamental para conseguir buenos resultados de salud, pero muchas personas abandonan el tratamiento durante el primer año. El abandono del seguimiento en los programas de terapia antirretrovírica tiende a aumentar con el transcurso del tiempo.

En Malawi, donde se ha ampliado rápidamente la terapia antirretrovírica en los últimos años, los datos indican que el 70% de las personas que inician tratamiento siguen registradas como “en tratamiento” después de 24 meses, y este porcentaje desciende a alrededor del 55% después de 48 meses (Figura 4.1). En Burundi y la República Centroafricana, la tasa de retención a los 48 meses oscila entre el 60% y el 70%, mientras que en Botswana supera el 80%. Sin embargo, es posible que las tasas de retención no siempre permitan una comparación directa, ya que algunos países pueden ofrecer datos provenientes de hospitales de atención terciaria únicamente, documentar la supervivencia en lugar de la retención o registrar erróneamente transferencias a otros centros de tratamiento como pérdidas de seguimiento.

Se precisa una mejor comprensión de los factores que inhiben la retención a largo plazo, y se necesitan nuevas estrategias para aumentar la retención en los programas de terapia antirretrovírica. Los posibles factores que limitan la retención en el tratamiento incluyen las limitaciones dentro de los sistemas de salud y de la comunidad, como programas de tratamiento excesivamente centralizados que limitan la accesibilidad geográfica; escasez de personal sanitario; desabastecimientos de fármacos; y los pocos conocimientos sobre el tratamiento en la comunidad.

El tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH plantean dificultades y aportan beneficios para los sistemas de salud

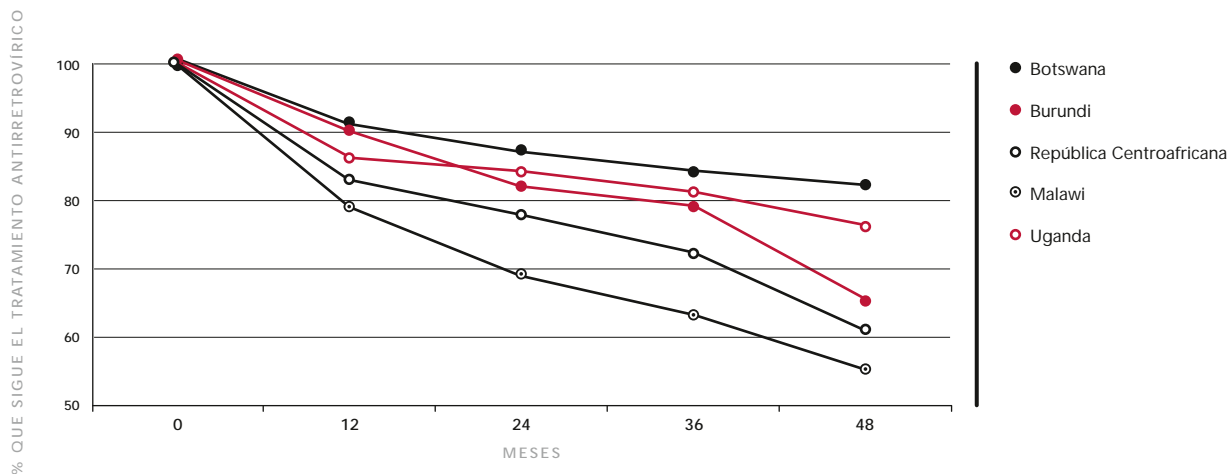
En muchos países, los sobrecargados sistemas de salud hacen esfuerzos denodados por abordar las dificultades presentadas por el VIH, entre ellas, escasez de personal sanitario, programas centralizados, prestación de servicios fragmentados más que integrados y holísticos y sistemas deficientes de adquisición y suministro. Esta situación se aplica especialmente a los sistemas de salud de África subsahariana, que deben atender a dos de cada tres personas que viven con el VIH pero tienen sólo el 3% de los proveedores de salud del mundo (8). Sin embargo, las dificultades asociadas con la capacidad del sistema de salud no se limitan a África subsahariana.

Figura 4.1

Retención de adultos en la terapia antirretrovírica en países seleccionados, de 0 a 48 meses, 2009

Cobertura de la TARV para adultos (directrices 2006 y 2010 de la OMS) y cobertura de la TARV pediátrica en los 25 países con mayor número de personas que viven con el VIH.

Fuente: *Towards Universal Access 2010, OMS.*



Países de Asia, Oriente Medio y África septentrional informan de que la dotación insuficiente de personal sanitario cualificado en la administración de terapia antirretrovírica impide la ampliación del tratamiento.

En respuesta a este problema, muchos países han aplicado estrategias innovadoras para ampliar la capacidad de los sistemas de salud para abordar el VIH y otros desafíos. Entre estas estrategias se cuentan un mayor uso de asociados de la sociedad civil para dirigir establecimientos de atención sanitaria, otras formas de delegación de funciones en ámbitos clínicos y acuerdos de hermanamiento institucional entre centros de salud locales e instituciones de países de altos ingresos. La escasez de recursos humanos para la salud ha obstaculizado gravemente la distribución del tratamiento antirretrovírico en África subsahariana. Los modelos actuales de distribución necesitan bastante dedicación de médicos y recursos hospitalarios. Una revisión reciente (9) ha mostrado que la delegación de funciones desempeñadas por médicos a personal con menor nivel de cualificación, como trabajadores comunitarios y no profesionales, constituye una estrategia eficaz para abordar la escasez de recursos humanos para la salud en el campo de tratamiento y atención del VIH.

Sudáfrica está utilizando un modelo orientado al personal de enfermería para descentralizar el suministro de terapia antirretrovírica y agilizar la ampliación del tratamiento. Un ensayo clínico controlado y aleatorio que ha evaluado la eficacia de la delegación de funciones para la administración de terapia antirretrovírica en centros médicos urbanos de Johannesburgo y Ciudad del Cabo halló que el tratamiento antirretrovírico administrado por personal de enfermería no es de inferior calidad al administrado por médicos: ambos grupos de tratamiento presentaron resultados similares en cuanto a supresión vírica, observancia del tratamiento, toxicidad y mortalidad (10). Asimismo, en Rwanda, el personal de enfermería determinó con exactitud la aptitud para recibir terapia

INNOVACIÓN Y FLEXIBILIDAD PARA AUMENTAR EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS ANTIRRETROVÍRICOS

EL FONDO COMÚN DE PATENTES DE MEDICAMENTOS

El Fondo Común de Patentes de Medicamentos fue establecido en julio de 2008 por UNITAID, un mecanismo internacional de financiación para la salud, con el objetivo de ampliar el acceso a los medicamentos antirretrovíricos más innovadores mediante la creación de un fondo común de patentes e inteligencia sobre la producción de antirretrovíricos.

El Fondo Común de Patentes de Medicamentos tiene como objetivo aumentar el acceso al tratamiento impulsando la reducción del precio de fármacos antirretrovíricos existentes, estimulando la producción de medicamentos más nuevos de primera y segunda línea e incrementando el número de fabricantes de genéricos de estos medicamentos.

Los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos anunciaron hace poco que compartirán patentes con el Fondo Común de Patentes de Medicamentos. Esta es la primera vez que el titular de una patente ha compartido la propiedad intelectual sobre medicamentos antirretrovíricos con el recientemente establecido Fondo Común de Patentes de Medicamentos.

SACAR EL MÁXIMO PROVECHO DEL ACUERDO SOBRE LOS ADPIC

La Declaración de la Organización Mundial de Comercio relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública (la Declaración de Doha) destaca que el Acuerdo sobre los ADPIC no impide ni debe impedir a los Estados tomar medidas que protejan la salud pública y reafirma su derecho a usar, en su totalidad, las disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC que brindan flexibilidad para fines relacionados con la salud pública, en especial para promover el acceso a los medicamentos para todos. La Declaración de Doha también aclara parte de la flexibilidad estipulada en el Acuerdo sobre los ADPIC, por ejemplo, que las autoridades nacionales tienen la libertad de determinar los fundamentos para otorgar licencias obligatorias para permitir la adquisición y el uso de productos protegidos de otro modo, con lo que se corrige la falsa idea de que se requiere alguna forma de emergencia para emitir una licencia obligatoria.

Si bien algunos países de ingresos medios y bajos como Brasil, Tailandia y, más recientemente, Ecuador han utilizado la flexibilidad que facilitan al Acuerdo sobre los ADPIC y la Declaración de Doha para hacer más asequibles los medicamentos para el VIH, en los últimos años menos países han aprovechado estas oportunidades.

Sin embargo, algunos países de ingresos medios y bajos ya están suscribiendo algunos acuerdos comerciales bilaterales y regionales con países de ingresos altos, donde la protección de la propiedad intelectual es más estricta de lo necesario según los Acuerdos sobre los ADPIC y puede limitar sus derechos a promover el acceso a medicamentos para el VIH asequibles y otros productos farmacéuticos en sus países.

antirretrovírica de más del 99% de las personas examinadas (11). En Mozambique, las personas evaluadas por personal sanitario de nivel medio (con 2,5 años de capacitación) fueron casi un 30% más propensas a realizarse recuentos de CD4 después de iniciar el tratamiento antirretrovírico que aquellas atendidas por médicos y eran un 44% menos propensas a abandonar el tratamiento. No se hallaron diferencias significativas en la mortalidad, en los recuentos de CD4 efectuados a los 12 meses ni en las tasas de observancia del tratamiento (12). En un estudio llevado a cabo en Malawi, se halló que la capacitación de trabajadores no profesionales como auxiliares farmacéuticos redujo en un 25% los errores de prescripción debido a que alivian la carga impuesta al sistema (13). En la República Democrática del Congo, un estudio

(14) examinó la concordancia entre las decisiones de los médicos y el personal de enfermería para iniciar la terapia antirretrovírica y encontró un 95% de coincidencia respecto del comienzo del tratamiento.

La delegación de funciones ofrece atención rentable y de calidad a más personas que un modelo centrado en los médicos. Entre los principales desafíos a su puesta en práctica se encuentran la capacitación adecuada y sostenible, el apoyo y remuneración para el personal en las nuevas funciones, la integración de nuevos miembros en los equipos de atención de la salud y el cumplimiento de las reglamentaciones. Se debe considerar una aplicación cuidadosa de la delegación de funciones en aquellos casos en los que la escasez de recursos humanos para la salud amenace los programas de distribución.

Las deficiencias sistémicas en la adquisición de artículos básicos y la gestión de suministros debilitan las iniciativas en materia de tratamiento en muchos países. De 94 países, el 38% de los que respondieron a las encuestas informan haber tenido al menos un desabastecimiento de medicamentos en 2009 (1). La República Islámica del Irán, Túnez, Yemen y varios países de América Central y del Sur mencionan a las interrupciones en el suministro de medicamentos como obstáculos importantes para el acceso al tratamiento antirretrovírico (6). Como medida para evitar los desabastecimientos, Rwanda ha convocado a un Sistema Coordinado de Adquisición y Distribución, que reúne al gobierno nacional, donantes, organizaciones internacionales y otros asociados del país en un esfuerzo común por garantizar un suministro ininterrumpido de medicamentos antirretrovíricos y otros artículos básicos (1).

En todos los sistemas de salud, la ampliación del suministro de terapia antirretrovírica presenta no sólo dificultades sino también oportunidades y beneficios que trascienden el VIH. En lugares hiperendémicos en los que las personas que viven con el VIH han representado la mayor parte de pacientes hospitalarios en los últimos años, la ampliación del tratamiento libera la capacidad del sistema de salud para abordar otras prioridades sanitarias y reduce el ausentismo y la mortalidad entre los agentes de salud que viven con el VIH. Además, las mejoras de infraestructuras financiadas con fondos destinados al VIH – entre ellas, centros de salud refaccionados, mayor capacidad de laboratorio y sistemas fortalecidos para la gestión de suministros y adquisición de artículos básicos – aumentan la disponibilidad y la calidad de los servicios de atención para todos, independientemente de su estado serológico respecto del VIH.

Reducir la carga de VIH entre personas con tuberculosis

La tuberculosis (TB) es una de las principales causas de muerte entre personas que viven con el VIH. En 2009, se produjeron unas 380 000 defunciones a causa de la TB entre personas seropositivas. En África subsahariana, que representa el 78% de las personas con TB relacionada con el VIH (1), la prevalencia del VIH entre personas con TB llega al 80% en algunos países. Sin embargo, sólo 79 000 (0,2%) personas que viven con el VIH recibieron tratamiento preventivo con isoniazida, que puede reducir en gran medida el riesgo de una persona de desarrollar la enfermedad de tuberculosis.

Conforme a las nuevas directrices emitidas por la OMS, todas las personas con TB que viven con el VIH deben recibir terapia antirretrovírica, independientemente de su recuento de CD4. En 2009, 1,6 millones de personas con TB (26% del total) se sometieron a pruebas del VIH, esto es, un aumento respecto del 22% en 2008 y del 4% en 2003. De las personas que se realizaron las pruebas, 450 000 resultaron VIH-positivas; el 75% de las cuales recibieron cotrimoxazol y el 37% terapia antirretrovírica. Dos de los 21 países con mayor carga de TB relacionada con el VIH proporcionan tratamiento para ambas enfermedades a más de la mitad de las personas que lo necesitan (Figura 4.3 y Figura 4.4).

“LA TUBERCULOSIS ES UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE ENTRE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH. EN 2009, SE PRODUJERON UNAS 380 000 DEFUNCIONES A CAUSA DE LA TB ENTRE PERSONAS SEROPOSITIVAS”.

Figura 4.2.

Cobertura de servicios para la TB entre personas que viven con el VIH, 2009

Cobertura de los servicios dirigidos a reducir la carga de TB por 1000 personas que viven con el VIH en todo el mundo.

Fuente: Estimaciones del ONUSIDA, *Towards Universal Access 2010*, OMS y *Global TB Control Report*, OMS 2010.

- Elegibles para recibir terapia antirretrovirica (441)
 - Conocen su estado respecto al VIH (333)
 - Siguen la terapia antirretrovirica (158)
 - Casos de tuberculosis en personas que viven con el VIH (33)
 - Sometidos a las pruebas de tuberculosis (50)
 - Tratamiento para la tuberculosis (5)
 - Tratamiento preventivo con isoniazida (2)
- El cuadrado exterior representa 1000 casos de VIH

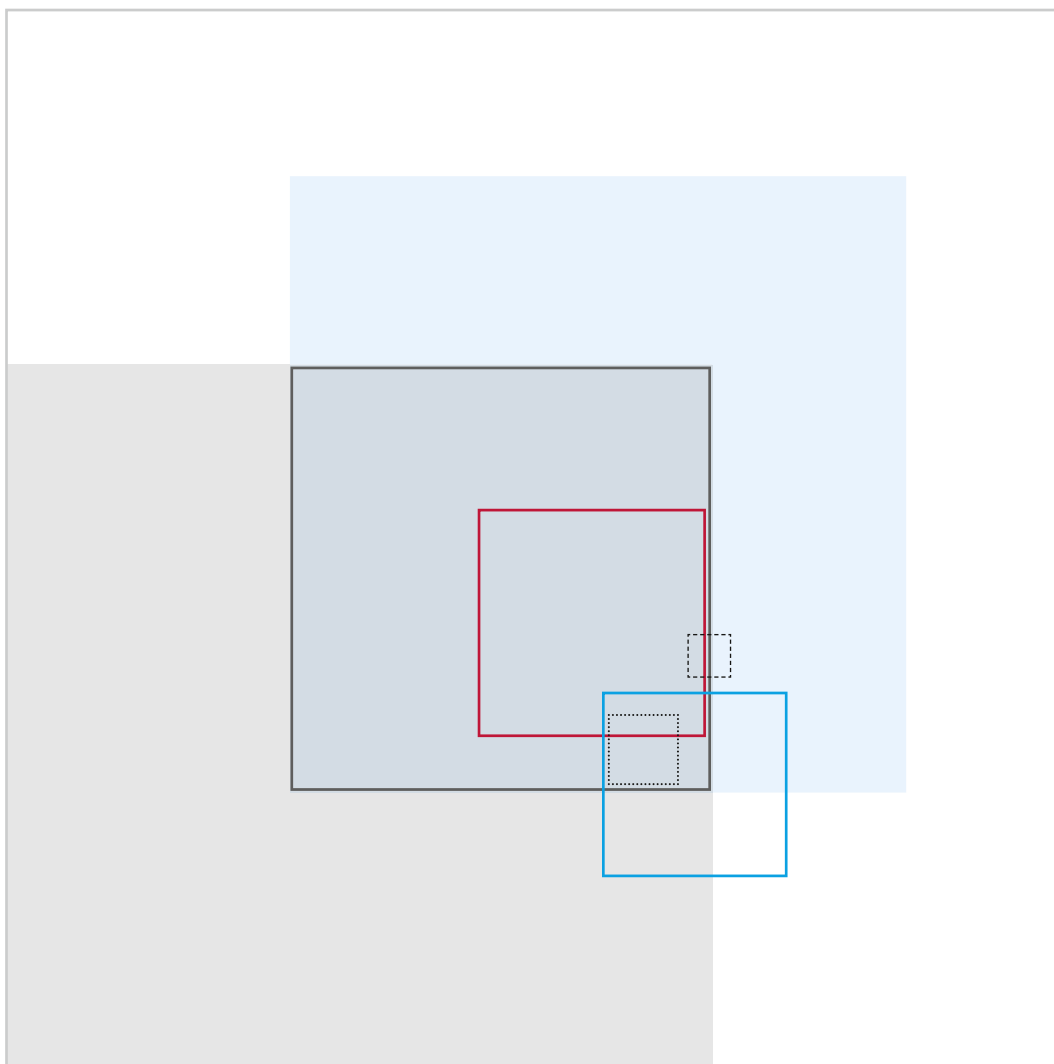


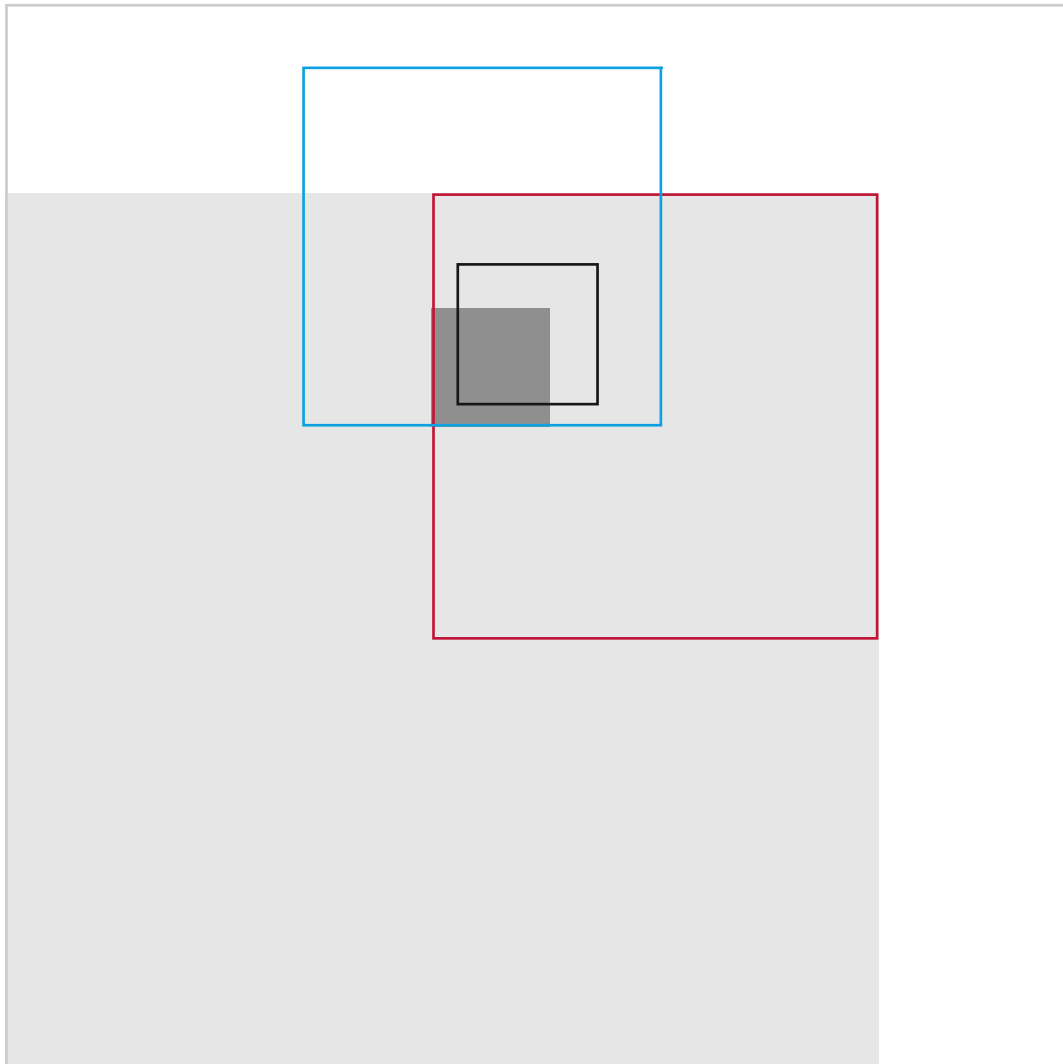
Figura 4.3

Cobertura de los servicios relacionados con el VIH entre personas con TB, 2009

Cobertura de servicios dirigidos a reducir la carga del VIH por 1000 personas que viven con TB en todo el mundo, 2009.

Fuente: Global TB Control Report, OMS 2010.

- Diagnosticados y registrados en programas de tuberculosis (656)
 - Recibieron prueba del VIH (174)
 - Casos de tuberculosis en personas seropositivas (117)
 - Pacientes de tuberculosis seropositivos en tratamiento antirretrovirico (15)
 - Pacientes de tuberculosis seropositivos tratados con cotrimoxazol (20)
- El cuadrado exterior representa 1000 casos de tuberculosis



TRATAMIENTO 2.0

Tratamiento 2.0 es un nuevo enfoque destinado a simplificar la forma en la que actualmente se suministra el tratamiento del VIH y ampliar el acceso a los medicamentos que salvan vidas. Mediante una conjugación de esfuerzos, podría reducir los costes del tratamiento, desarrollar esquemas terapéuticos más simples e inteligentes, reducir la carga sobre los sistemas de salud y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH y sus familias. La elaboración de modelos sugiere que, en comparación con los enfoques terapéuticos actuales, el Tratamiento 2.0 podría evitar 10 millones de defunciones para 2025 (Figura 4.4).

Además, el nuevo enfoque podría reducir en hasta un millón el número de nuevas infecciones anuales por el VIH si los países suministraran terapia antirretrovírica a todos los que la necesiten, de conformidad con las directrices revisadas de la OMS para el tratamiento. En la actualidad, 5 millones de los 15 millones de personas que necesitan tratamiento acceden a estos medicamentos.

Para obtener todos los beneficios del Tratamiento 2.0, se requiere realizar progresos en cinco áreas:

- 1. Optimizar la posología de los medicamentos:** El ONUSIDA hace un llamamiento al desarrollo de nuevos compuestos farmacéuticos que den lugar a un “comprimido mejor y más inteligente” que sea menos tóxico, de acción más prolongada y más fácil de usar. En combinación con la optimización de las dosis y una mejor secuenciación de los tratamientos de primera y segunda línea, esto simplificará los protocolos terapéuticos y mejorará la eficiencia. La optimización del tratamiento del VIH también producirá otros beneficios para la salud, entre ellos, tasas mucho más bajas de TB y malaria entre personas que viven con el VIH.
- 2. Proporcionar acceso a diagnósticos en el punto de atención:** La vigilancia del tratamiento requiere equipos complejos y técnicos de laboratorio especializados. La simplificación de las herramientas de diagnóstico para efectuar recuentos de cargas víricas y de células CD4 en el punto de atención podría contribuir a reducir la carga impuesta a los sistemas de salud. Una plataforma de tratamiento simplificada podría reducir gastos y ampliar el acceso de las personas al tratamiento.
- 3. Reducir costes:** Pese a las drásticas reducciones en los precios de los medicamentos ocurridas en la última década, los costes de los programas de terapia antirretrovírica continúan en aumento. Si bien deben continuar los esfuerzos por hacer más asequibles los medicamentos, incluidos los tratamientos de primera línea, los beneficios potenciales son mayores si se reducen los costes del suministro de tratamiento no relacionados con los fármacos, como la hospitalización, la vigilancia del tratamiento y los gastos del bolsillo propio. Estos costes actualmente duplican el de los mismos medicamentos.
- 4. Adaptar los sistemas de prestación:** Esquemas de tratamiento y diagnósticos más sencillos también permitirán una mayor descentralización e integración de los sistemas de prestación de servicios, con lo que se reducirá la redundancia y la complejidad y facilitará un continuo de atención más eficaz. La delegación de funciones y el fortalecimiento de los sistemas de adquisiciones y suministros serán elementos importantes de este cambio.
- 5. Movilizar a las comunidades:** Se puede mejorar el acceso al tratamiento y su observancia mediante la participación de la comunidad en la gestión de los programas de tratamiento. El fortalecimiento de la demanda y la utilización de las pruebas y el tratamiento mejorará la cobertura del tratamiento y, además, ayudará a reducir los costes de las actividades de extensión de gran alcance. Una mayor participación de las organizaciones de base comunitaria en el mantenimiento del tratamiento, el apoyo a la observancia y la vigilancia reducirá la carga para los sistemas de salud.

Figura 4.4

Los cinco pilares del Tratamiento 2.0

Fuente: ONUSIDA.



La ampliación de la provisión de terapia antirretrovírica reduce la incidencia de TB y la mortalidad a causa del sida. Múltiples estudios de investigación muestran que el tratamiento antirretrovírico puede reducir la incidencia de TB entre personas que viven con el VIH. Los datos procedentes de Botswana (Figura 4.5) indican un descenso en el número de casos de TB registrados a nivel nacional que ha coincidido con una rápida distribución de la terapia antirretrovírica desde 2002-2003. Las mejoras en los programas nacionales para la TB en Botswana durante este mismo período, incluidas la detección y la notificación de casos, significan que este descenso probablemente refleje una verdadera reducción en las infecciones por la TB gracias al tratamiento antirretrovírico.

Efecto de la terapia antirretrovírica en la mortalidad

La ampliación de la terapia antirretrovírica ha producido destacados beneficios de salud en países en los que apenas diez años atrás un diagnóstico de VIH se consideraba una sentencia de muerte. Pruebas recientes muestran asociaciones entre la distribución del tratamiento y una reducción de la mortalidad de la población en lugares con alta prevalencia. En la provincia de North West, Sudáfrica, la distribución de terapia antirretrovírica, uno de los primeros esfuerzos más firmes para mejorar el acceso, coincide y parece estar asociado con un descenso en la mortalidad en los grupos etarios más afectados (Figura 4.6). Los datos también indican descensos iniciales en la mortalidad para 2007 en Western Cape y KwaZulu-Natal. Los resultados preliminares arrojados por un estudio sobre el registro de defunciones llevado a cabo por el Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica aportan datos probatorios de los descensos continuos en la mortalidad.

Figura 4.5

Terapia antirretrovírica e incidencia de la TB en Botswana

Incidencia registrada de TB y número de personas que reciben tratamiento antirretrovírico en Botswana, 1990-2007.

Fuente: Ministerio de Salud, Botswana.

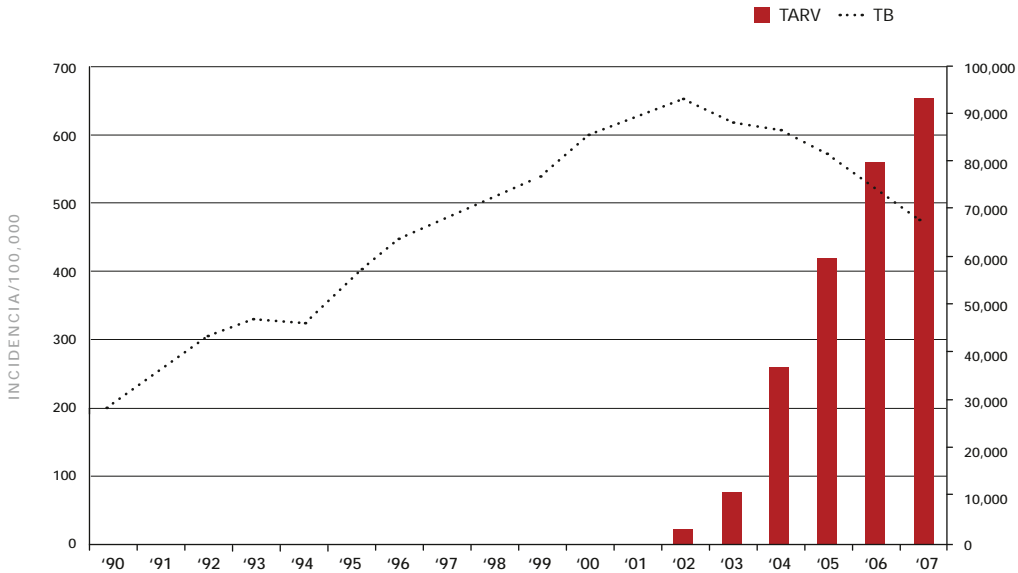
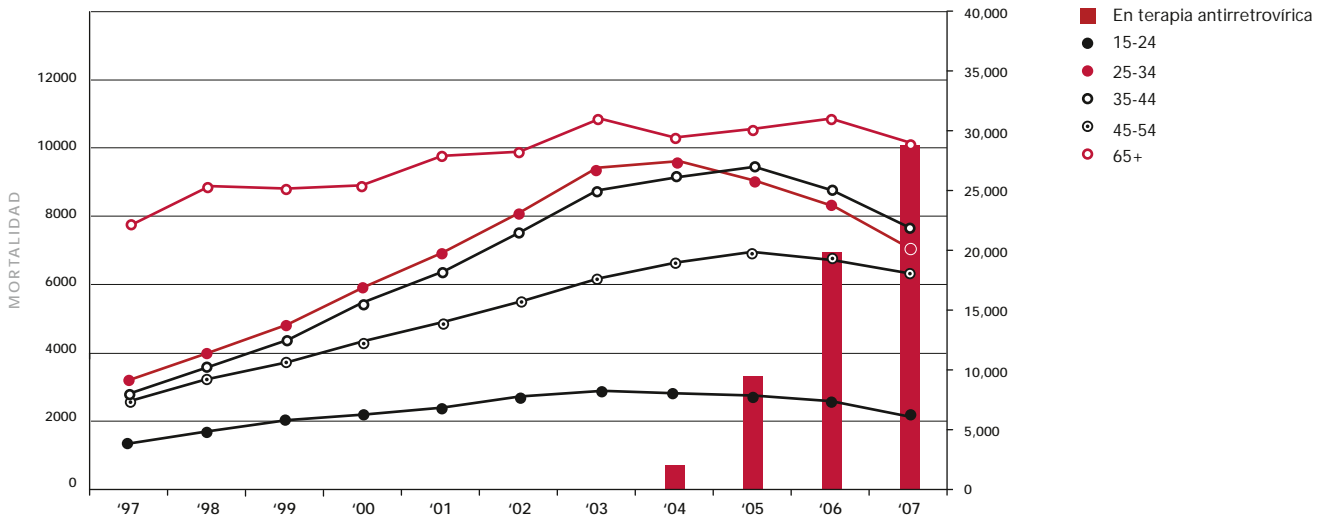


Figura 4.6

Terapia antirretrovírica y mortalidad, provincia de Northwest, Sudáfrica

Número de personas que alguna vez recibieron terapia antirretrovírica y número anual de defunciones por grupo etario, provincia de Northwest, Sudáfrica, 1997-2007.

Fuente: Ministerio de Salud de Sudáfrica.



Las estimaciones sugieren que, en todo el mundo, se han ganado alrededor de 14,4 millones de años de vida como consecuencia del tratamiento antirretrovírico (Tabla 4.2). Se estima que, entre 1996 y 2009, se ganaron más 1,2 millones de años de vida en Brasil, que desde hace muchos años tiene una política de cobertura universal del tratamiento. En Sudáfrica, más de 970 000 personas están inscritas en el tratamiento antirretrovírico y ya se han ganado más de 700 000 años de vida. Kenya y Nigeria han inscrito a más de 300 000 personas en tratamiento, lo que produjo una ganancia de 320 000 años de vida en cada país. Una introducción más tardía de la terapia antirretrovírica o una cobertura limitada significa que aún tienen que documentarse ganancias considerables en algunos de los países con epidemia concentradas, como Indonesia, Ucrania y Viet Nam.

La disponibilidad de servicios de atención paliativa y domiciliaria sigue siendo desigual

Las personas que viven con el VIH, incluidas aquellas que ya reciben tratamiento o que todavía lo esperan, tienen una variedad de necesidades de atención y apoyo, además de la terapia antirretrovírica. Entre ellas se encuentra la necesidad de atención y apoyo psicosocial, físico, socioeconómico y jurídico. La atención domiciliaria, que incluye el cuidado de personas postradas en cama o imposibilitadas de salir de la casa, la distribución de productos básicos, los cuidados paliativos y la atención y el apoyo a niños que quedaron huérfanos a causa del sida, constituyen elementos esenciales de los programas de atención y apoyo.

La mayoría de los países (162 de 171) afirman que cuentan con una “política o estrategia para fomentar el tratamiento, la atención y el apoyo integrales en relación con el VIH”. Sin embargo, el acceso a estos servicios integrales está lejos de ser completo. Debido a una falta de claridad acerca de qué conforma la atención y el apoyo integrales, puede que las políticas o estrategias nacionales sobre VIH no aborden aspectos fundamentales de la atención y el apoyo.

Sólo el 44% de los gobiernos (y el 35% de las respuestas de la sociedad civil) afirman que la mayoría de las personas que lo necesitan tienen acceso a servicios de atención domiciliaria (Figura 4.7). Tal como Uganda menciona en su informe de país 2010 (6), la inadecuada voluntad política y los recursos insuficientes son dificultades considerables para aumentar el acceso a servicios de atención y apoyo de calidad.

Si bien el 73% de los gobiernos que respondieron están de acuerdo con la afirmación de que la mayoría de las personas que lo necesitan tienen acceso a cuidados paliativos y al tratamiento de infecciones comunes relacionadas con el VIH, sólo el 57% de los encuestados de la sociedad civil están de acuerdo con que la afirmación es verdadera (Figura 4.8).

LAS COMUNIDADES ENCABEZAN LA AMPLIACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL VIH

El liderazgo de la comunidad ayuda a impulsar la ampliación de la terapia antirretrovírica en todo el mundo. Por ejemplo, la República Democrática Popular Lao ha emprendido esfuerzos concertados para movilizar a las personas que viven con el VIH a que apoyen las iniciativas en materia de tratamiento antirretrovírico, lo que redanda en diagnósticos más tempranos de la infección por el VIH y tasas más altas de supervivencia (4). A través del apoyo brindado por el Fondo Colaborativo del VIH, alrededor de 30 organizaciones de base comunitaria dirigidas por personas que viven con el VIH ofrecen educación sobre el tratamiento y servicios de apoyo para la observancia, atención domiciliaria y educación para la prevención del VIH. En China, el seguimiento en curso de más de 14 000 personas a cargo de AIDS Care China indica que las personas que reciben ese tipo de servicios basados en la comunidad son más propensas a cumplir con los esquemas terapéuticos y están en mejores condiciones de controlar la toxicidad farmacológica.

En Kenya, AIDS Law Project y el Movimiento de África Oriental por el Acceso al Tratamiento presentaron una impugnación judicial en 2008 solicitando la suspensión de una ley nacional que prohibía la importación o fabricación de medicamentos antirretrovíricos genéricos de bajo costo. En abril de 2010, el tribunal que estudió la demanda suspendió la puesta en vigor de la legislación al considerar que las personas que viven con el VIH sufrirían daños irreparables como consecuencia de la ley.

También en Kenya, en la zona de Lurambi, en el oeste del país, una campaña masiva destinada a movilizar a la población para realizarse las pruebas de VIH y acceder a servicios de derivación dio como resultado que más de 47 000 residentes se hicieran las pruebas en siete días, de los cuales el 87% pertenecía al grupo etario destinatario de 15 a 49 años. El 4% que resultó seropositivo recibió un suministro para tres meses de cotrimoxazol y fue derivado a servicios de tratamiento (18).

En la mayoría de los casos, los grupos comunitarios llevan a cabo estos esfuerzos con escaso apoyo financiero o técnico. En la actualidad, existen relativamente pocos canales de financiación para mejorar la capacidad de los grupos comunitarios de base, y muchos programas de terapia antirretrovírica aún tienen que integrar a trabajadores comunitarios en sus operaciones. En mayo de 2010, el Fondo mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria publicó su primera guía sobre el fortalecimiento de los sistemas comunitarios en el contexto de la programación del Fondo Mundial. La guía tiene como finalidad alentar la creación de nuevos canales de financiación con el objeto de aumentar la capacidad de las comunidades para diseñar, implementar, vigilar y evaluar iniciativas tendentes a mejorar los resultados de salud.

Tabla 4.2

Años de vida de adultos ganados con la terapia antirretrovírica

Años de vida de adultos ganados como consecuencia de la terapia antirretrovírica en 25 países con mayor número de personas que viven con el VIH.

Fuente: Estimaciones del ONUSIDA, Towards Universal Access 2010, OMS y Global TB Control Report, OMS 2010.

	Número de personas que vivían con el VIH en 2009	Número de personas que recibían terapia antirretrovírica en diciembre de 2009	Cobertura de la terapia antirretrovírica (Orientaciones de la OMS 2010)			Años de vida ganados en adultos gracias a la terapia antirretrovírica desde 1996 hasta 2009
			Estimaciones puntuales	Baja	Alta	
Botswana	320 000 [300 000 - 350 000]	145 190	83%	>95%	77%	271 000
Brasil	[460 000 - 810 000]			50%	89%	1 215 000
Camerún	610 000 [540 000 - 670 000]	76 228	30%	34%	27%	97 000
China	740 000 [540 000 - 1 000 000]	12 762		38%	19%	84 000
Côte d'Ivoire	450 000 [390 000 - 510 000]	72 011	29%	32%	26%	80 000
RD Congo	[430 000 - 560 000]	34 967		20%	15%	42 000
Etiopía		176 632		65%	52%	160 000
Ghana	260 000 [230 000 - 300 000]	30 265	25%	29%	23%	26 000
India	2 400 000 [2 100 000 - 2 800 000]	320 074		27%	23%	233 000
Indonesia	310 000 [200 000 - 460 000]	15 442	21%	30%	14%	13 000
Kenya	1 500 000 [1 300 000 - 1 600 000]	336 980	50%	55%	46%	326 000
Lesotho	290 000 [260 000 - 310 000]	61 736	50%	54%	45%	48 000
Malawi	920 000 [830 000 - 1 000 000]	198 846	48%	54%	44%	161 000
Mozambique	1 400 000 [1 200 000 - 1 500 000]	170 198	32%	35%	29%	139 000
Nigeria	3 300 000 [2 900 000 - 3 600 000]	302 973	23%	25%	21%	316 000

	Número de personas que vivían con el VIH en 2009	Número de personas que recibían terapia antirretrovírica en diciembre de 2009	Cobertura de la terapia antirretrovírica (Orientaciones de la OMS 2010)			Años de vida ganados en adultos gracias a la terapia antirretrovírica desde 1996 hasta 2009
			Estimaciones puntuales	Baja	Alta	
Federación de Rusia	980 000 [840 000 - 1 200 000]	75 900		23%	16%	65 000
Sudáfrica	5 600 000 [5 400 000 - 5 900 000]	971 556	36%	37%	35%	707 000
Sudán	260 000 [210 000 - 330 000]	3 825		0%	0%	3 000
Tailandia	530 000 [420 000 - 660 000]	216 118	61%	77%	49%	389 000
Uganda	1 200 000 [1 100 000 - 1 300 000]	200 413	43%	48%	38%	293 000
Ucrania	350 000 [300 000 - 410 000]	15 871	9%	10%	8%	16 000
República Unida de Tanzania	1 400 000 [1 300 000 - 1 500 000]	199 413	32%	35%	29%	150 000
Viet Nam	280 000 [220 000 - 350 000]	37 995	33%	44%	25%	27 000
Zambia	980 000 [890 000 - 1 100 000]	283 863	68%	76%	62%	270 000
Zimbabwe	1 200 000 [1 100 000 - 1 300 000]	218 589	34%	37%	32%	172 000

La mayoría de las veces, son los voluntarios y no los gobiernos quienes brindan la mayor parte de los servicios necesarios de atención y apoyo psicosocial, físico, socioeconómico y jurídico. Las familias y las comunidades – en especial las mujeres, cuya contribución a la respuesta al VIH pocas veces recibe reconocimiento y apoyo – asumen la mayor carga de las responsabilidades de atención y apoyo. Al mismo tiempo, estas familias y comunidades a menudo pasan muchas dificultades a la hora de acceder a recursos, capacitación y apoyo adecuados para brindar estas respuestas cruciales (Figura 4.9).

Sin descensos en el número de niños huérfanos por el sida

Pese a un modesto descenso en la prevalencia del VIH en adultos a nivel mundial y el acceso cada vez mayor al tratamiento, el número total de niños de 0 a 17 años que han perdido a sus padres por el VIH aún no ha disminuido. De hecho, ha aumentado de 14,6 millones [12,4 millones-17,1 millones] en 2005 a 16,6 millones [14,4 millones-18,8 millones] en 2009. Casi el 90% vive en África subsahariana. El número de huérfanos por el sida que viven en seis países – Kenya, Nigeria, Sudáfrica, Uganda, República Unida de Tanzania y Zimbabwe – es más de 9 millones, mientras que Nigeria sola alberga a 2,5 millones de huérfanos a causa del VIH. Más del 10% de todos los niños de 0 a 17 años han perdido a un progenitor o a ambos a causa del VIH en Zimbabwe (16%), Lesotho (13%) y Botswana y Swazilandia (12%).

Entre las contribuciones más destacadas a la respuesta mundial al VIH, se encuentran los sistemas y las redes, tanto oficiales como no oficiales, que se han establecido para brindar apoyo a los niños que quedaron huérfanos a causa de la epidemia (Figura 4.10). La reducción de la diferencia entre la asistencia escolar entre huérfanos y no huérfanos es uno de los principales logros de esta respuesta. Sin embargo, la mayoría de los hogares que cuidan de niños afectados por el VIH aún no tiene acceso a atención y apoyo externos. ■

Figura 4.7

Acceso a la atención domiciliaria

Evaluación realizada por los gobiernos respecto de si la mayoría de las personas necesitadas tienen acceso a la atención domiciliaria.

Fuente: Informes de progresos de los países 2010.

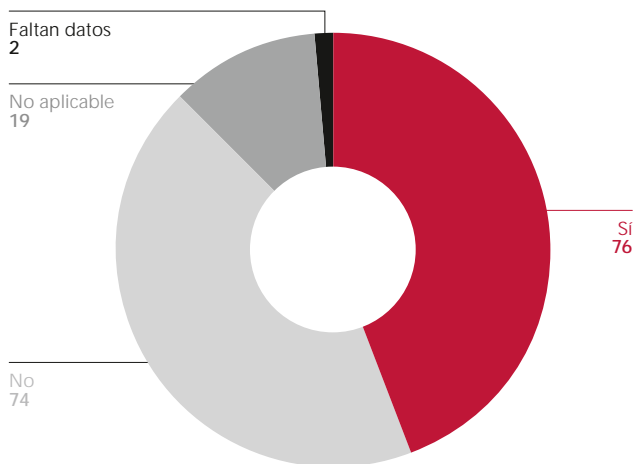


Figura 4.8

Disponibilidad de atención paliativa

Evaluación realizada por los gobiernos respecto de si la mayoría de las personas necesitadas tienen acceso a atención paliativa.

Fuente: Informes de progresos de los países 2010.

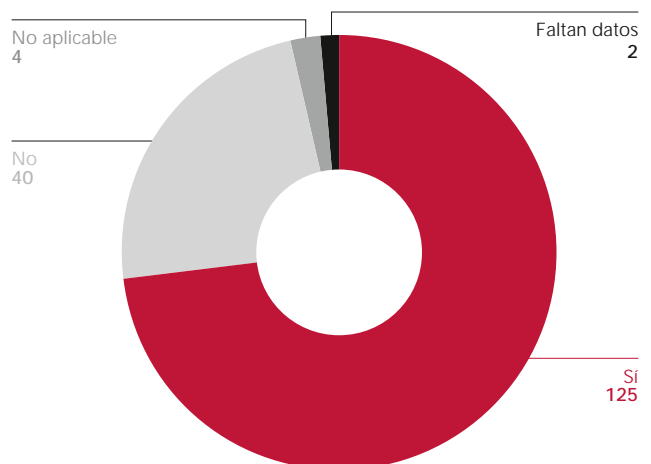


Figura 4.9

Tipos de trabajo de atención y apoyo llevado a cabo por voluntarios

Tipos de trabajo de atención y apoyo para personas que viven con el VIH llevado a cabo por 1366 cuidadores voluntarios entrevistados en Camerún, Kenya, Malawi, Nigeria, Sudáfrica y Uganda.

Fuente: *Compensation for Contributions: report on interviews with volunteer caregivers in six countries.* Comisión Hairu y Community Agency for Social Enquiry, sept. de 2009.

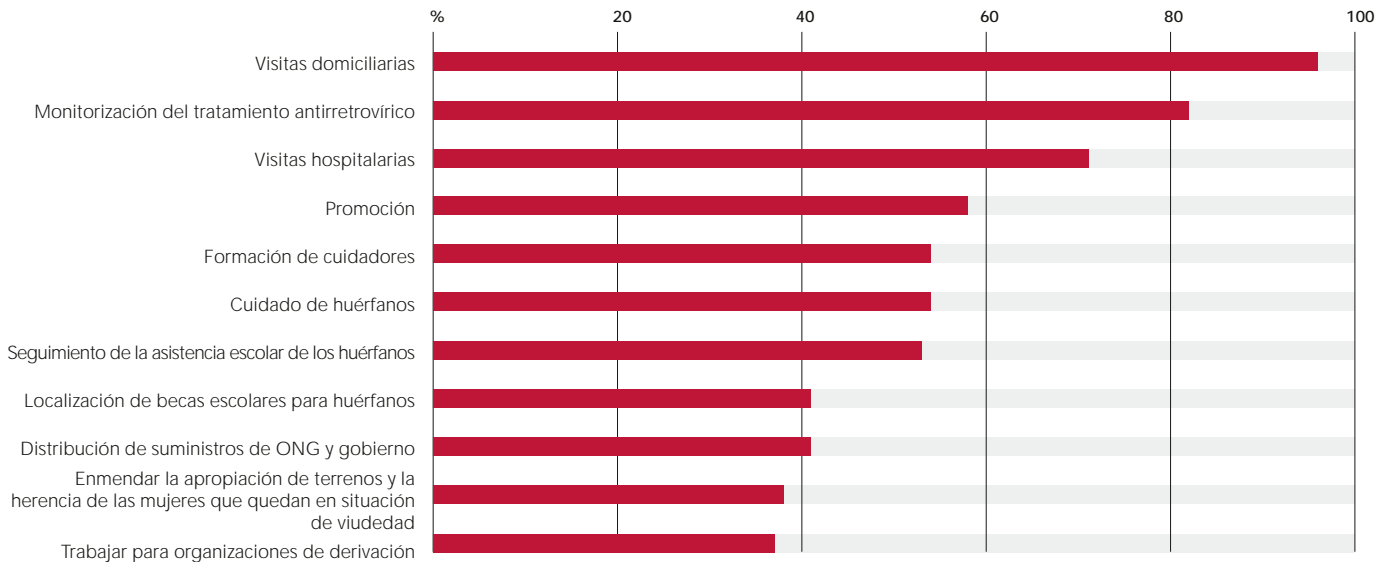


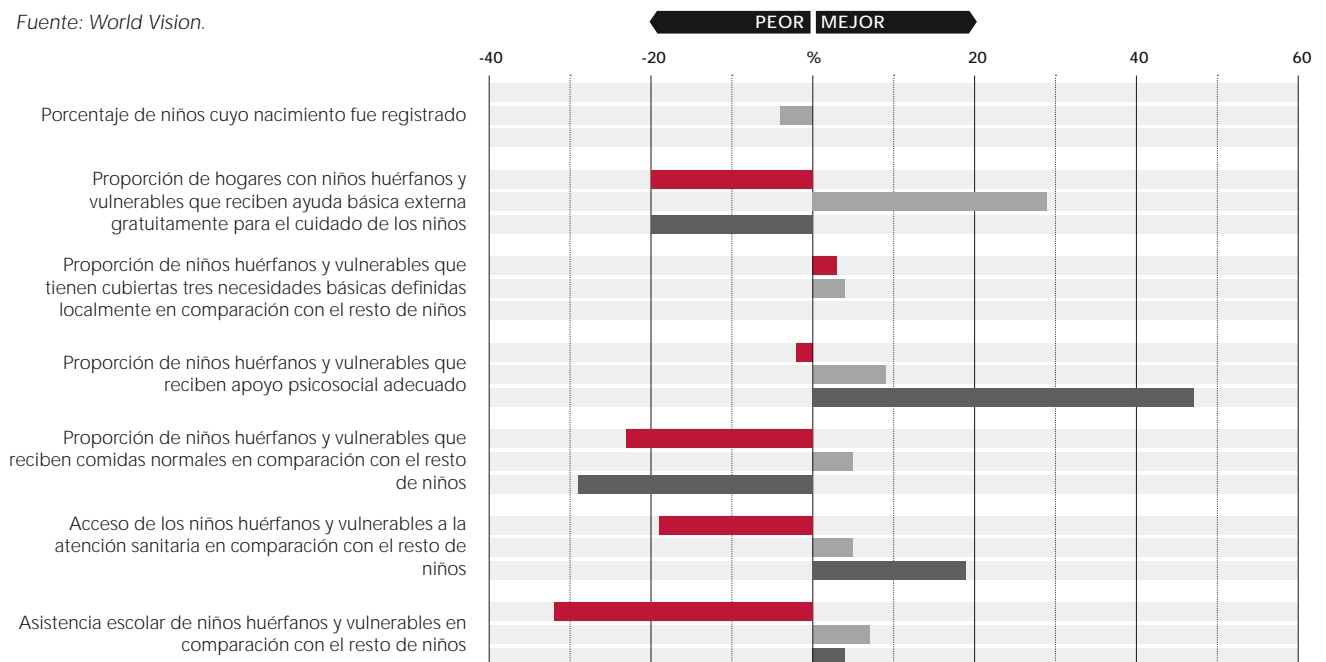
Figura 4.10

Tendencias en el apoyo destinado huérfanos y niños vulnerables, de 2005 a 2010

Cambios en la cobertura de servicios de apoyo para huérfanos y niños vulnerables en tres países con alta prevalencia del VIH, de 2005 a 2010.

■ Zambia
■ Uganda
■ Etiopía

Fuente: World Vision.





PUNTOS DE ACCIÓN

- El tratamiento del VIH se debe ampliar al ritmo de la creciente demanda.
 - Se deben ampliar las pruebas del VIH y el asesoramiento, ya que la mayor parte de las personas conocen su estado serológico muy tarde y acceden al tratamiento más tarde aún, lo que reduce la eficacia de los programas de tratamiento.
 - Un programa integrado de VIH y TB es indispensable para hacer frente a los desafíos planteados por las epidemias dobles.
 - Los servicios de salud maternoinfantil se deben fortalecer para que todas las mujeres que viven con el VIH puedan acceder a servicios integrales con el fin de prevenir la mortalidad maternoinfantil y las nuevas infecciones en bebés, así como para suministrar terapia antirretrovírica para las madres.
 - El acceso de los niños a la terapia antirretrovírica debe mejorar. Para ello, será necesario que los centros de terapia antirretrovírica y los de salud maternoinfantil trabajen en estrecha colaboración. Además, siguen siendo necesarias mejores herramientas de diagnóstico y formulaciones de terapia antirretrovírica para los niños.
 - Los enfoques actuales del tratamiento no han sido óptimos para los 15 millones de personas que lo necesitan. El tratamiento 2.0 – una plataforma de tratamiento radicalmente simplificada – promete simplificar el tratamiento y ofrecer a todas las personas que lo necesitan un medicamento mejor con menos probabilidades de provocar resistencia, diagnósticos y vigilancia más simples, pruebas del VIH más fáciles y mayor fortalecimiento para la comunidad. Todas las partes interesadas deben unirse para convertir esta promesa en realidad.
 - El apoyo social para los huérfanos debe continuar, y se debe ampliar y sostener el éxito reciente en la aplicación de programas de apoyo como transferencias de dinero, apoyo alimentario y becas de estudios.
 - Las inversiones en el tratamiento han producido resultados positivos al reducir la mortalidad relacionada con el sida y el número de nuevas infecciones por el VIH. Se debe continuar con estas inversiones y sostenerlas en el largo plazo.
-

FICHA DE PUNTUACIÓN: TRATAMIENTO DEL VIH

□ Sin datos disponibles

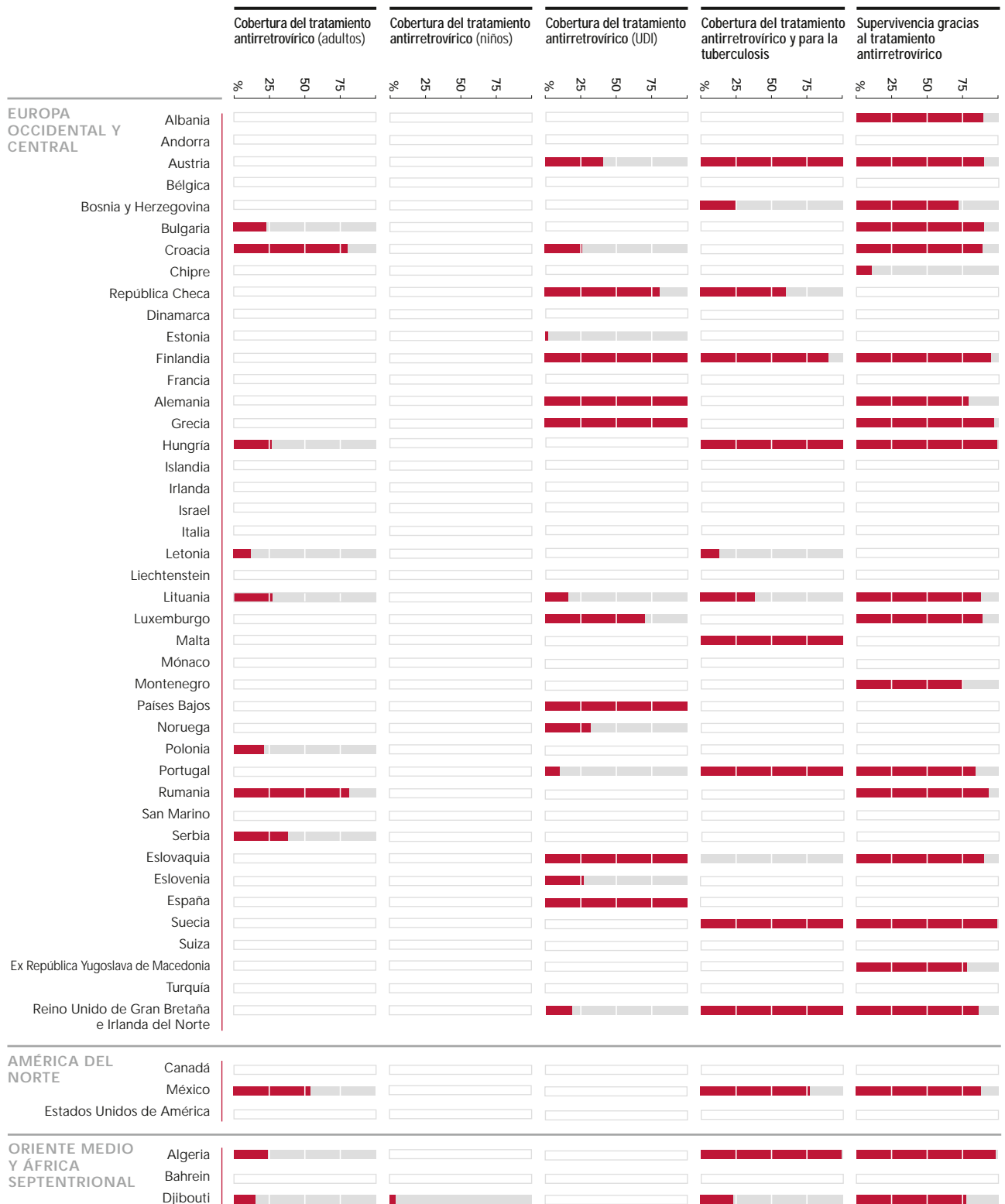


Para garantizar que los datos sean comparables, las estimaciones de la cobertura del tratamiento antirretrovirico se basan en el modelo epidemiológico estandarizado de Spectrum para calcular el número de personas que necesitan tratamiento. Las estimaciones de Spectrum solo están disponibles para países de ingresos bajos y medios. Para acceder a los datos completos que han facilitado los países, consulte AIDSInfo Online (www.AIDSInfoOnline.org).

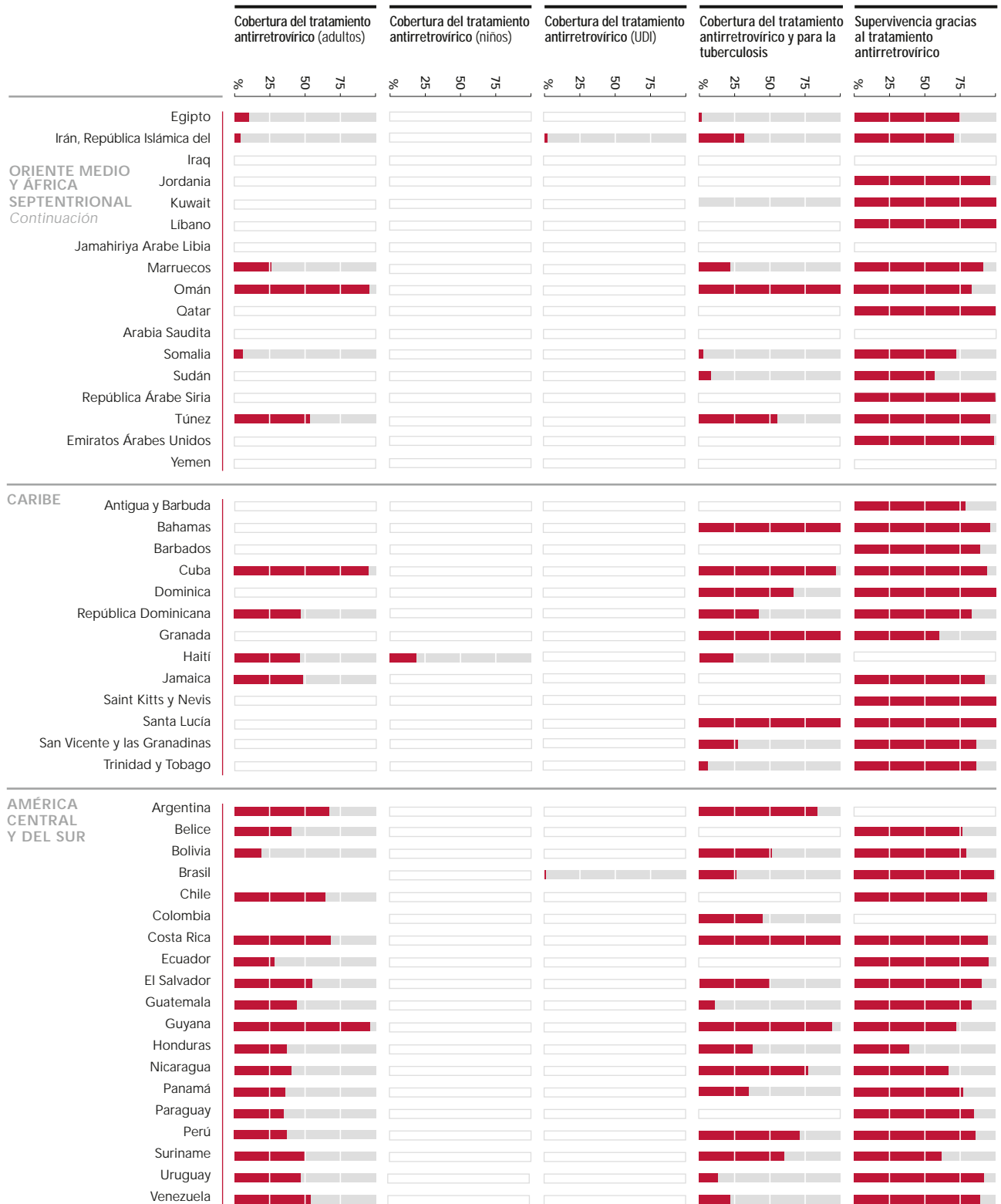


FICHA DE PUNTUACIÓN: TRATAMIENTO DEL VIH

□ Sin datos disponibles



Para garantizar que los datos sean comparables, las estimaciones de la cobertura del tratamiento antirretrovirico se basan en el modelo epidemiológico estandarizado de Spectrum para calcular el número de personas que necesitan tratamiento. Las estimaciones de Spectrum solo están disponibles para países de ingresos bajos y medios. Para acceder a los datos completos que han facilitado los países, consulte AIDSInfo Online (www.AIDSInfoOnline.org).





DERECHOS HUMANOS E IGUALDAD DE GÉNERO

DATOS CLAVE

DERECHOS HUMANOS

- Si no se abordan los derechos humanos de las poblaciones clave más expuestas al riesgo de infección por el VIH, se facilita el crecimiento de la epidemia y se intensifican sus efectos nocivos en el ámbito social.
- Las leyes punitivas que afectan a las personas que viven con el VIH o a otras personas más expuestas al riesgo siguen siendo generalizadas. Muchos países cuentan con leyes que protegen a estas personas, pero no hay datos suficientes para determinar si se hacen cumplir de manera activa o general.
- El estigma, la discriminación y la violencia hacia las personas transexuales y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres aumentan el riesgo de estos grupos de contraer la infección por el VIH y también el de sus parejas femeninas y masculinas.

IGUALDAD DE GÉNERO

- La vulnerabilidad de las mujeres y niñas al VIH permanece en un nivel especialmente alto en África subsahariana; el 80% de todas las mujeres del mundo que viven con el VIH residen en esta región.
 - Los esfuerzos dirigidos a promover el acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo requieren un enfoque más centrado en las mujeres y las niñas. Menos de la mitad de los países afirman tener un presupuesto específico para programas relacionados con el VIH orientados a mujeres y niñas. A pesar de los datos que muestran que se puede conseguir un cambio de conductas beneficioso, pocos programas del VIH implican a hombres y a niños.
-

» **Los derechos humanos y la igualdad de género son fundamentales para dar una respuesta eficaz al VIH**

En el contexto del VIH, las medidas de protección abarcan planteamientos legales que aplican compromisos internacionales en materia de derechos humanos así como acciones para abordar las normas sociales y de género nocivas que colocan a mujeres, hombres y niños en una situación de mayor riesgo de contraer la infección por el VIH y acrecientan su impacto. Una respuesta al VIH basada en los derechos requiere: el cumplimiento y la protección de los derechos que las personas necesitan para evitar la exposición al VIH; habilitación y protección de las personas que viven con el VIH de manera que puedan vivir y prosperar con dignidad; atención a los más marginados de las sociedades; facultación de los grupos de población clave a través del fomento de la participación social, la promoción de la inclusión y de la sensibilización sobre los derechos. En los últimos años, se han logrado importantes avances en la ampliación de los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, pero algunas poblaciones clave en mayor riesgo, como profesionales del sexo, personas que se inyectan drogas y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, en muchos casos siguen estando desatendidas. Los recursos dirigidos a las necesidades de estos grupos de población, incluido el apoyo para que estos reivindiquen y ejerciten sus derechos, no suelen ser proporcionales al grado en que la epidemia los afecta.

Estigma y discriminación

En 2010, el 91% de los gobiernos informaron de que abordan el estigma y la discriminación como cuestiones interrelacionadas en su estrategia nacional. Además, según los informes provenientes de fuentes no gubernamentales que han informado regularmente sobre el Índice compuesto de política nacional (ICPN) desde 2006, los programas destinados a abordar el estigma y la discriminación se han duplicado en menos de cinco años (92% en 2010 frente a 46% en 2006). Esta mejora indica un mayor reconocimiento de la importancia de trabajar en pos de eliminar el estigma y la discriminación de las personas que viven con el VIH.

Sin embargo, estos informes hacen referencia únicamente a la existencia de tales programas. No confirman si los esfuerzos se llevan a cabo en una escala suficiente y con una calidad que permita conseguir mejoras reales y sostenidas en las vidas de las personas que viven con el VIH y otros miembros de las poblaciones clave en mayor riesgo de exposición.

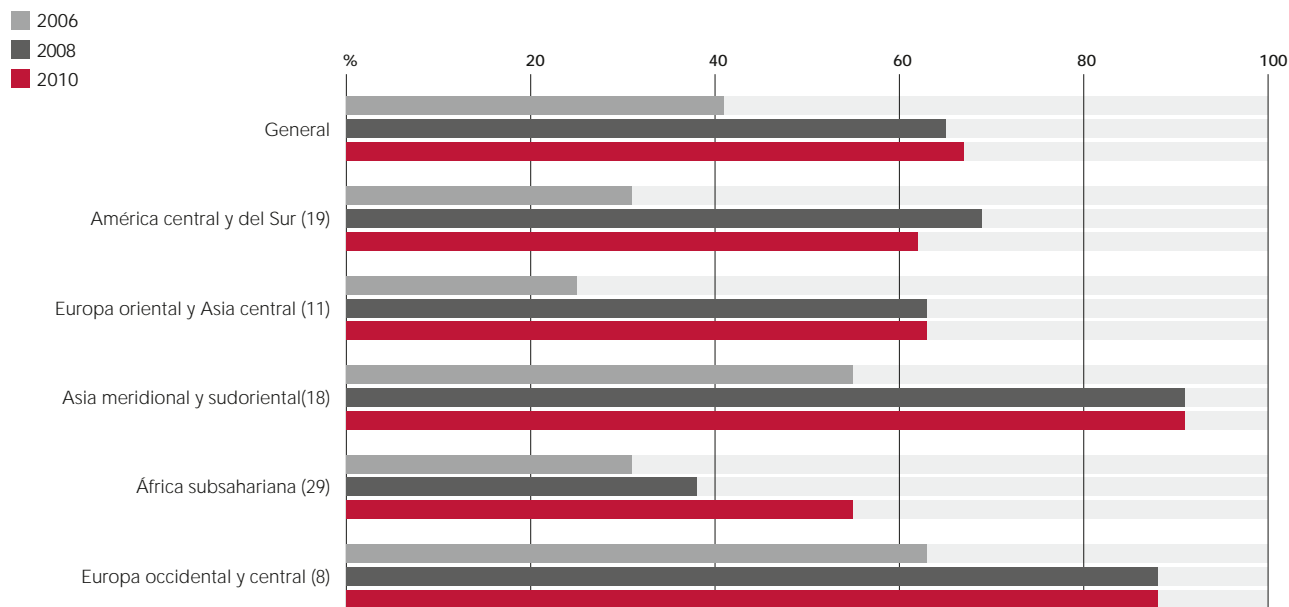
En 2008-2009, la Secretaría del ONUSIDA encargó a la Alianza Internacional del VIH/Sida la revisión de los documentos de planificación nacional en materia de sida de 56 países, a fin de determinar si incluían programas para aumentar el acceso a la justicia y reducir el estigma y la discriminación (p. ej., reforma de leyes; educación básica en cuestiones jurídicas y campañas de “Conozca sus derechos”;

Figura 5.1

Países con leyes o reglamentaciones que crean obstáculos

Porcentaje de países en los que fuentes no gubernamentales informan de la existencia de leyes o reglamentaciones que crean obstáculos para la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo eficaces relacionados con el VIH destinados a grupos de población en mayor riesgo y otros grupos de población vulnerables.

Fuente: Informes de progresos de los países 2006, 2008, 2010.



Las siguientes regiones no se muestran debido a un número insuficiente de países: El Caribe, Oriente Medio y África septentrional, Asia oriental y Oceanía.

prestación de servicios de asistencia jurídica; capacitación en derechos humanos para proveedores de servicios; y programas que apoyan los derechos humanos de mujeres y niñas). Este estudio (que se publicó en 2010) concluyó que, si bien alrededor del 90% de los planes de actividad de los países incluían programas de reducción del estigma y la discriminación, menos del 50% de los países estimaron los costes de dichos programas ni destinaron presupuesto para ellos. Por otro lado, la revisión indicó que los países muy pocas veces incluían en sus estrategias nacionales un módulo integral de programas para reducir el estigma y la discriminación (1).

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el ONUSIDA y el Fondo mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria examinaron si se incluyeron programas de derechos humanos en la cartera para el VIH del Fondo Mundial para las Rondas 6 y 7. En este estudio de 2009-2010 se halló que un tercio de los programas clave relativos a los derechos humanos identificados por los Mecanismos de Coordinación de País como necesarios para una respuesta eficaz al VIH no se pusieron en marcha. El mismo estudio también arrojó que menos de un cuarto de los programas planificados explícitamente implicaba a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, transexuales, personas que usan drogas, profesionales del sexo y reclusos (2).

Los resultados de Índice de estigma en personas que viven con el VIH ilustran la necesidad de aumentar los esfuerzos en pos de reducir el estigma y la discriminación como parte de las respuestas nacionales al VIH. El Índice, que actualmente se aplica en más de 70 países y del cual ya se cuentan con resultados preliminares de 10 países (Bangladesh, China, República Dominicana, Fiji, Myanmar, Paraguay, Rwanda, Reino Unido, incluido un componente separado para Escocia, y Zambia), ofrece pruebas sustanciosas de las formas multidimensionales en que el estigma y la discriminación se manifiestan en las vidas de las personas que viven con el VIH.

En China, por ejemplo, más del 30% de las personas que viven con el VIH fueron víctimas de abusos verbales, el 9% sufrieron acoso físico, al 14% no les dieron empleo y al 12% les negaron asistencia sanitaria (2). En Paraguay, el 12% de las personas que viven con el VIH fueron excluidas de reuniones sociales, el 11% sufrió acoso físico y el 9% fue víctima de ataques físicos (3). En Rwanda, más del 50% recibió insultos verbales, el 36% sufrió acoso físico y el 20%, ataques físicos, el 65% perdió el empleo o sus ingresos y al 88% se le negó el acceso a servicios de planificación familiar debido a su estado serológico respecto al VIH (4). En el Reino Unido, un 17% declaró que le habían negado la asistencia sanitaria (5).

Altos porcentajes de encuestados en todos los países reconocieron un estigma interiorizado: sentimiento de vergüenza y culpabilidad y pensamientos suicidas.

En una encuesta de gran alcance realizada por representantes de organizaciones no gubernamentales de la Junta Coordinadora del Programa del ONUSIDA en 2010, se halló que las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave en mayor riesgo siguen soportando altos niveles de estigma y discriminación. Algo menos de la mitad de los encuestados sufrieron actitudes negativas o exclusión por parte de familiares. Otras experiencias, en al menos un tercio de la muestra, fueron pérdida del empleo, denegación de atención por parte de personal sanitario, exclusión social o profesional y revelación involuntaria del estado serológico (6). Varios ejemplos de los informes presentados para el UNGASS (7) también indican que el estigma y la discriminación siguen obstaculizando la posibilidad de lograr respuestas eficaces al VIH. Los informes procedentes de Camboya, Malasia, Nepal y Pakistán incluyen el estigma y la discriminación como barreras a la prestación de servicios de prevención, tratamiento y atención a grupos de población clave y al suministro de tratamiento y atención a personas que viven con el VIH (8).

Varios países informaron de que el estigma y la discriminación en los establecimientos de salud afectan negativamente al acceso a estos servicios y su prestación. Por ejemplo, en varios informes de América Central y del Sur, se señala que parte del personal sanitario es propenso a discriminar a las personas que viven con el VIH y a denegarles servicios a grupos de población en mayor riesgo, como profesionales de salud y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; en México, los proveedores de servicios pueden tratar a las personas que se inyectan drogas como “delincuentes” (8). Los informes de progresos de los países correspondientes a 2010 de Lesotho, Mozambique y Senegal (7) mencionaron el estigma y la discriminación de los profesionales del sexo y las minorías sexuales como barreras para el acceso a los servicios de salud, las pruebas del VIH y el tratamiento del VIH.

Aún se reciben informes de muchas partes del mundo sobre casos de violencia y asesinatos por motivos de la orientación sexual real o percibida de una persona (9-11). Por ejemplo, en el informe paralelo presentado en el marco de los informes del UNGASS sobre Honduras se describen varios homicidios y un clima de impunidad para los autores de violaciones de los derechos humanos que socavan considerablemente la respuesta al VIH (12). Estas situaciones graves exigen la actuación concertada y actividades de sensibilización tanto de las partes interesadas relacionadas con los derechos humanos como de aquellas involucradas en la problemática del VIH.

La participación significativa de las personas que viven con el VIH y aquellas vulnerables ante la infección en las respuestas nacionales al VIH forma parte de la realización de los derechos humanos.

FUENTES PARA EVALUAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

Informes de los países para el UNGASS

Los informes de progresos de los países presentados por los gobiernos (7) incluyen una descripción sobre el progreso realizado en la respuesta al sida. Con frecuencia, los informes incluyen relatos que describen un vívido contexto sobre el impacto del estigma y la discriminación. En algunos casos, las organizaciones no gubernamentales también presentan informes paralelos que ofrecen un punto de vista diferente de la versión oficial. Juntos, pueden mostrar un panorama realista de los esfuerzos nacionales y comunitarios emprendidos para eliminar el estigma y la discriminación.

Índice compuesto de política nacional

El Índice compuesto de política nacional (ICPN) es una parte integral de los indicadores básicos del UNGASS y comprende una serie de preguntas sobre el entorno normativo y jurídico de cada país con relación al VIH. El ICPN se divide en dos partes: (a) las respuestas del gobierno a las preguntas y (b) las respuestas de las organizaciones de la sociedad civil, las Naciones Unidas y organismos bilaterales (fuentes no gubernamentales). La mayoría de las preguntas se pueden responder con un sí o un no. Las respuestas no se verifican de manera independiente pero ofrecen una visión global de cuál es el punto de vista de las diferentes organizaciones respecto de las distintas políticas nacionales sobre sida y su ejecución.

Índice de estigma en personas que viven con el VIH

El Índice de estigma en personas que viven con el VIH es una forma innovadora de medir el estigma y la discriminación que sufren. Las redes nacionales de personas que viven con el VIH lideran la aplicación del Índice, que recibe el respaldo conjunto de la Red mundial de personas que viven con el VIH, la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH/Sida, la Federación Internacional de Planificación de la Familia y el ONUSIDA.

La mayor participación de las personas que viven con el VIH/ (MPPVS) ha sido un principio clave de los derechos humanos dentro de la respuesta al VIH desde la Declaración de París de 1994. En 2010, los gobiernos del 96% de los países informaron de que sus estrategias nacionales para el VIH abordaban la participación de las personas que viven con el virus, esto es, un aumento respecto del 75% de los países que respondieron en 2006. La sociedad civil ha estado al frente de las actividades tendientes a evaluar la naturaleza y calidad de esta participación. La Red mundial de personas que viven con el VIH ha puesto en práctica la Ficha de evaluación de la MPPVS en seis países y actualmente efectúa evaluaciones en otros cuatro. En Kenya, el 33% de los encuestados indicaron que “estaban algo de acuerdo” o “plenamente de acuerdo” con que las personas que viven con el VIH participaban significativamente en el desarrollo del plan nacional sobre sida de su país; en Nigeria, la cifra fue del 60%; y en Zambia, del 66%. El temor al estigma se mencionó como una de las barreras más importantes para la mayor participación en la respuesta nacional en los tres países (13).

Cada vez se reconoce más que existen leyes, políticas y reglamentaciones que crean obstáculos para lograr respuestas eficaces al VIH, pero persisten en la mayoría de los casos

Los países reconocen cada vez más los efectos negativos demostrados y potenciales que las leyes, políticas y reglamentaciones punitivas tienen en el acceso y la utilización de los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y en los derechos y la dignidad de las personas que viven con el VIH o que son vulnerables a contraer la infección (14). En 2006, las fuentes no gubernamentales del 41% de los países informaron de que éstos tenían leyes, políticas o reglamentaciones que creaban obstáculos a la prestación eficaz de servicios relacionados con el VIH para las poblaciones clave en mayor riesgo. En 2010, las fuentes del 67% de los mismos países informaron de la existencia de este tipo de obstáculos. En Asia y el Pacífico, casi el 90% de las fuentes no gubernamentales comunicaron la existencia de leyes que plantean obstáculos a las respuestas eficaces al VIH para las poblaciones clave en mayor riesgo. En Oriente Medio y África septentrional, el 56% de los países y el 55% en África subsahariana reconocen la existencia leyes similares.

Las respuestas del gobierno y de la sociedad civil al Índice compuesto de política nacional (ICPN) en esta área difieren notablemente. En 2010, los gobiernos de 78 países (46% de los que presentaron informes) reconocieron la existencia de leyes, políticas y reglamentaciones que obstaculizaban el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo destinados a las poblaciones en mayor riesgo, en cambio, la sociedad civil de 106 países (62%) comunicaron lo mismo.

Estos informes no reflejan la realidad completa de las leyes que pueden representar un obstáculo para la respuesta al VIH. Por ejemplo, 79 países penalizan las relaciones sexuales consentidas entre adultos del mismo sexo, y seis países conservan la posibilidad de aplicar la pena de muerte para tales actos (15). Más de 100 países penalizan algunos aspectos del comercio sexual (16,17). Se ha informado sobre alguna forma de restricción en la entrada, la estancia y la residencia de personas que viven con el VIH en un total de 51 países, territorios y entidades (Figura 5.2) (18,19).

En sus informes para el UNGASS (7), varios países reconocieron que la penalización de las prácticas homosexuales, el comercio sexual o el suministro de jeringas y agujas estériles, así como la aplicación leyes punitivas, constituyen barreras para dar una respuesta plenamente eficaz al VIH. Bangladesh, por ejemplo, informa de que las leyes vigentes a menudo se utilizan para acosar a las personas vulnerables, lo que provoca el debilitamiento de la ejecución de los programas que brindan apoyo a las

.....

ELIMINACIÓN DE LAS LEYES PUNITIVAS Y DISCRIMINATORIAS: RESTRICCIONES RELACIONADAS CON EL VIH EN LA ENTRADA, LA ESTANCIA Y LA RESIDENCIA

En 2010, algunos países levantaron sus restricciones relacionadas con el VIH en la entrada, la estancia y la residencia: los Estados Unidos de América (enero), China (abril) y Namibia (julio). Sin embargo, este tipo de restricciones persisten en 51 países, lo que es muestra de la discriminación a la que aún se enfrentan las personas que viven con el VIH en el mundo con gran movilidad de hoy en día.

.....

Figura 5.2

Restricciones relacionadas con el VIH en la entrada, la estancia o la residencia

Un total de 51 países, territorios y zonas actualmente imponen alguna forma de restricción en la entrada, la estancia o la residencia de personas debido a su estado serológico respecto al VIH.

Fuente: Mapping of Restrictions on the entry, stay and residence of people living with HIV (ONUSIDA, mayo de 2009), y últimos acontecimientos hasta julio de 2010.

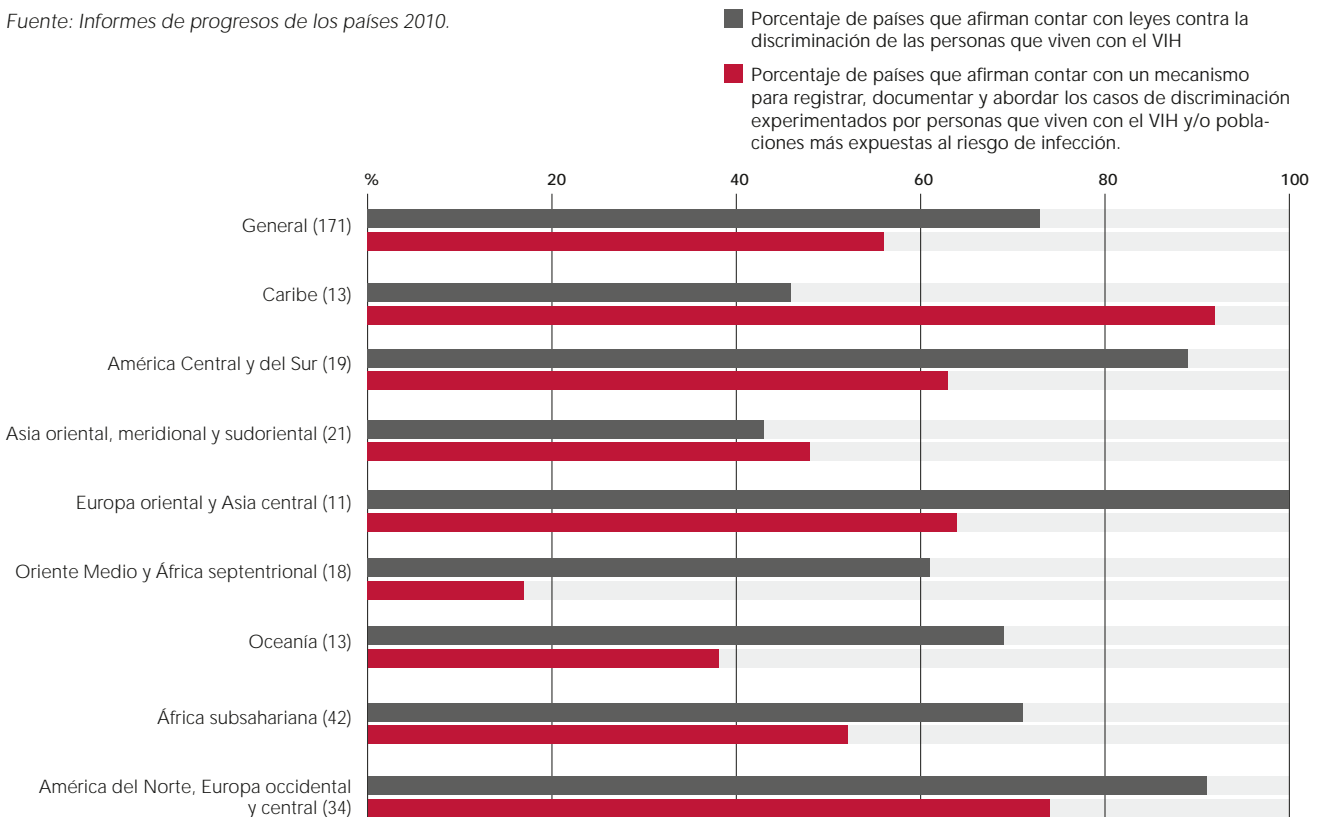


Figura 5.3

Medidas de protección legales contra la discriminación para las personas que viven con el VIH

Porcentaje de países con medidas de protección legales contra la discriminación para personas que viven con el VIH y mecanismos para la reparación, según lo informado por fuentes gubernamentales.

Fuente: Informes de progresos de los países 2010.



personas en mayor riesgo de exposición al VIH. El informe de Malasia reconoció las dificultades impuestas por las políticas contradictorias en materia de reducción de daños y de control de drogas. Los informes procedentes de Botswana, Ghana, Malawi, Mozambique y Zambia reconocen que la penalización de la homosexualidad dificulta la prestación de servicios a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Los informes del Líbano, Arabia Saudita y la República Árabe Siria también indican que las leyes que prohíben el adulterio, la homosexualidad y el comercio sexual pueden obstaculizar los esfuerzos de prevención del VIH (7).

56%

Porcentaje de los países que afirman tener un mecanismo para registrar, documentar y abordar los casos de discriminación.

Los estudios confirman que las leyes punitivas tienen efectos negativos en el acceso a los servicios para el VIH y en la reivindicación y el ejercicio de los derechos humanos por parte de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (20), los profesionales del sexo (21,22) y las personas que usan drogas (14,23,24). Entre los que trabajan en la respuesta al VIH, existe preocupación por el evidente aumento de la tendencia de aprobar leyes que penalizan la transmisión del VIH o la no revelación del estado serológico respecto al virus. Dichas leyes contradicen el compromiso asumido por los gobiernos en la Declaración Política sobre el VIH/SIDA en 2006 de “promover un entorno social y jurídico que dé apoyo y seguridad a quienes deseen revelar voluntariamente su estado en relación con el VIH” (25). Los países de América del Norte y Europa occidental penalizan desde hace tiempo la transmisión del VIH, y en los últimos seis años unos 20 países de África subsahariana también han optado por la misma medida (26).

En paralelo a un mayor reconocimiento de las leyes que presentan obstáculos a las respuestas al VIH, más países informan de la existencia de leyes y reglamentaciones que protegen de la discriminación a las personas que viven con el VIH o son vulnerables a contraerlo, pero los datos son insuficientes para indicar si se hacen cumplir adecuadamente. En 2010, las fuentes no gubernamentales del 71% de los países informaron de la existencia de leyes que protegen a las personas que viven con el VIH de la discriminación, frente al 67% en 2008, y el 56% en 2006 (de los mismos 85 países que facilitaron datos en los tres años). Sin embargo, lo más preocupante es que los datos de 2010 indican que casi un tercio de los países aún no cuentan con legislación que ofrezca este tipo de protección. Además, sólo el 56% de los países afirman tener un mecanismo para registrar, documentar y abordar los casos de discriminación sufridos por personas que viven con el VIH u otras personas vulnerables al virus (Figura 5.3).

En 2010, los gobiernos de 106 países (62%) informaron de que tenían leyes o reglamentaciones que especifican medidas de protección para las poblaciones clave en mayor riesgo como mujeres, jóvenes, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas, profesionales del sexo, reclusos y migrantes. Las fuentes no gubernamentales de 112 países (65%) informaron de lo mismo. En 2004, cuando se presentaron los primeros informes del UNGASS, las fuentes no gubernamentales de apenas el 32% de los países informaron de lo mismo (de los 88 países que enviaron informes ese año). Esto sugiere un mayor entendimiento entre responsables de formular políticas de la importancia que tienen las leyes protectoras para lograr una respuesta eficaz al VIH (Figura 5.4).

Pese a estos informes sobre un mayor número de leyes protectoras, son pocos los datos que permiten determinar si las leyes se hacen cumplir eficazmente o si las personas que viven con el VIH u otras personas clave en la respuesta tienen acceso a la justicia o pueden demandar reparación por las injusticias o agravios sufridos. Por ejemplo, si bien las fuentes no gubernamentales del 61% de los países de África septentrional y Oriente Medio informan de la existencia de leyes antidiscriminación, sólo el 17% reconocen tener mecanismos para registrar, documentar y abordar los casos de discriminación sufridos por las personas que viven con el VIH o vulnerables al virus.

Figura 5.4

Leyes antidiscriminación que protegen a las poblaciones clave en mayor riesgo

Países en los que fuentes no gubernamentales informan de la existencia de leyes antidiscriminación que protegen a las poblaciones clave en mayor riesgo.

Fuente: Informes de progresos de los países 2010.

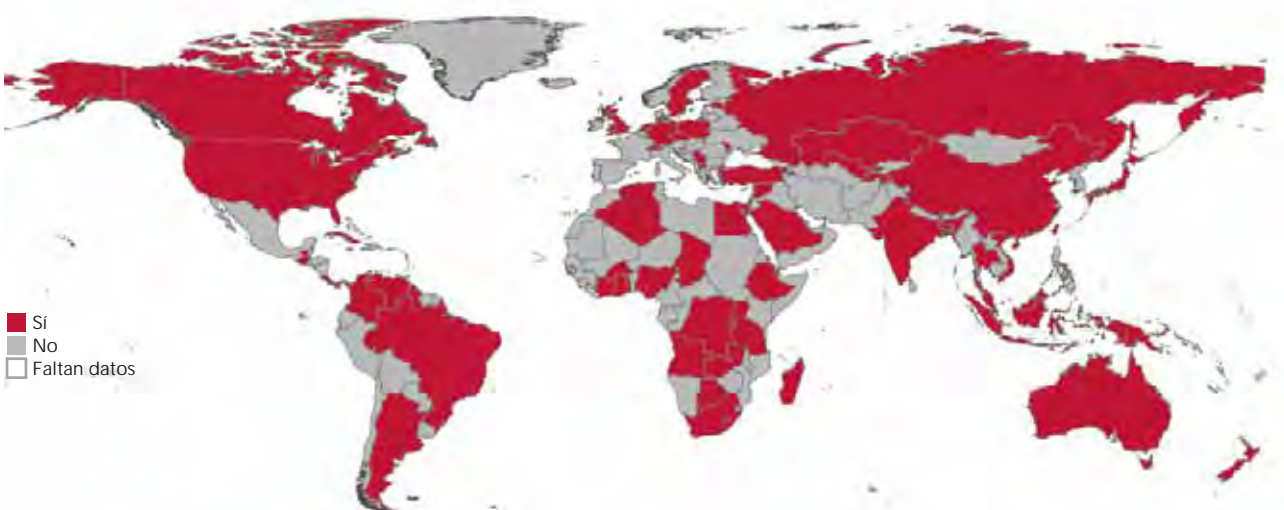


Figura 5.5

Asistencia jurídica para casos de VIH

Países en los que fuentes no gubernamentales afirman tener sistemas de asistencia jurídica para casos de VIH, 2010.

Fuente: Informes de progresos de los países 2010.



LA COMISIÓN GLOBAL SOBRE VIH Y DERECHO

El 24 de junio de 2010, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el ONUSIDA presentaron la Comisión Global sobre VIH y Derecho, conformada por líderes mundiales reconocidos e independientes en los campos del derecho, la política pública y la gobernanza. El establecimiento de la Comisión constituye un acontecimiento fundamental en el apoyo a los países para eliminar las leyes punitivas, las políticas, las prácticas, el estigma y la discriminación que impiden dar respuestas eficaces al VIH. La Comisión cuenta con el apoyo de un Grupo Asesor Técnico de expertos en legislación, derechos humanos y salud pública.

Como resultado de su primera reunión, celebrada en octubre de 2010, la Comisión se centrará en las siguientes cuestiones: penalización del comercio sexual; uso de drogas y personas que viven con el VIH, desigualdad entre sexos y violencia contra las mujeres y barreras legales al tratamiento. A través de su labor, la Comisión organizará los datos sobre el impacto que tiene la ley en la respuesta al VIH y emitirá recomendaciones factibles sobre cómo crear respuestas jurídicas al VIH eficaces, protectoras y habilitantes.

En el transcurso de 2011, la Comisión mantendrá una serie de diálogos regionales sobre políticas que permitirán que se realicen presentaciones de partes interesadas regionales y nacionales, entre ellas, gobiernos, sociedad civil, personas que viven con el VIH y representantes de poblaciones clave. Sobre la base de estas presentaciones se harán el informe final y las recomendaciones de la Comisión, que se prevén para diciembre de 2011.

El acceso a los servicios jurídicos relacionados con el VIH es una forma eficaz de proteger los derechos humanos de las personas que viven con el VIH y otras poblaciones clave ya que constituyen esfuerzos por sensibilizar a los funcionarios responsables de administrar justicia. Sin embargo, fuentes no gubernamentales de sólo el 51% de los países afirman tener sistemas de asistencia jurídica para casos de VIH. Si bien esto representa una mejora respecto de 2006, año en que el 33% de los países afirmaron tener dichos sistemas, la cifra ha permanecido estable desde 2008. Los sistemas de asistencia jurídica parecen ser más frecuentes en países de ingresos altos, de los que el 75% informa de la existencia de tales sistemas (ICPN), mientras que apenas el 48% de los países de ingresos bajos y el 40% de aquellos de ingresos de bajos a medios reconoce tenerlos (Figura 5.5).

Igualdad de género

Si bien las relaciones de género, las prácticas y las epidemias de VIH difieren en todo el mundo, los desequilibrios de poder, las normas sociales de género nocivas, la violencia de género y la marginación claramente aumentan la vulnerabilidad tanto de mujeres como de hombres a contraer la infección por el VIH. Las consecuencias de las desigualdades entre los géneros, en lo que se refiere a la baja condición socioeconómica y política, el acceso desigual a la educación y el temor a la violencia, se suman a la mayor vulnerabilidad biológica de mujeres y niñas a infectarse por el VIH. Con demasiada frecuencia, éstas tienen escasa capacidad para negociar relaciones sexuales más seguras, acceder a los servicios que necesitan y aprovechar oportunidades para su capacitación (27). En casi todos los países de África subsahariana y algunos países del Caribe, la mayoría de las personas que viven con el VIH son mujeres, especialmente niñas y mujeres de 15 a 24 años (28,29).

En África subsahariana, las mujeres son más propensas que los hombres a infectarse por el VIH (Figura 5.6). Los datos más recientes sobre la prevalencia muestran que, en África subsahariana, se infectan 15 mujeres por cada 10 hombres infectados. La mitad de las personas que viven con el VIH a nivel mundial son mujeres y el 79% vive en África subsahariana.

Por el contrario, los roles tradicionales y los valores sociales relacionados con la masculinidad podrían alentar a muchachos jóvenes y hombres a adoptar comportamientos peligrosos, entre ellos, consumo excesivo de alcohol y relaciones sexuales concurrentes, con lo que aumentan su riesgo de contraer y transmitir el VIH. Muchas normas nocivas relativas a la masculinidad y la femineidad también estigmatizan a las personas transexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y otras minorías sexuales.

Los niveles de nuevas infecciones por el VIH en África subsahariana permanecen más altos entre las mujeres, un patrón que se aplica a todas las subregiones de África subsahariana. Las proporciones mujer/varón en las nuevas infecciones por el VIH oscilan de 1,22:1 en África occidental y oriental a 1,33:1 en África meridional, pese a los diferentes tipos de epidemias y los modos predominantes de transmisión en estas subregiones.

En otras regiones, los hombres son más propensos a infectarse por el VIH que las mujeres, generalmente en epidemias concentradas en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres o personas que se inyectan drogas. Los primeros siguen soportando una alta carga de infección por el VIH, incluso en regiones con epidemias generalizadas. En África subsahariana, la programación en materia de VIH ha desatendido en gran medida el comportamiento homosexual debido a la homofobia y la penalización generalizada de la homosexualidad.

Figura 5.6

Nuevas infecciones por el VIH, 2009

Número de nuevas infecciones por el VIH anualmente por sexo y región geográfica, 2009.

Fuente: ONUSIDA 2010.

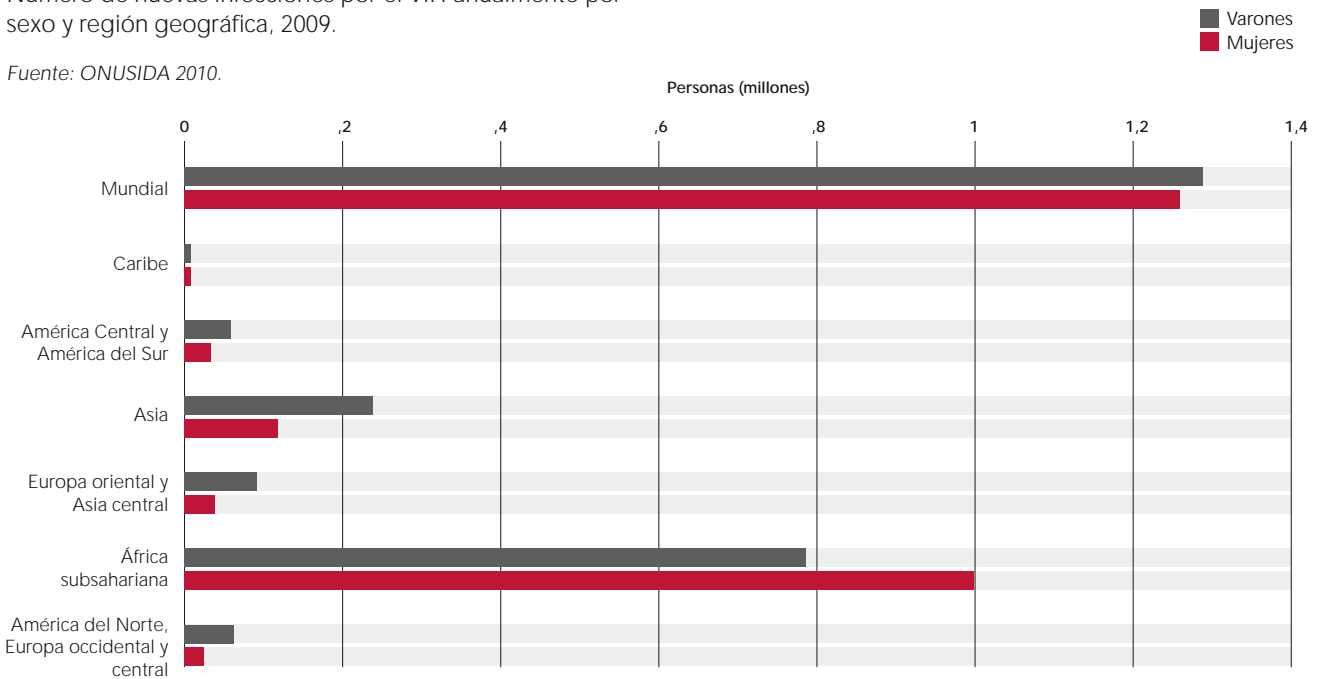
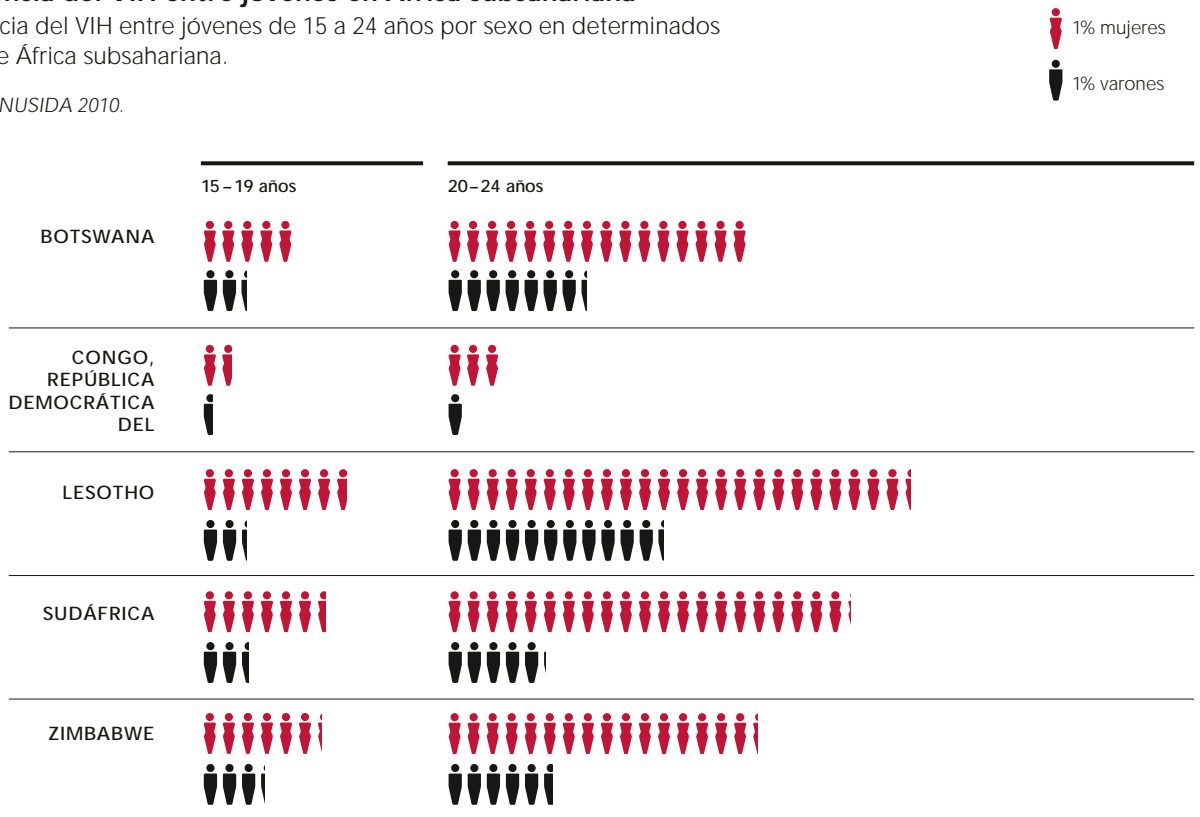


Figura 5.7

Prevalencia del VIH entre jóvenes en África subsahariana

Prevalencia del VIH entre jóvenes de 15 a 24 años por sexo en determinados países de África subsahariana.

Fuente: ONUSIDA 2010.



“EL NÚMERO DE PAÍSES QUE CUENTA CON UN PRESUPUESTO ESPECÍFICO PARA ACTIVIDADES DEL VIH RELACIONADAS CON MUJERES ES BAJO: EL 46% EN LOS PAÍSES QUE FACILITAN DATOS”.

Las investigaciones han revelado niveles considerablemente más altos de infección entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que entre los hombres en general, y también han confirmado que muchos hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también tienen relaciones sexuales con mujeres (30). Para focalizar la respuesta al VIH, es importante entender la complejidad de las relaciones en las que están involucradas algunas parejas casadas o estables. En un estudio reciente llevado a cabo en Botswana, Malawi y Namibia, se halló que el 34% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres estaban casados con mujeres y un 54% de ellos declararon haber tenido relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres en los seis meses anteriores (31). De esta manera, el matrimonio sirve como forma de protegerse de la posible persecución y el estigma hacia los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (32,33). En Asia, los datos obtenidos a través del Estudio Asiático de la Transmisión a Parejas Íntimas (34) indican que la mayoría de las mujeres contraen la infección a través de sus esposos o parejas íntimas. Por ejemplo, los datos recientes sobre los patrones de la infección por el VIH en la India revelan que el 90% de las mujeres en ese país se infectaron en relaciones estables.

Las prácticas socioculturales contribuyen significativamente al riesgo de infección por el VIH, en especial entre mujeres jóvenes

Los efectos de las construcciones de género se reflejan en las tasas de infección por el VIH entre mujeres jóvenes en África. Las encuestas de demografía y salud en determinados países africanos muestran que las mujeres jóvenes corren un riesgo especialmente alto de contraer la infección por el VIH y que las tasas aumentan de manera considerable entre mujeres de 20 a 24 años en comparación con el grupo de 15 a 19 años (Figura 5.7). Esto probablemente se debe a que las jóvenes, que biológicamente son más susceptibles al VIH que los hombres, a menudo tienen parejas sexuales masculinas de mayor edad, que tiene más probabilidades de estar infectados por el VIH que los hombres jóvenes. En consecuencia, si bien los niveles de infección por el VIH entre hombres de aproximadamente 35 a 40 años suben lentamente y el nivel máximo que alcanzan es inferior a las tasas de infección en mujeres, la prevalencia entre mujeres se eleva rápidamente a una edad joven, y alcanzan los niveles máximos cuando las mujeres se acercan a los 30 años (35).

Los datos recientes provenientes de África subsahariana indican que las mujeres también se involucran en múltiples relaciones de parejas simultáneas (36). En un estudio etnográfico realizado hace poco en la República Unida de Tanzania, se halló que tanto los padres como las hijas aceptaban ampliamente las relaciones sexuales transaccionales, incluidas las que se mantienen a cambio de poder, placer o un beneficio material. Los autores concluyen que los programas que alientan a las mujeres jóvenes a pedir más seguridad en sus prácticas sexuales en las negociaciones por regalos y dinero pueden, en última instancia, ser más eficaces que aquellos que solamente procuran restringir las relaciones sexuales transaccionales o resaltar sus riesgos para la salud (37). Otro estudio halló que las mujeres más pudientes corren un mayor riesgo de contraer el VIH, ya que tienen mayor movilidad, son más propensas a vivir en una zona urbana y tienen mayor posibilidad de sufragar un estilo de vida que incluye un número más alto de parejas sexuales (38).

Un estudio de 2009 realizado en Brasil (39) muestra que los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres tienen niveles mucho más altos de infección por el VIH que los hombres en general (10,5% frente a 0,8%). El estudio arrojó que, si bien los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres afirman tener más parejas sexuales ocasionales que los hombres en general, el uso del preservativo entre los primeros era de sólo un 50%, pese a un programa integral puesto en marcha para aumentar el uso de preservativos entre hombres que tienen relaciones

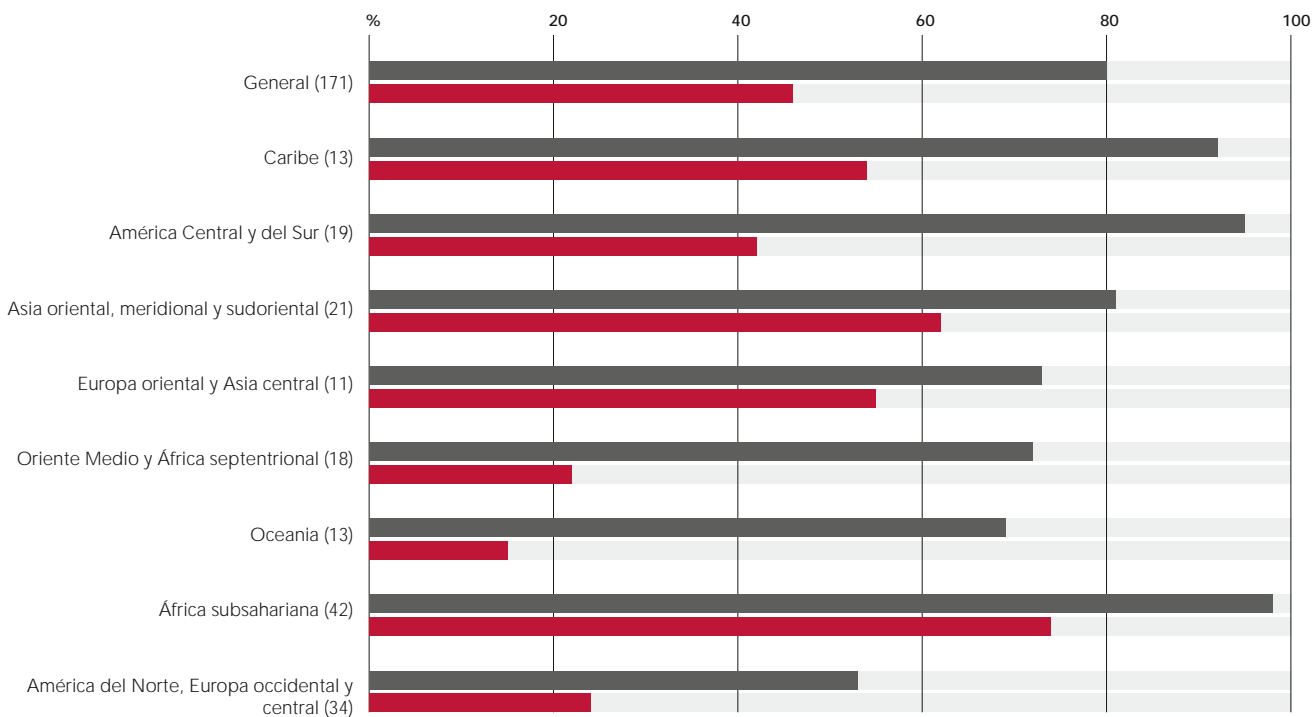
Figura 5.8

Estrategias multisectoriales relativas al VIH que incluyen específicamente a las mujeres y partidas presupuestarias para estas

Porcentaje de países en los que los gobiernos informan de que las estrategias multisectoriales relativas al VIH incluyen específicamente a las mujeres y partidas presupuestarias para estas.

■ Mujeres incluidas
■ Presupuesto incluido

Fuente: Informes de progresos de los países 2010.



sexuales con hombres. Además, los hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres usaban preservativos con una frecuencia ligeramente menor que los hombres en general (54% frente a 57%) (39).

Las mujeres están incluidas en las estrategias relativas al VIH pero las asignaciones presupuestarias son insuficientes

Los gobiernos del 80% de los países (137 de 171) afirmaron que incluyen a las mujeres como un componente específico de una estrategia multisectorial sobre el VIH, pero la tasa de inclusión de mujeres difiere según la región geográfica (Figura 5.8). El número de países que tienen un presupuesto específico para las actividades en materia de VIH relacionadas con las mujeres es considerablemente más bajo: el 46% (79 de 171) de los países que presentaron informes. Entre los países de África subsahariana, casi todos los planes estratégicos incluyen intervenciones que benefician a las mujeres, y tres cuartos de los países asignan partidas presupuestarias en consecuencia, lo que indica una mayor sensibilización respecto de la necesidad de desarrollar respuestas al sida centradas en las mujeres y respecto de los beneficios de este tipo de respuestas.

La epidemia de VIH se entrelaza con la salud sexual y reproductiva

Los datos sobre las necesidades insatisfechas de salud sexual y reproductiva, especialmente entre mujeres jóvenes, una población sumamente afectada por el VIH y la violencia, subrayan la urgencia de abordar los Objetivos de Desarrollo del Milenio 3, 4, 5 y 6 de forma simultánea. Un informe de la OMS sobre las mujeres y la salud (40) destaca el papel fundamental que cumple la desigualdad de género en el aumento de la vulnerabilidad a la infección por el VIH y otras afecciones, así como en la limitación del acceso a los servicios de atención de la salud y la información. Una revisión de los datos de la mortalidad materna reveló que las causas relacionadas con el VIH contribuían a, por lo menos, el 20% de estas defunciones (41).

Para los países con altas tasas de prevalencia del VIH entre mujeres jóvenes, las altas tasas de embarazo adolescente, y las consecuencias de los embarazos no deseados en lo que respecta al aborto en condiciones no seguras, también presentan un desafío.

Según la OMS, cada año, alrededor de 16 millones de mujeres de 15 a 19 años en todo el mundo dan a luz, y la mayoría de ellas viven en África subsahariana. Además, al menos 2,5 millones de adolescentes abortan en condiciones no seguras cada año (42). Por otro lado, informes anecdóticos indican que las mujeres que viven con el VIH son presionadas, e incluso obligadas, a someterse a una esterilización o a un aborto.

La investigación reciente sobre políticas de salud sexual y reproductiva, que fue llevada a cabo por GESTOS – una organización de la sociedad civil de Brasil (43) – en 12 países de África subsahariana, América Central y del Sur, el Caribe, Asia sudoriental y Europa oriental, confirma que los países tienen políticas vigentes de salud sexual y reproductiva orientadas a las mujeres pero que, en general, no logran traducir esas políticas a servicios integrales, lo que deja insatisfechas muchas necesidades sexuales y reproductivas.

La violencia y las infecciones por el VIH con frecuencia están asociadas y requieren respuestas integradas

La violencia y la amenaza de violencia pueden dificultar la capacidad de las mujeres para protegerse adecuadamente de la infección o de hacer valer sus decisiones respecto de prácticas sexuales saludables. Además, las mujeres que viven con el VIH son más propensas a ser víctimas de violencia debido a su estado serológico respecto del VIH (44).

El estudio de la OMS también concluyó que muchas mujeres viven una experiencia traumática cuando tienen su primera relación sexual, y que la prevalencia de la primera relación sexual forzada entre niñas adolescentes menores de 15 años oscila entre el 11% y el 45% a nivel mundial. Asimismo, las mujeres más jóvenes,

**“LA VIOLENCIA Y SU AMENAZA
PUEDEN OBSTACULIZAR
LA CAPACIDAD DE LA
MUJER DE PROTEGERSE
ADECUADAMENTE DE
LA INFECCIÓN POR EL VIH
Y/O DE ADOPTAR DECISIONES
SOBRE SU SALUD SEXUAL”**

Figura 5.9

Violencia contra las mujeres

Proporción de mujeres de 15 a 49 años que alguna vez estuvieron casadas y que fueron víctimas de violencia física o sexual de parte su cónyuge o pareja de convivencia más reciente, por país, 2008 o encuesta más reciente.

Fuente: Encuestas de Demografía y Salud, 2002-2008, excepto Bangladesh, Etiopía, Japón, Kenya, Samoa, Serbia, Tanzania y Tailandia (WHO Multi-Country Study on Women's health and Domestic Violence, 2004).

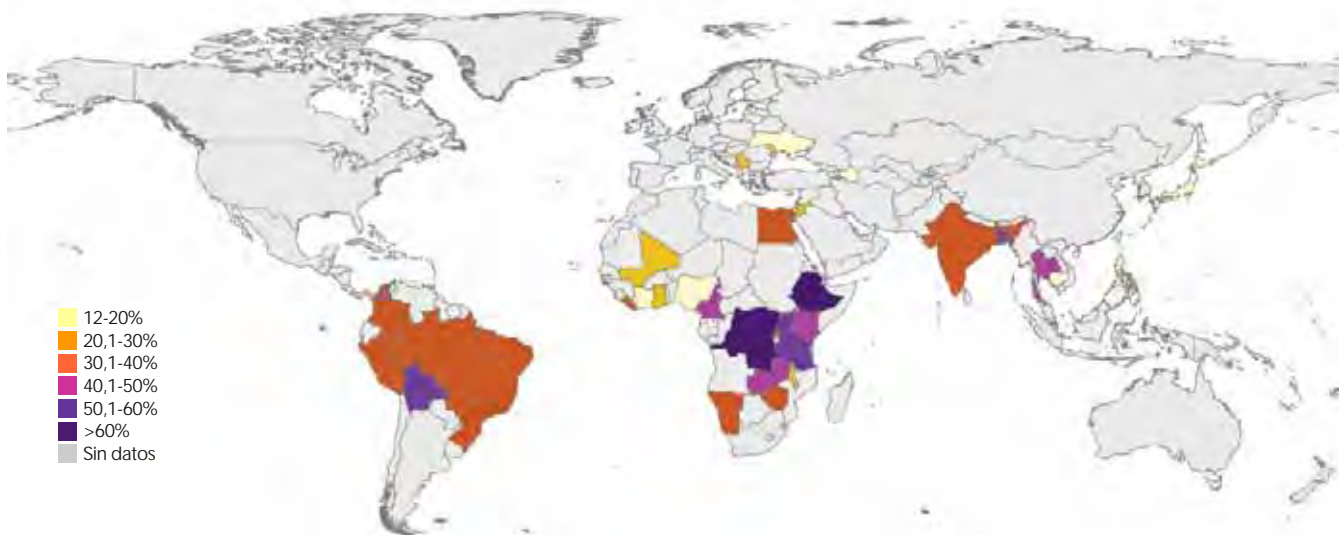
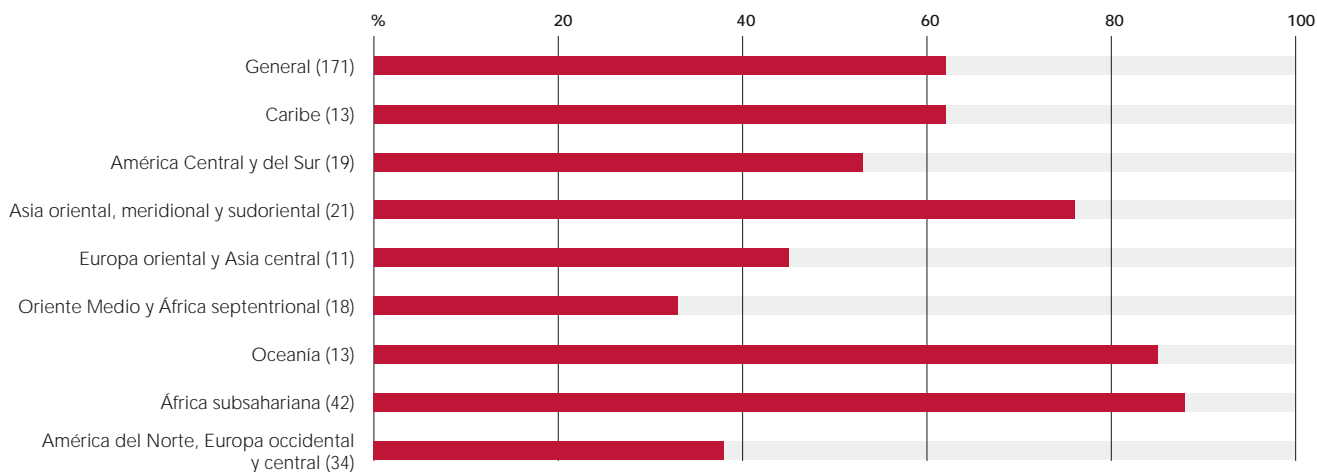


Figura 5.10

Gobiernos que implican a los hombres en los programas de salud reproductiva

Porcentaje de países cuyos gobiernos afirman implicar a los hombres en los programas de salud reproductiva a través de información, educación y comunicación, 2010.

Fuente: Informes de progresos de los países 2010.



“LOS HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES Y LAS PERSONAS TRANSEXUALES TAMBIÉN SE ENFRENTAN A UNA MAYOR VULNERABILIDAD AL VIH DEBIDO A LA VIOLENCIA Y AL ESTIGMA”.

especialmente las de 15 a 19 años, generalmente corrían un mayor riesgo de sufrir violencia física o sexual por parte de una pareja. En Swazilandia, que tienen uno de los niveles más altos de prevalencia del VIH, un estudio de 2007 (45) mostró que el 33% de las mujeres de 13 a 24 años reconocía haber experimentado alguna forma de violencia sexual antes de cumplir los 18 años.

Un estudio de 2010 en Sudáfrica (46) confirmó la asociación entre la violencia y la infección por el VIH. Las desigualdades de poder en las relaciones y la violencia de parejas íntimas incrementaron el riesgo incidente de infección por el VIH entre mujeres sudafricanas jóvenes. La prevalencia del riesgo atribuible a la población era del 14% para la desigualdad de poder en las relaciones y del 12% para la violencia de parejas íntimas. La investigación de GESTOS (43) halló que pocos países han emprendido acciones focalizadas para prevenir la violencia o dar poder a las mujeres que sobrevivieron a la violencia. Este resultado se confirma en una publicación reciente de la OMS y el ONUSIDA (44), en la que se indica que modelos programáticos eficaces como Stepping Stones, IMAGES y Sasa! hasta el momento solo se han incorporado en una medida limitada en la respuesta al VIH. Es notable que los países tengan leyes para castigar a los violadores, pero pocos tengan legislación que penalice la violencia doméstica (43).

La Figura 5.9 muestra que la prevalencia de la violencia hacia las mujeres puede alcanzar hasta el 50% en algunos países. La escasez de datos epidemiológicos sobre la violencia subraya la necesidad imperiosa de obtener pruebas adicionales para orientar la acción política y programática para abordar esta cuestión.

Los informes del UNGASS correspondientes a varios países de África subsahariana (7) resaltan la mayor vulnerabilidad de las mujeres a raíz de la violencia y la coerción sexual y ponen de relieve el vínculo existente con el conflicto armado, como la violencia sexual contra las mujeres perpetrada en los campos de refugiados. Otros países destacan que la violencia contra los profesionales del sexo afecta su capacidad para insistir en el uso de los preservativos. Los informes sobre la violencia de género no son uniformes. Fuera de África subsahariana, los informes del UNGASS no mencionan la violencia contra las mujeres y niñas. En África subsahariana, los países no han informado sobre la violencia contra los hombres que tienen identidades o prácticas no heterosexuales y las personas transexuales.

Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los transexuales también se enfrentan a una mayor vulnerabilidad a la infección por el VIH como consecuencia de la violencia y el estigma. Históricamente, las organizaciones de base comunitarias, más que los programas de VIH financiados a nivel nacional, han liderado los esfuerzos por aumentar el acceso para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los transexuales. Estos esfuerzos de “autoayuda” se ven obstaculizados en aquellos lugares donde la homosexualidad es penalizada, como en África subsahariana, donde los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres sufren violencia, viven bajo la amenaza de las leyes contra la sodomía y, con frecuencia, son excluidos de las respuestas al VIH (47).

Lograr la participación de los hombres es crucial para responder de manera eficaz al VIH

Pese a los datos que señalan cambios positivos en el comportamiento y las actitudes de hombres y varones jóvenes cuando participan en programas que abordan el VIH, la salud sexual y reproductiva y la violencia de género (48), son pocos los programas de esta índole que están en funcionamiento (49). Los informes del UNGASS también confirman que los gobiernos de solo el 60% de los países reconocen haber fomentado una mayor participación de los hombres en los programas de salud reproductiva en el área de información, educación y comunicación sobre salud reproductiva (Figura 5.10). La falta de participación de los hombres también afecta directamente a su salud. Por ejemplo, menos hombres que mujeres acceden al tratamiento relacionado con el VIH. ■

PUNTOS DE ACCIÓN

DERECHOS HUMANOS

- Cada vez se reconoce más que existen leyes, políticas y reglamentaciones que crean obstáculos para lograr respuestas eficaces al VIH. Los países ahora deben tomar medidas para despenalizar a los profesionales del sexo, las personas que usan drogas, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas transexuales, y reformar otras leyes que obstaculizan la capacidad de responder eficazmente al VIH.
- Pese a que se informa más sobre la existencia de leyes protectoras, los países y otras partes interesadas deben establecer mecanismos de aplicación eficaces y ofrecerles a las personas que viven con el VIH y otras poblaciones clave acceso a la justicia y reparación a través de servicios jurídicos relacionados con el VIH y programas de educación en temas jurídicos.
- Si bien se han observado progresos, el estigma y la discriminación relacionados con el sida aún son altamente prevalentes a nivel mundial y no se abordan adecuadamente. Los países y otras partes interesadas deben ampliar con urgencia los programas integrales que fortalecen las capacidades de los proveedores de servicios relacionados con el VIH, abordan el estigma y la discriminación en la legislación, instituciones y comunidades y capacitan a los afectados por el VIH.
- Para ayudar a concretar los derechos humanos en el contexto del VIH, debe existir una participación más significativa de las personas que viven con el VIH y de aquellas vulnerables a la infección en las respuestas nacionales al VIH, así como una cobertura considerable de todas las poblaciones afectadas. Los principios de MPPVS se deben aplicar en su totalidad.

IGUALDAD DE GÉNERO

- Para alcanzar los objetivos de acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH, la respuesta al sida se debe centrar en las mujeres y las niñas e incluir un presupuesto específico para abordar sus necesidades.
 - Dado que la violencia es generalizada y existe una clara asociación entre la violencia contra las mujeres y la propagación del VIH, las respuestas nacionales al VIH deben incluir intervenciones concretas para abordar la violencia.
 - Todos los países deben garantizar que todas las mujeres tengan acceso a servicios integrados de calidad relacionados con el VIH y la salud sexual y reproductiva que les permitan ejercer sus derechos.
 - Los hombres y niños deben implicarse en enfoques innovadores para cambiar las prácticas y normas sociales y culturales nocivas, como parte de la prevención del VIH.
 - Los países deben abordar las necesidades de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres a través de intervenciones de prevención que no se restrinjan solamente a la prestación de servicios de salud.
-

FICHA DE PUNTUACIÓN: DERECHOS HUMANOS E IGUALDAD DE GÉNERO

- Sí/De acuerdo
- No/En desacuerdo
- Datos no disponibles
- Sin informe sobre el Índice Compuesto de Política Nacional
- Sin informe para el UNGASS

- A** Índice Compuesto de Política Nacional – Parte A (respuesta del gobierno)
- B** Índice Compuesto de Política Nacional – Parte B (respuesta de la sociedad civil)

		Leyes y regulaciones que protegen a las personas que viven con el VIH de la discriminación	Leyes, regulaciones y políticas que protegen a subpoblaciones específicas	Leyes, regulaciones y políticas que obstaculizan el acceso de subpoblaciones vulnerables a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo	Mecanismos para registrar, documentar y abordar casos de discriminación experimentados por personas que viven con el VIH y subpoblaciones vulnerables	Las mujeres son un componente específico del plan estratégico nacional	El componente de las mujeres dentro del plan estratégico nacional está presupuestado	Actividades IEC para luchar contra la violencia que sufren las mujeres
		B	A | B	A | B	B	A	A	A
ÁFRICA SUBSAHARIANA	Angola	■	■	■	■	■		■
	Benin	■	■	■	■	■	■	■
	Botswana	■	■	■	■	■	■	■
	Burkina Faso	■	■	■	■	■		■
	Burundi	■	■	■	■	■	■	■
	Camerún	■	■	■	■	■	■	■
	Cabo Verde	■	■	■	■	■	■	■
	República Centroafricana	■	■	■	■	■	■	■
	Chad	■	■	■	■	■	■	■
	Comoras	■	■	■	■	■	■	■
	Congo	■	■	■	■	■	■	■
	Côte d'Ivoire	■	■	■	■	■	■	■
	Congo, República Democrática del	■	■	■	■	■	■	■
	Guinea Ecuatorial	■	■	■	■	■	■	■
	Eritrea	■	■	■	■	■	■	■
	Etiopía	■	■	■	■	■	■	■
	Gabón	■	■	■	■	■	■	■
	Gambia	■	■	■	■	■	■	■
	Ghana	■	■	■	■	■	■	■
	Guinea	■	■	■	■	■	■	■
	Guinea-Bissau	■	■	■	■	■	■	
	Kenya	■	■	■	■	■	■	■
	Lesotho	■	■	■	■	■	■	■
	Liberia							
	Madagascar	■	■	■	■	■	■	■
	Malawi	■	■	■	■	■	■	■
	Mali	■	■	■	■	■	■	■
	Mauritania							
	Mauricio	■	■	■	■	■	■	■
	Mozambique	■	■	■	■	■	■	■
Namibia								
Niger	■	■	■	■	■	■	■	
Nigeria	■	■	■	■	■	■	■	
Rwanda		■	■	■	■	■	■	
Santo Tomé y Príncipe	■	■	■	■	■	■	■	
Senegal	■	■	■	■	■	■	■	
Seychelles	■	■	■	■	■	■	■	
Sierra Leona	■	■	■	■	■	■		

		Leyes y regulaciones que protegen a las personas que viven con el VIH de la discriminación	Leyes, regulaciones y políticas que protegen a subpoblaciones específicas	Leyes, regulaciones y políticas que obstaculizan el acceso de subpoblaciones vulnerables a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo	Mecanismos para registrar, documentar y abordar casos de discriminación experimentados por personas que viven con el VIH y subpoblaciones vulnerables	Las mujeres son un componente específico del plan estratégico nacional	El componente de las mujeres dentro del plan estratégico nacional está presupuestado	Actividades IEC para luchar contra la violencia que sufren las mujeres
		B	A | B	A | B	B	A	A	A
ÁFRICA SUBSAHARIANA <i>Continuación</i>	Sudáfrica	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Swazilandia	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Togo	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Uganda	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	República Unida de Tanzania	■	■ ■	■ ■	■	■	□	■
	Zambia	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Zimbabwe	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
ASIA ORIENTAL	China	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	República Popular Democrática de Corea	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Japón	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Mongolia	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	República de Corea	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
OCEANÍA	Australia	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Fiji	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Kiribati	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Islas Marshall	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Micronesia, Estados Federados de	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Nauru	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Nueva Zelanda	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Palau	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Papua Nueva Guinea	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Samoa	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Islas Salomón	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Tonga	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Tuvalu	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Vanuatu	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL	Afganistán	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Bangladesh	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Bhután	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Brunei Darussalam	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Camboya	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	India	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Indonesia	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	República Democrática Popular Lao	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Malasia	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■

FICHA DE PUNTUACIÓN: DERECHOS HUMANOS E IGUALDAD DE GÉNERO

- Sí/De acuerdo
- No/En desacuerdo
- Datos no disponibles
- Sin informe sobre el Índice Compuesto de Política Nacional
- Sin informe para el UNGASS

- A** Índice Compuesto de Política Nacional – Parte A (respuesta del gobierno)
- B** Índice Compuesto de Política Nacional – Parte B (respuesta de la sociedad civil)

		Leyes y regulaciones que protegen a las personas que viven con el VIH de la discriminación	Leyes, regulaciones y políticas que protegen a subpoblaciones específicas	Leyes, regulaciones y políticas que obstaculizan el acceso de subpoblaciones vulnerables a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo	Mecanismos para registrar, documentar y abordar casos de discriminación experimentados por personas que viven con el VIH y subpoblaciones vulnerables	Las mujeres son un componente específico del plan estratégico nacional	El componente de las mujeres dentro del plan estratégico nacional está presupuestado	Actividades IEC para luchar contra la violencia que sufren las mujeres
		B	A | B	A | B	B	A	A	A
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL								
<i>Continuación</i>								
	Maldivas							
	Myanmar							
	Nepal							
	Pakistán							
	Filipinas							
	Singapur							
	Sri Lanka							
	Tailandia							
	Timor-Leste							
	Viet Nam							
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL								
	Armenia							
	Azerbaiyán							
	Belarús							
	Georgia							
	Kazajistán							
	Kirguistán							
	Moldova							
	Federación de Rusia							
	Tayikistán							
	Turkmenistán							
	Ucrania							
	Uzbekistán							
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL								
	Albania							
	Andorra							
	Austria							
	Bélgica							
	Bosnia y Herzegovina							
	Bulgaria							
	Croacia							
	Chipre							
	República Checa							
	Dinamarca							
	Estonia							
	Finlandia							
	Francia							
	Alemania							

		Leyes y regulaciones que protegen a las personas que viven con el VIH de la discriminación	Leyes, regulaciones y políticas que protegen a subpoblaciones específicas	Leyes, regulaciones y políticas que obstaculizan el acceso de subpoblaciones vulnerables a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo	Mecanismos para registrar, documentar y abordar casos de discriminación experimentados por personas que viven con el VIH y subpoblaciones vulnerables	Las mujeres son un componente específico del plan estratégico nacional	El componente de las mujeres dentro del plan estratégico nacional está presupuestado	Actividades IEC para luchar contra la violencia que sufren las mujeres
		B	A | B	A | B	B	A	A	A
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL								
<i>Continuación</i>								
	Grecia	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Hungría	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
	Islandia	□	□ □	□ □	□	□	□	□
	Irlanda	■	■ □	■ ■	■	■	■	■
	Israel	■	■ ■	■ ■	■	□	□	□
	Italia	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Letonia	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
	Liechtenstein	□	□ □	□ □	□	□	□	□
	Lituania	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Luxemburgo	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
	Malta	□	■ □	■ □	□	■	□	□
	Mónaco	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Montenegro	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Países Bajos	■	■ ■	■ ■	■	□	□	■
	Noruega	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Polonia	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Portugal	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Rumania	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	San Marino	□	□ □	□ □	□	□	□	□
	Serbia	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Eslovaquia	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Eslovenia	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
	España	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Suecia	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Suiza	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
	Ex República Yugoslava de Macedonia	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
	Turquia	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
AMÉRICA DEL NORTE								
	Canadá	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	México	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Estados Unidos de América	■	■ ■	■ □	■	□	□	□
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL								
	Algeria	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Bahrein	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
	Djibouti	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■

FICHA DE PUNTUACIÓN: DERECHOS HUMANOS E IGUALDAD DE GÉNERO

- Sí/De acuerdo
- No/En desacuerdo
- Datos no disponibles
- Sin informe sobre el Índice Compuesto de Política Nacional
- Sin informe para el UNGASS

- A** Índice Compuesto de Política Nacional – Parte A (respuesta del gobierno)
- B** Índice Compuesto de Política Nacional – Parte B (respuesta de la sociedad civil)

		Leyes y regulaciones que protegen a las personas que viven con el VIH de la discriminación	Leyes, regulaciones y políticas que protegen a subpoblaciones específicas	Leyes, regulaciones y políticas que obstaculizan el acceso de subpoblaciones vulnerables a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo	Mecanismos para registrar, documentar y abordar casos de discriminación experimentados por personas que viven con el VIH y subpoblaciones vulnerables	Las mujeres son un componente específico del plan estratégico nacional	El componente de las mujeres dentro del plan estratégico nacional está presupuestado	Actividades IEC para luchar contra la violencia que sufren las mujeres
		B	A | B	A | B	B	A	A	A
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL <i>Continuación</i>	Egipto	■	■	■	■	■	■	■
	Irán, República Islámica del	■	■	■	■	■	■	
	Iraq							
	Jordania	■	■	■	■	■	■	■
	Kuwait	■	■	■	■	■	■	
	Libano	■	■	■	■	■	■	■
	Jamahiriya Arabe Libia	■	■	■	■			■
	Marruecos	■	■	■	■	■	■	■
	Omán	■	■		■	■	■	
	Qatar							
	Arabia Saudita	■	■	■	■	■	■	
	Somalia	■	■	■	■	■	■	■
	Sudán							
	República Árabe Siria	■	■	■	■			
	Túnez	■	■	■	■	■	■	
Emiratos Árabes Unidos	■	■	■	■				
Yemen	■	■	■	■	■	■	■	
CARIBE	Antigua y Barbuda	■	■	■	■			■
	Bahamas	■	■	■	■	■	■	■
	Barbados	■	■	■	■	■	■	■
	Cuba	■	■	■	■	■	■	■
	Dominica	■	■	■	■	■	■	■
	República Dominicana	■	■	■	■	■	■	■
	Granada	■	■	■	■	■	■	■
	Haiti	■	■	■	■	■	■	■
	Jamaica	■	■	■	■	■	■	
	Saint Kitts y Nevis	■	■	■	■	■	■	
	Santa Lucía	■	■	■	■	■	■	■
	San Vicente y las Granadinas	■	■	■	■	■	■	■
Trinidad y Tobago	■	■	■	■	■	■		
AMÉRICA CENTRAL Y DEL SUR	Argentina	■	■	■	■	■	■	■
	Belice	■	■	■	■	■	■	■
	Bolivia	■	■	■	■	■	■	■
	Brasil	■	■	■	■	■	■	■
	Chile	■	■	■	■	■	■	
	Colombia	■	■	■	■	■	■	■

		B	A | B	A | B	B	A	A	A
AMÉRICA CENTRAL Y DEL SUR								
<i>Continuación</i>								
	Costa Rica	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
	Ecuador	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
	El Salvador	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
	Guatemala	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Guyana	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Honduras	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
	Nicaragua	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Panamá	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Paraguay	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Perú	■	■ ■	■ ■	■	■	□	■
	Suriname	■	■ ■	■ ■	■	■	■	□
	Uruguay	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■
	Venezuela	■	■ ■	■ ■	■	■	■	■

Leyes y regulaciones que protegen a las personas que viven con el VIH de la discriminación

Leyes, regulaciones y políticas que protegen a subpoblaciones específicas

Leyes, regulaciones y políticas que obstaculizan el acceso de subpoblaciones vulnerables a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo

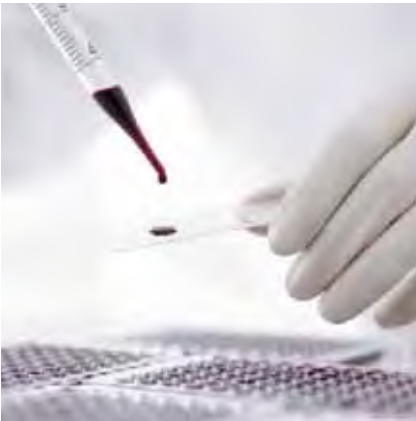
Mecanismos para registrar, documentar y abordar casos de discriminación experimentados por personas que viven con el VIH y subpoblaciones vulnerables

Las mujeres son un componente específico del plan estratégico nacional

El componente de las mujeres dentro del plan estratégico nacional está presupuestado

Actividades IEC para luchar contra la violencia que sufren las mujeres

CAPÍTULO 6



INVERSIONES EN MATERIA DE VIH

DATOS CLAVE

- En 2009 se destinaron USD 15.900 millones a la respuesta al sida, USD 10.000 millones menos de los que se necesitaban para 2010.
 - En los países de ingresos bajos y medios, los recursos nacionales suponen más de la mitad de las inversiones relacionadas con el sida. En los países de ingresos bajos, sin embargo, el 88% del gasto en materia de sida proviene de la financiación internacional.
 - La mayor parte de la financiación internacional destinada al sida procede de donantes bilaterales. Los Estados Unidos de América son el mayor donante internacional.
 - La inversión en tratamiento y atención está aumentando, pero muchos países dependen de la ayuda internacional para mantener sus programas de tratamiento y atención.
 - Los programas de prevención del VIH dependen en gran medida de fondos internacionales.
 - Para un tercio de los países, la respuesta al sida constituye una de las primeras prioridades presupuestarias, de acuerdo con su carga de morbilidad e ingresos nacionales.
-

» **Invertir en el sida es una responsabilidad compartida**

Invertir en el sida es una responsabilidad compartida a escala mundial que genera beneficios claros: está salvando vidas y mejorando la calidad de vida de las personas seropositivas, y en un futuro rebajará las cargas de morbilidad y costes. En 2009, los donantes internacionales y los gobiernos destinaron USD 15.900 millones a la respuesta mundial al sida, más de la mitad de los cuales provenían de fuentes nacionales de países de ingresos bajos y medios.

Como consecuencia de esta inversión en salud sin precedentes, la prevalencia del VIH está descendiendo gracias a programas destinados a reducir los comportamientos de riesgo, más de cinco millones de personas siguen la terapia antirretrovírica, millones de huérfanos reciben educación básica y atención sanitaria, y muchos países disfrutaron de entornos sociales más tolerantes y habilitantes gracias a las campañas diseñadas para reducir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH. Nada de esto habría sido posible sin la fuerte movilización de la comunidad internacional y los niveles de financiación sin precedentes que han aportado donantes, gobiernos, el sector privado, organizaciones sin ánimo de lucro y particulares para hacer frente al VIH.

Sin embargo, la brecha entre las necesidades de financiación y la disponibilidad de recursos se está agrandando en un momento de restricciones financieras. En 2009, el déficit fue de USD 10.000 millones cuando, por primera vez, la ayuda internacional no aumentó con respecto a los niveles de 2008.

En la mayoría de los países, la respuesta al sida se financia a través de una interacción compleja entre gasto público nacional, ayuda multilateral y bilateral, apoyo del sector privado y organizaciones sin ánimo de lucro, y aportaciones de particulares. En muchos países de ingresos bajos y medios, el gasto nacional representa la mayor fuente de financiación para el VIH (52%), los gobiernos donantes proporcionan un 42% y las entidades internacionales sin ánimo de lucro, un 5% (1).

Los niveles de inversión internacional reflejan en gran medida la distribución de la epidemia. El gasto relacionado con el VIH de los donantes es mayor en países con una prevalencia alta. El reparto de la responsabilidad se corresponde en gran parte con las posibilidades financieras de cada país y la magnitud de sus epidemias.

Los países de ingresos medios aportaron una gran proporción de los recursos que componen su respuesta nacional al sida. Por su parte, los países de ingresos bajos contribuyeron a su respuesta nacional con una inversión mucho más pequeña.

ÍNDICE DE PRIORIDAD DE LA INVERSIÓN NACIONAL

El ONUSIDA ha desarrollado un nuevo Índice de prioridad de la inversión nacional con el que se intenta medir el grado de prioridad que otorgan los gobiernos a la inversión en sus repuestas nacionales al sida. El Índice resulta de dividir el porcentaje de ingresos gubernamentales que cada país destina a la respuesta al sida entre la prevalencia del VIH en la población. Un valor elevado suele indicar un nivel de prioridad alto.

$$\text{Índice de prioridad de la inversión nacional} = \frac{\text{Gasto público en la respuesta al sida}}{\text{Ingresos del gobierno}} \times \frac{\text{Población nacional}}{\text{Personas que viven con el VIH}}$$

De media, el porcentaje de ingresos gubernamentales destinado a la respuesta al sida se correspondía con una quinta parte de la prevalencia del VIH en la población. Cincuenta y cinco naciones destinaron más del 0,5% del total de los ingresos del gobierno. Datos de 121 países muestran que un tercio realiza una inversión proporcional a su nivel de ingresos nacionales y carga de la epidemia. Por su parte, en los 104 países que han informado sobre ello, el nivel medio de prioridad es 0,35. Sin embargo, el Índice de una gran mayoría de naciones (70%) está por debajo de esta media, lo que sugiere que muchos necesitan invertir más en sus respuestas al sida.

Parece que ocho de 14 países de África occidental y central, y seis de 16 de África oriental y meridional gastan menos en responder al sida de lo que se esperaba dada su carga de morbilidad y recursos gubernamentales. La Federación de Rusia y Ucrania, los países de Europa oriental y Asia central con mayor prevalencia del VIH, están invirtiendo a niveles relativamente bajos si se tiene en cuenta su carga de morbilidad y capacidad de gasto. El Índice de prioridad de la inversión nacional sugiere que ambos países podrían destinar más recursos nacionales a la respuesta al sida (Tabla 6.1). La Figura 6.2 muestra la distribución de los fondos en diferentes elementos de la respuesta a la epidemia.

Figura 6.1

Índice de prioridad de la inversión nacional en los países con mayor prevalencia del VIH

	Año	Índice de prioridad de la inversión nacional	Gasto medio
Botswana	2008	0,31	●
Brasil	2008	0.80	●
Camerún	2008	0,06	●
China	2009	0,69	●
Colombia	2009	0,52	●
Congo	2009	0,68	●
Côte d'Ivoire	2008	0,05	●
Congo, República Democrática del	2008	0,28	●
Ghana	2008	0,10	●
India	2009	0,07	●
Indonesia	2008	0,29	●
Kenya	2009	0,33	●
Lesotho	2008	0,33	●
Malawi	2009	0,03	●
Mozambique	2008	0,03	●
Nigeria	2008	0,13	●
Federación de Rusia	2008	0,19	●
Sudáfrica	2009	0,18	●
Tailandia	2009	0,37	●
Uganda	2008	0,72	●
Ucrania	2008	0,09	●
Viet Nam	2009	0,05	●
Zimbabwe	2009	0,04	●

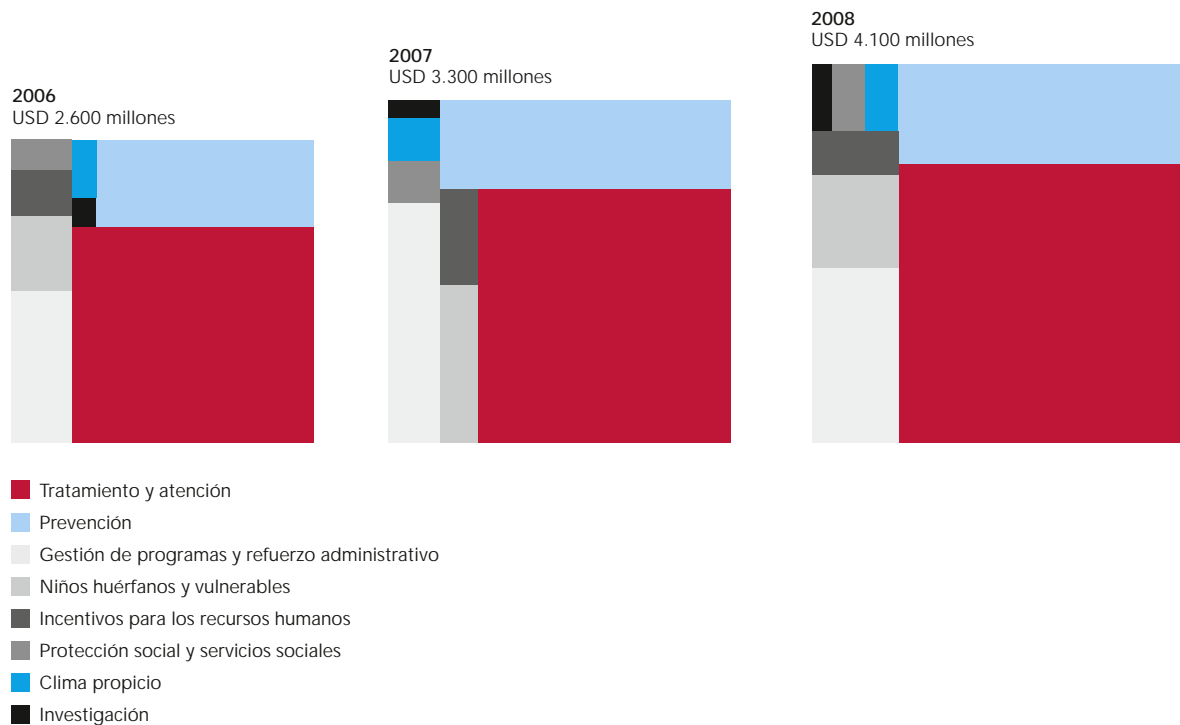
● Por encima de la media ● Por debajo de la media

Figura 6.2

Gasto en materia de VIH en países de ingresos bajos y medios

Gasto en materia de VIH por área programática, en USD actuales, en 43 países de ingresos bajos y medios entre 2006 y 2008.

Fuente: Informes de progresos de los países 2010.



El tamaño del cuadro completo es proporcional al gasto anual total.

Las inversiones internacionales no se están incrementando y la aportación equitativa de los donantes no se está cumpliendo

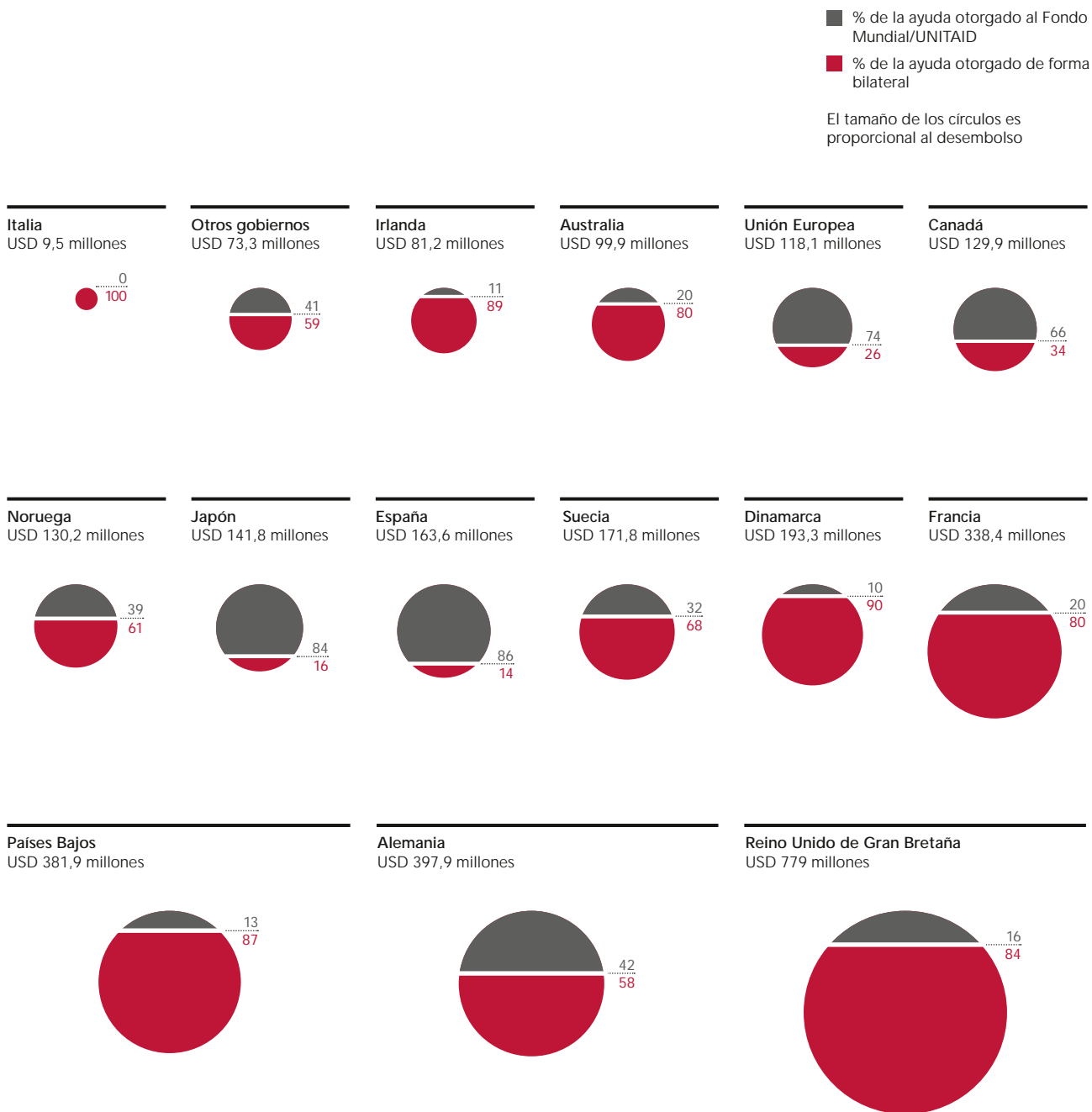
El desembolso de los gobiernos donantes para la respuesta al sida en 2009 alcanzó los USD 7.600 millones, lo que supuso un ligero descenso con respecto a los USD 7.700 millones aportados en 2008. Dentro de estos fondos se encuentran tanto la ayuda bilateral (fondos que van directamente de un país donante a un país beneficiario), como las contribuciones dirigidas a organizaciones multilaterales (Figura 6.3). La mayoría de estos recursos se destinaron a los países más afectados por la epidemia. Las 20 naciones que recibieron más ayudas reúnen al 71% de las personas que viven con el VIH en el mundo. Por su parte, los países de ingresos bajos recibieron el 78% de los fondos internacionales, y los de ingresos de bajos a medios, un 14%.

La ayuda internacional es crucial para mantener la respuesta al sida. De las 132 naciones que han informado sobre su gasto en VIH por fuente de financiación, 70 (53%) dependen de fondos internacionales para sufragar el 50%, o más, de su gasto en VIH. Además, para la mayoría de los países de ingresos bajos y medios, incrementar la prioridad de la inversión nacional hasta los niveles óptimos no es suficiente para responder a las necesidades de la respuesta al sida. Los Estados

Figura 6.3

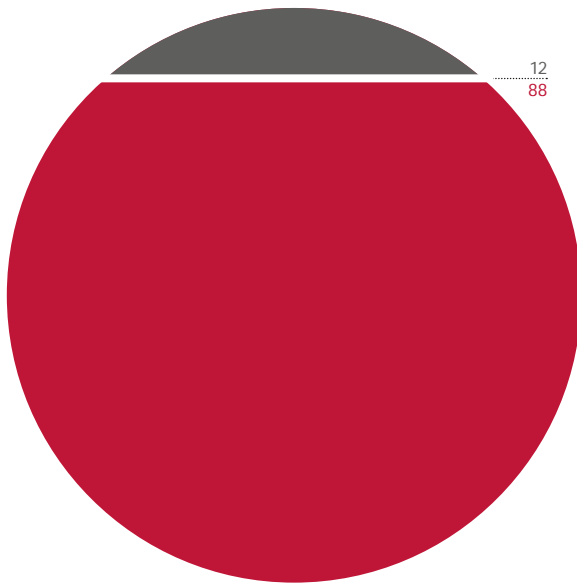
Canales utilizados por los mayores países donantes para distribuir los fondos internacionales para el sida en 2009

Fuente: Kates et al. 2010.

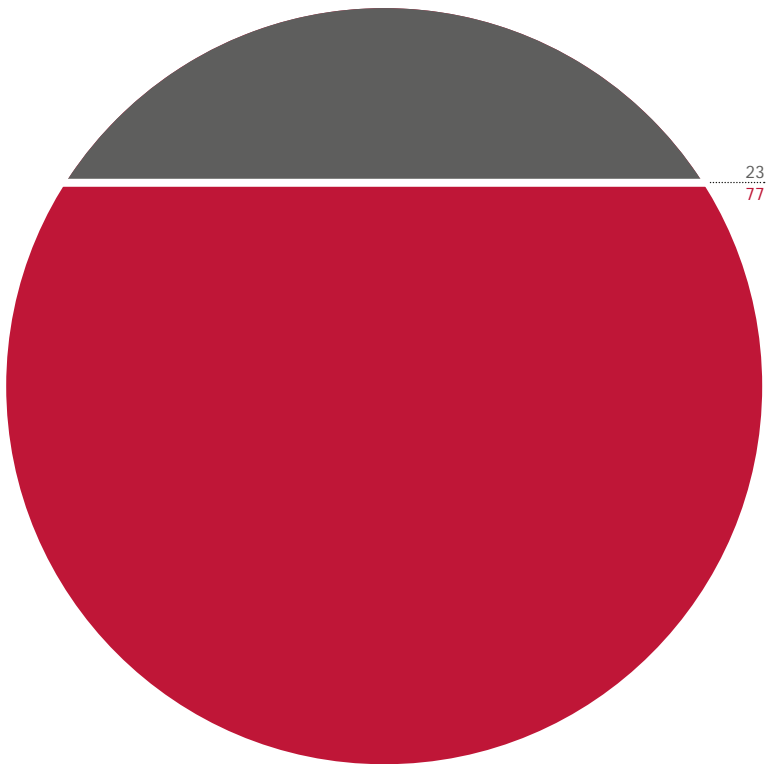


La financiación bilateral incluye fondos multilaterales asignados al VIH; la financiación multilateral incluye contribuciones del Fondo Mundial adaptadas para representar la proporción destinada al VIH en función de la distribución de la ayuda que ha hecho el Fondo Mundial para cada enfermedad hasta la fecha (61% para el VIH), así como contribuciones de UNITAID adaptadas para representar la proporción destinada al VIH de acuerdo con la distribución de los fondos por enfermedad hasta la fecha (49% para el VIH).

Estados Unidos de América
USD 4.400 millones



Total
USD 7.600 millones



Unidos de América fueron el mayor donante internacional. Sus fondos representaron el 58% de los procedentes de gobiernos donantes, y el 27% de los de todas las fuentes de financiación (gobiernos donantes, instituciones multilaterales, el gasto nacional gubernamental, y las aportaciones del sector privado y particulares). Por su parte, el Reino Unido contribuyó con un 10% del total de los fondos procedentes de gobiernos donantes, y Alemania y los Países Bajos aportaron un 5% cada uno.

Canales internacionales de financiación de las inversiones

La financiación bilateral sigue siendo la fuente principal de la que proceden los fondos internacionales destinados a hacer frente al sida en países de ingresos bajos y medios. De los USD 7.600 millones que los gobiernos donantes aportaron para el sida en 2009, USD 5.900 millones (77%) se desembolsaron en forma de ayuda bilateral. Los Estados Unidos de América, el mayor donante, destinan la gran mayoría (88%) de sus recursos directamente a los países beneficiarios.

Sin embargo, una proporción considerable (23%) de toda la ayuda internacional proviene de instituciones multilaterales como el Fondo mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria y UNITAID. En 2009, Canadá, la Unión Europea, Francia, Japón y España facilitaron más de dos tercios de su ayuda internacional relacionada con el VIH a través del Fondo Mundial y UNITAID. El Fondo Mundial, cuyas aportaciones representan el 72% de los fondos procedentes de entidades multilaterales, constituyó la principal fuente de financiación para el sida en 52 de sus 92 países beneficiarios.

Los donantes no están cumpliendo con la aportación equitativa de la inversión internacional para responder al sida

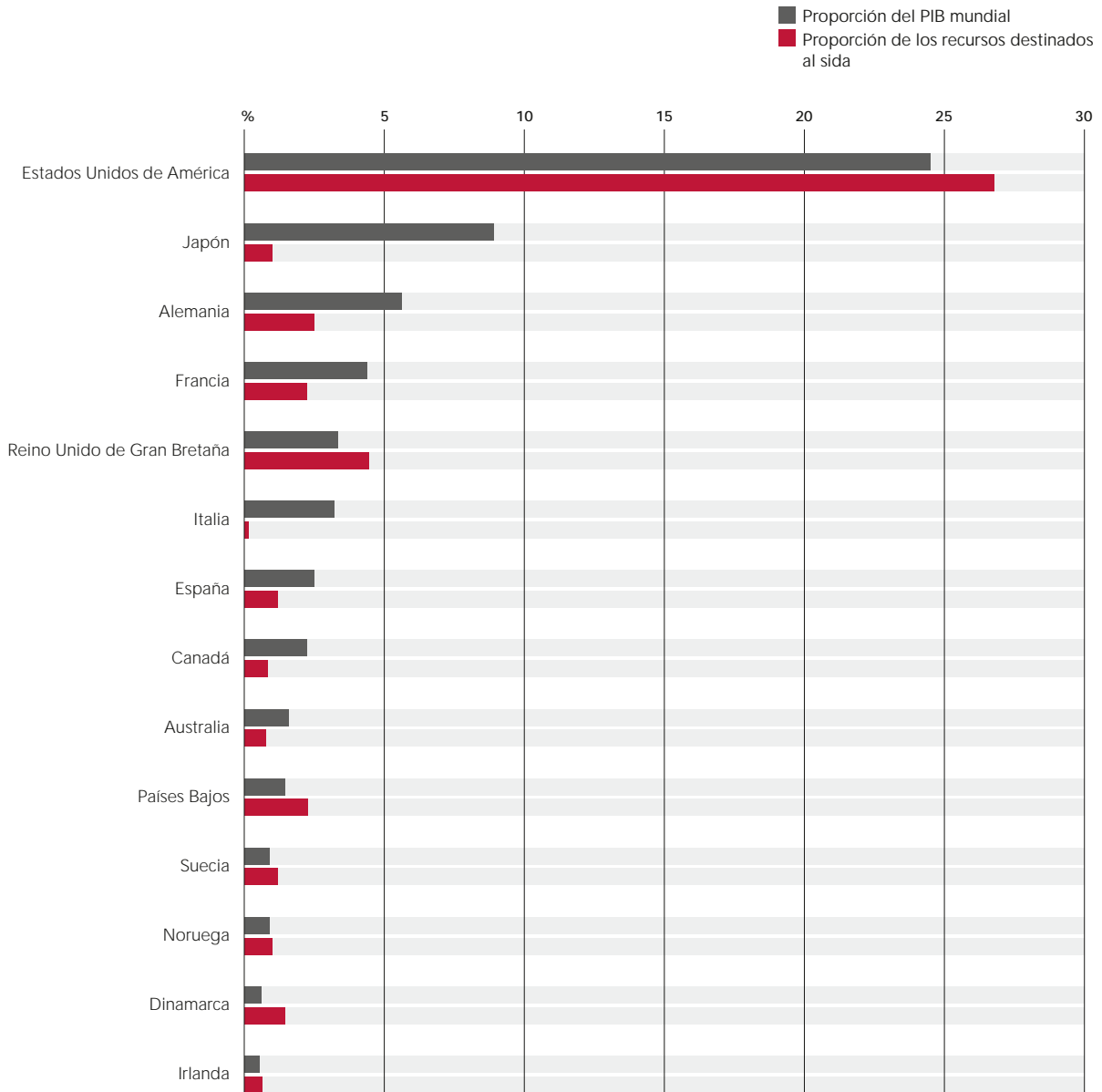
Comparar la financiación que los países donantes destinan al sida con su producto interior bruto (PIB) es un modo de determinar si su contribución a la respuesta al VIH se corresponde con la distribución equitativa de las aportaciones (Figura 6.4). Algunos donantes otorgan menos que otros en términos absolutos, pero dedican una mayor proporción de su PIB a la ayuda internacional para el sida. La mayoría de los países donantes tienen la capacidad de aportar bastantes más recursos de los que están facilitando.

Mejorar la rentabilidad puede contribuir a reducir el déficit de recursos

Los recursos disponibles para responder al sida siempre han estado por debajo de lo necesario. Los programas nacionales han tenido que garantizar que sus elecciones resultaban efectivas y eficaces para tener el máximo impacto a la hora de evitar nuevas infecciones por el VIH y muertes relacionadas con el sida. Los países han obtenido resultados óptimos cuando los recursos se adaptan a los patrones de la epidemia y están fundamentados en pruebas, como los programas de tratamiento que utilizan las combinaciones de fármacos más eficaces y consideran la circuncisión masculina un componente prioritario en la prevención de epidemias generalizadas. En muchos países, los programas que promueven la abstinencia recibieron muchos más recursos que los esfuerzos por aumentar el uso del preservativo o reducir el número de parejas. Datos de Zambia muestran que, sin la correcta combinación de intervenciones conductuales, los resultados que se obtienen son mínimos.

Figura 6.4
Proporción de los recursos para el sida y del PIB mundial que le corresponde a cada donante, 2009

Fuente: Kates J et al. 2010.



PIB = Producto Interior Bruto. La financiación bilateral incluye fondos multilaterales destinados al VIH, pero no comprende los del Fondo Mundial y UNITAID. Las contribuciones del Fondo Mundial se han adaptado para representar la proporción estimada para el VIH en función de la distribución de la ayuda que ha hecho el Fondo Mundial para cada enfermedad hasta la fecha (61% para el VIH). Las contribuciones de UNITAID también se han adaptado para representar la proporción estimada para el VIH de acuerdo con la distribución de los fondos por enfermedad que ha realizado hasta la fecha (49% para el VIH). Los recursos disponibles son una estimación y representan los desembolsos efectuados por todas las fuentes.

Figura 6.5

Tendencias en el precio de los regímenes de terapia antirretrovírica más utilizados

Tendencias en el precio de algunos de los regímenes de terapia antirretrovírica más utilizados en adultos en países de ingresos bajos entre 2008 y 2010.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Transaction prices for Antiretroviral Medicines and HIV Diagnostics from 2008 to March 2010. Resumen del informe de Global Price Reporting Mechanism. Ginebra, mayo de 2010.

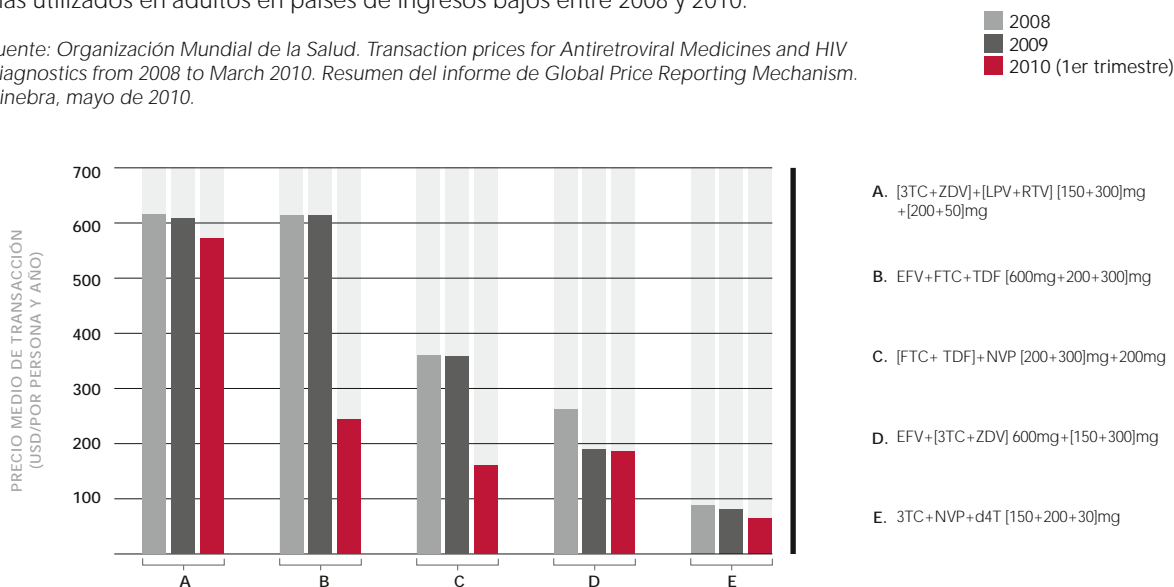
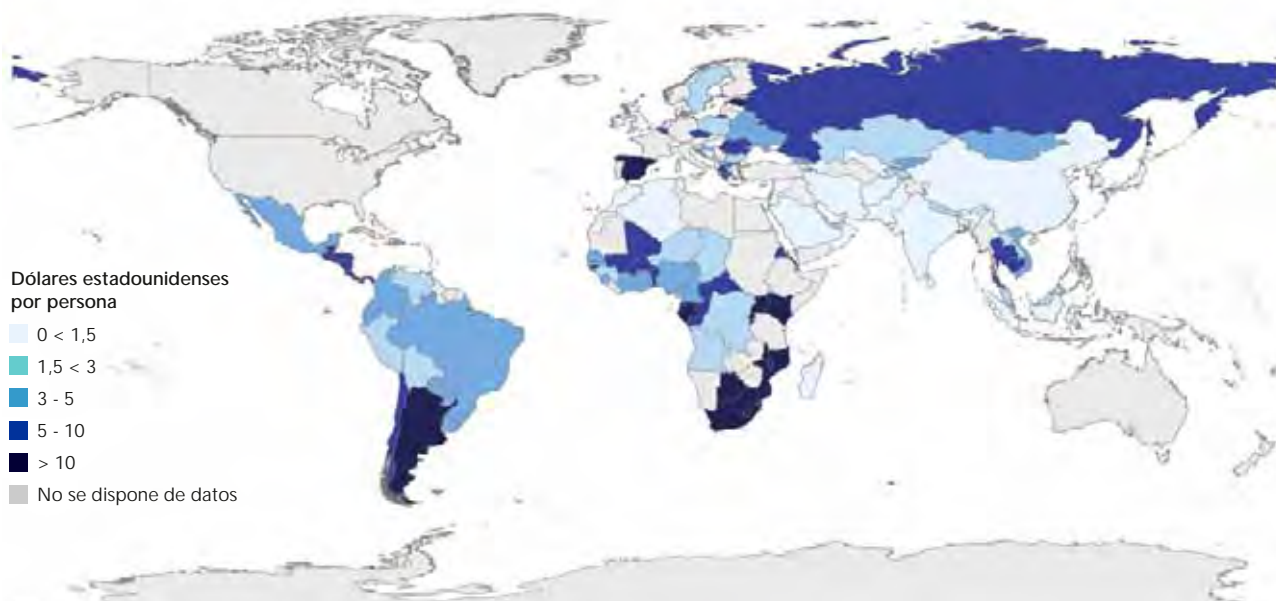


Figura 6.6

Gasto nacional e internacional relativo al VIH por persona

Gasto nacional e internacional en VIH en dólares estadounidenses internacionales (paridad de poder adquisitivo) por persona y país en 2009 o el último año de que se dispone de datos.

Fuente: Informes de progresos de los países 2010.



Se ha informado de que el coste que supone el uso de antirretrovíricos para evitar la transmisión maternoinfantil del VIH es de USD 34 por año de vida salvado, ajustado en función de la discapacidad. Sin embargo, proporcionar tratamiento completo a una mujer embarazada salva su vida, y además protege al bebé del VIH y evita que quede huérfano. También hay lugar para la innovación a la hora de fomentar la rentabilidad. Malawi está considerando proporcionar a todas las mujeres embarazadas que viven con el VIH terapia antirretrovírica completa (por su propia salud y para frenar la transmisión maternoinfantil). Aunque al principio puede resultar caro, supone una suma de beneficios a largo plazo al mejorar los resultados maternoinfantiles, reducir la mortalidad materna y la orfandad, e incrementar las tasas de asistencia escolar.

Reducir el coste unitario de los servicios de aprovisionamiento y reparto es un modo de mejorar el rendimiento del dinero. En muchos casos, los costes actuales de la terapia antirretrovírica suponen una fracción de lo que solían ser, gracias en gran parte a la eficacia que se ha ganado en la prestación de servicios, y a la reducción en los precios de los recursos (Figura 6.5). El precio medio de los regímenes para adultos prescritos con más frecuencia ha descendido a cerca de USD 0,17 al día. Los costes de prevención también han bajado. En la actualidad, frenar un caso de infección en bebés cuesta apenas USD 5, en comparación con los miles de dólares de hace unos pocos años. El coste de los preservativos también ha descendido a tan solo USD 0,04 por unidad.

La inversión en materia de sida debe ser predecible y sostenible

Durante la pasada década, los recursos disponibles para el VIH se ampliaron, por lo que el gasto en prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH también aumentó. En total, las inversiones para responder al sida crecieron un 82% entre 2006 y 2008. Del total de recursos disponibles, los programas de atención y tratamiento recibieron un 56%, y los de prevención del VIH, un 20%. Cerca de 71 países dependen de fuentes internacionales para financiar más del 50% de sus actividades de prevención. En cambio, el coste de los programas de atención y tratamiento parece repartirse a partes iguales entre fuentes nacionales e internacionales. Sin embargo, los datos de 26 países muestran que casi un 77%, o más, de su gasto en atención y tratamiento depende de fuentes externas (Figura 6.6, Figura 6.7 y Figura 6.8)

En un momento en que la demanda de acceso universal a la prevención y el tratamiento está creciendo, la escasez de recursos adicionales está frenando el ritmo de los resultados. Mientras los países se esfuerzan por aumentar sus inversiones en la respuesta al sida, hay que centrar la atención en hacer que la distribución de recursos a largo plazo sea predecible. ■

Figura 6.7

Gasto anual nacional e internacional en VIH

Gasto anual total en VIH procedente de fondos públicos nacionales e inversiones internacionales en USD actuales, y por persona seropositiva en dólares internacionales (paridad de poder adquisitivo), en los 15 países de ingresos bajos y medios que realizaron un mayor gasto en 2009 o el último año de que se dispone de datos.

Fuente: Informes de progresos de los países 2010.

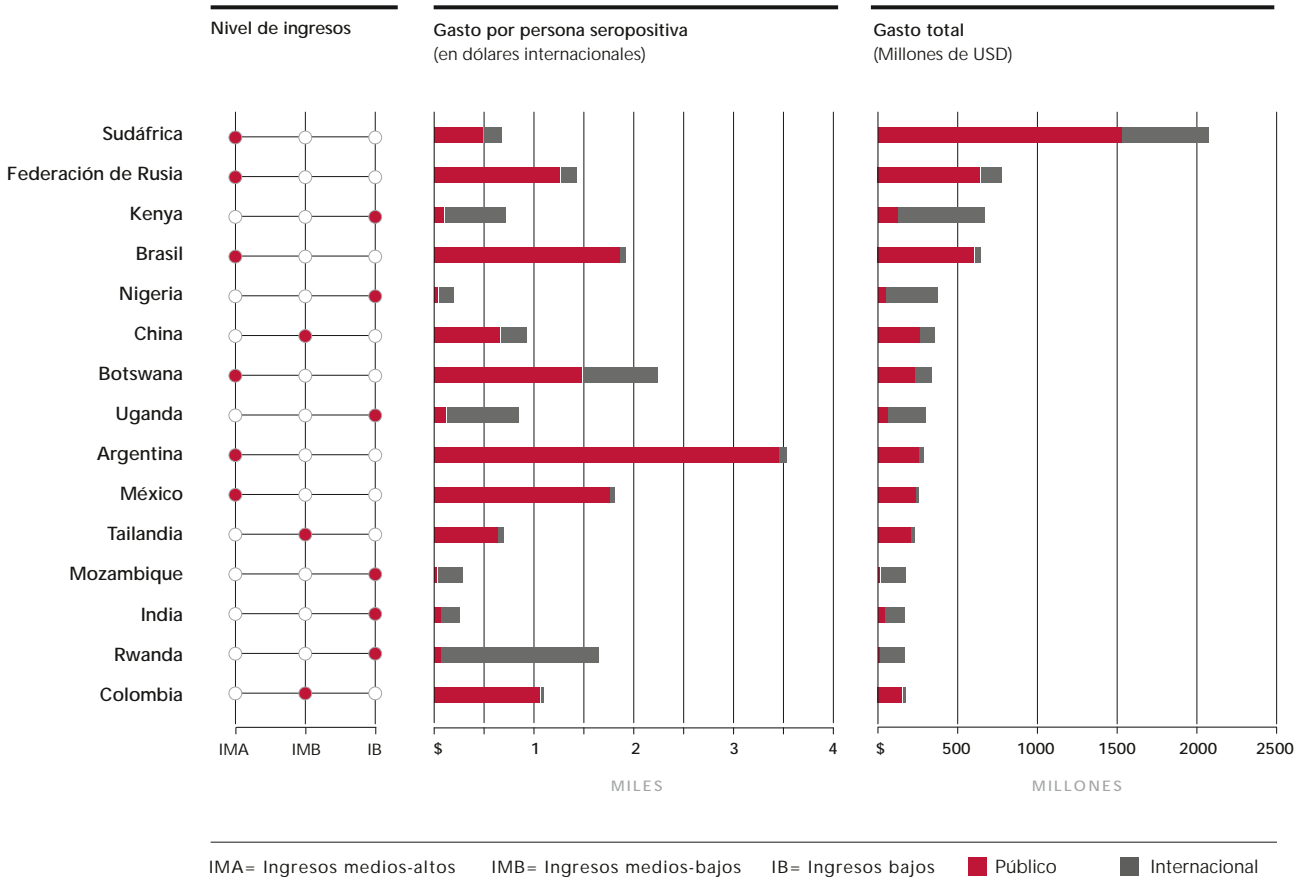
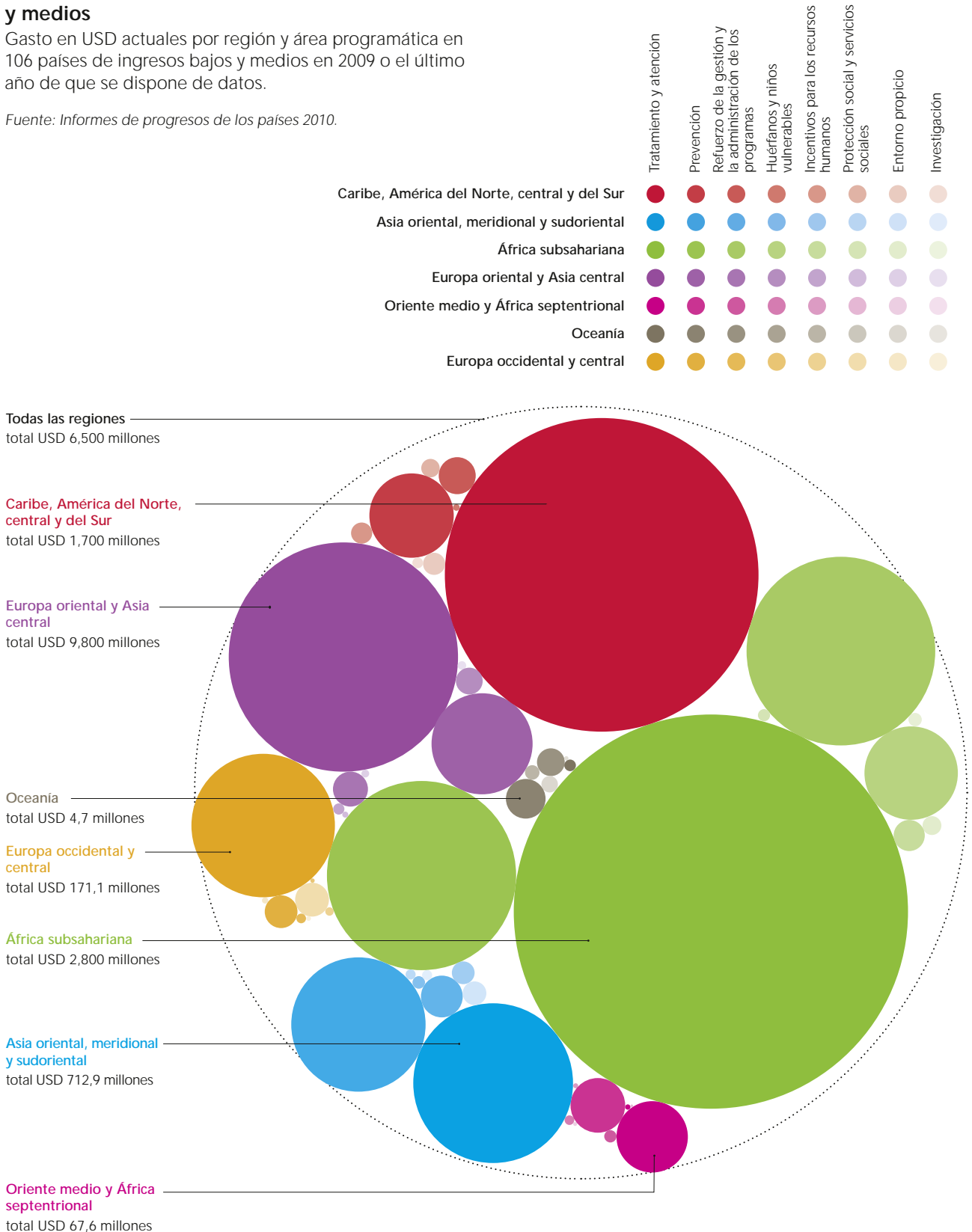


Figura 6.8

Gasto regional en VIH en países de ingresos bajos y medios

Gasto en USD actuales por región y área programática en 106 países de ingresos bajos y medios en 2009 o el último año de que se dispone de datos.

Fuente: Informes de progresos de los países 2010.





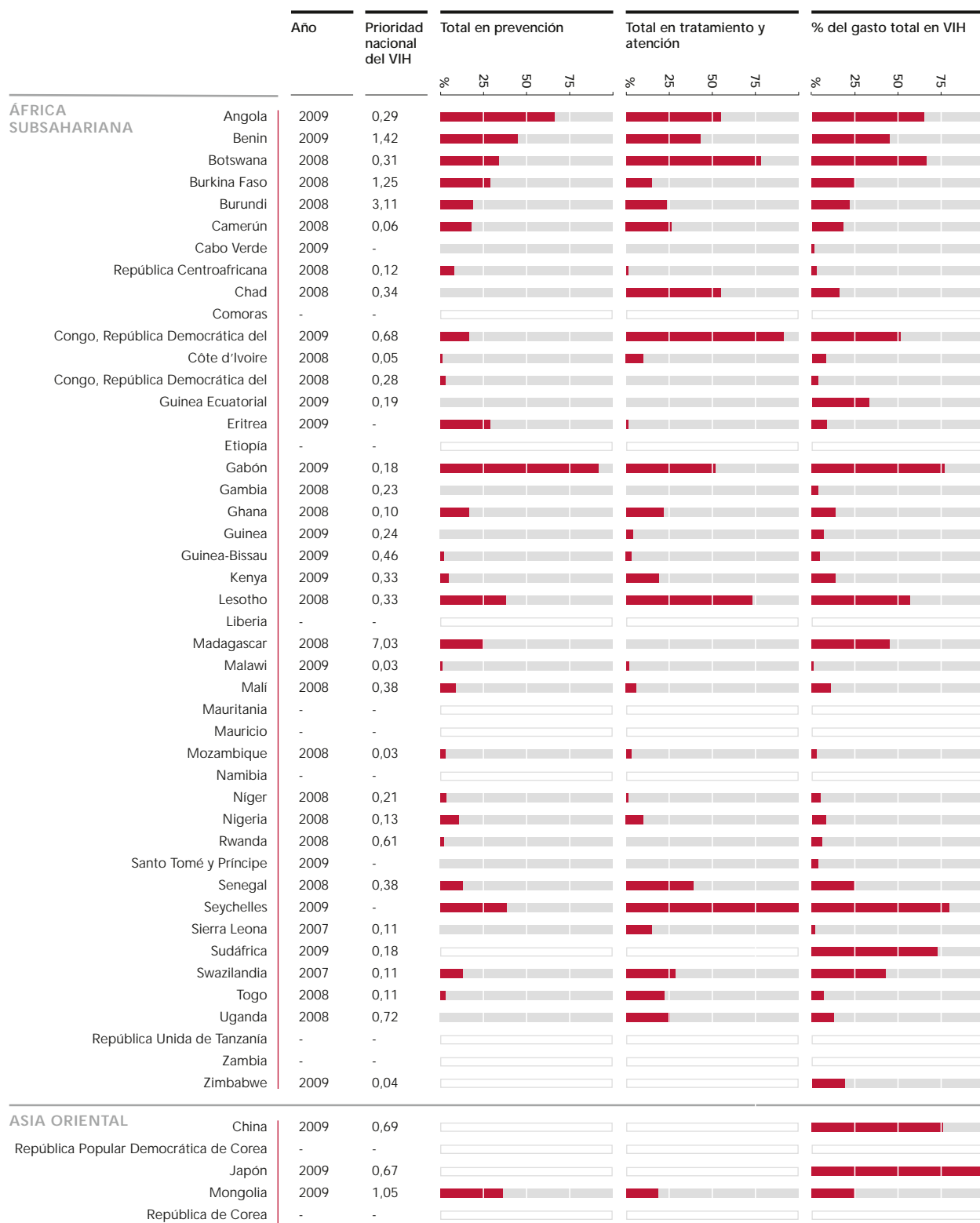
PUNTOS DE ACCIÓN

- La respuesta al sida debe estar totalmente financiada, lo que constituye una responsabilidad compartida entre gobiernos, países donantes, la sociedad civil y el sector privado.
 - Los países donantes deben seguir aumentando sus aportaciones para responder al sida.
 - Los países que pueden incrementar sus inversiones nacionales deben hacerlo a fin de impulsar los progresos para alcanzar el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.
 - Los recursos destinados a los programas del sida deben ser predecibles, y los planes estratégicos nacionales deben ser razonables.
 - Todos los programas nacionales deberían establecer prioridades para garantizar que los recursos disponibles se invierten de forma apropiada en programas rentables.
 - Las aportaciones de los donantes deben corresponderse con las prioridades de los países.
 - Las inversiones deben fundamentarse en pruebas y llegar primero a los grupos de población más necesitados, de forma que los beneficios se vean maximizados y cumplan con las normas de los derechos humanos.
 - Los programas de tratamiento del VIH deberían ampliarse de forma urgente y utilizar combinaciones óptimas de fármacos de alta calidad y menos tóxicos que reduzcan la mortalidad a largo plazo.
 - Las inversiones en materia de prevención del VIH resultan rentables cuando se componen de enfoques combinados que favorecen las sinergias, en lugar de constar de intervenciones aisladas.
-

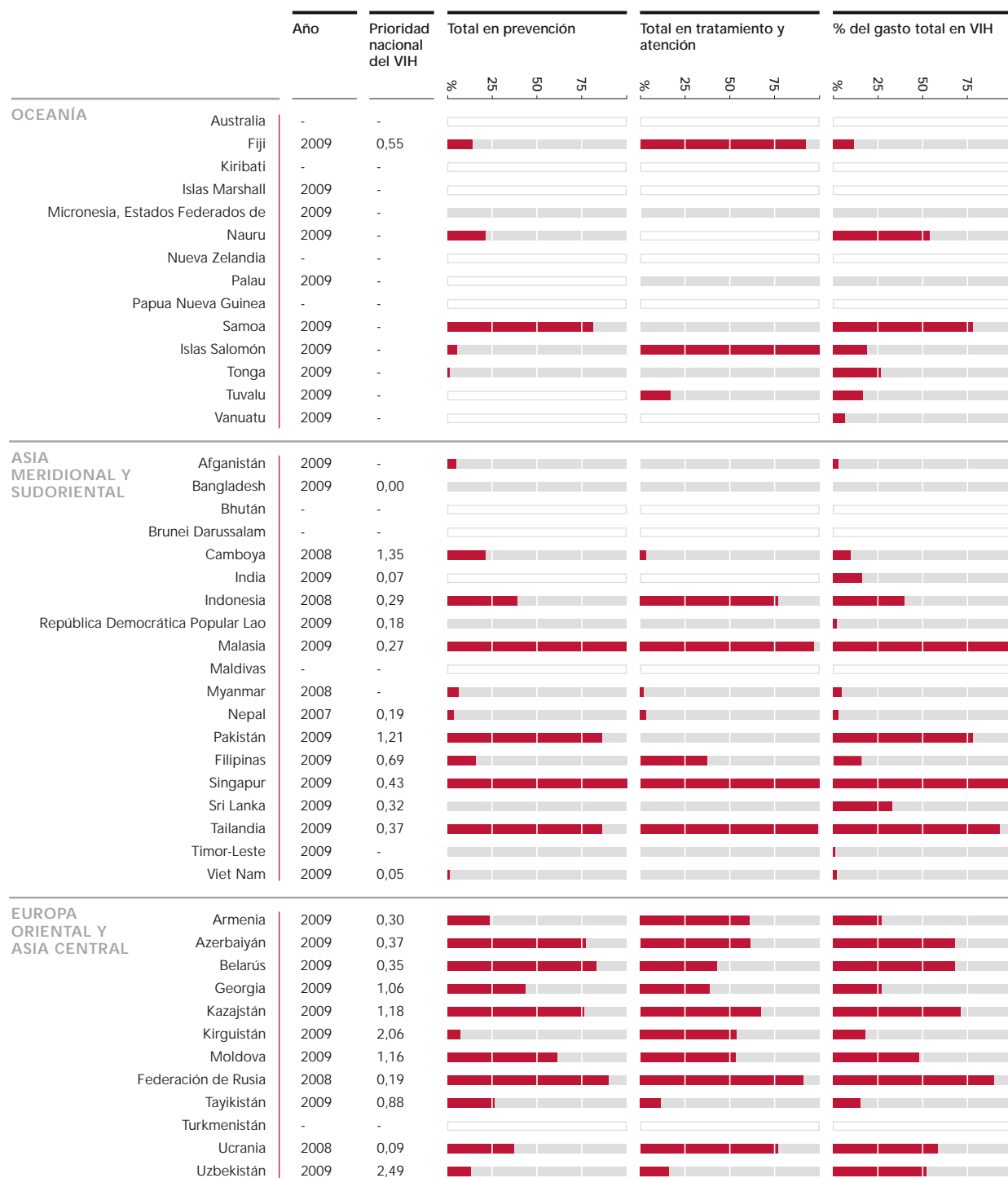
FICHA DE PUNTUACIÓN: INVERSIONES EN MATERIA DE VIH

■ Financiación pública
■ Financiación internacional
□ Datos no disponibles

% de fondos públicos del gasto nacional total en VIH procedente de inversiones públicas e internacionales



% de fondos públicos del gasto nacional total en VIH procedente de inversiones públicas e internacionales



FICHA DE PUNTUACIÓN: INVERSIONES EN MATERIA DE VIH

■ Financiación pública
■ Financiación internacional
□ Datos no disponibles

% de fondos públicos del gasto nacional total en VIH procedente de inversiones públicas e internacionales

	Año	Prioridad nacional del VIH	Total en prevención				Total en tratamiento y atención				% del gasto total en VIH			
			%	25	50	75	%	25	50	75	%	25	50	75
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL														
Albania	-	-												
Andorra	-	-												
Austria	-	-												
Bélgica	2008	0,37												
Bosnia y Herzegovina	2009	0,38												
Bulgaria	2009	-												
Croacia	2009	1,90												
Chipre	-	-												
República Checa	2009	6,68												
Dinamarca	-	-												
Estonia	2008	0,33												
Finlandia	-	-												
Francia	-	-												
Alemania	-	-												
Grecia	2008	0,65												
Hungría	2009	0,16												
Islandia	-	-												
Irlanda	-	-												
Israel	-	-												
Italia	-	-												
Letonia	2009	0,05												
Liechtenstein	-	-												
Lituania	-	-												
Luxemburgo	2009	0,00												
Malta	-	-												
Mónaco	-	-												
Montenegro	2009	-												
Países Bajos	-	-												
Noruega	-	-												
Polonia	2009	0,63												
Portugal	-	-												
Rumania	2009	2,02												
San Marino	-	-												
Serbia	-	-												
Eslovaquia	-	-												
Eslovenia	-	-												
España	2009	0,82												
Suecia	2009	0,00												
Suiza	2009	0,05												
ex República Yugoslava de Macedonia	2008	2,70												
Turquía	-	-												
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	2009	0,06												
AMÉRICA DEL NORTE														
Canadá	-	-												
México	2009	1,09												
Estados Unidos de América	-	-												
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL														
Algeria	2009	0,05												
Bahrein	-	-												
Djibouti	2009	0,00												

% de fondos públicos del gasto nacional total en VIH procedente de inversiones públicas e internacionales

		Año	Prioridad nacional del VIH	Total en prevención			Total en tratamiento y atención			% del gasto total en VIH			
				%	25	50	75	%	25	50	75	%	25	50	75
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL <i>Continuación</i>	Egipto	2008	0,74	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Irán, República Islámica del	2008	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Iraq	-	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Jordania	2009	1,14	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Kuwait	2009	0,23	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Libano	-	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Jamahiriya Arabe Libia	-	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Marruecos	2008	0,26	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Omán	2009	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Qatar	-	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Arabia Saudita	2009	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Somalia	2009	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Sudán	-	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	República Árabe Siria	2009	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Túnez	-	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Emiratos Árabes Unidos	2009	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
Yemen	2009	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]				
CARIBE	Antigua y Barbuda	2009	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Bahamas	2009	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Barbados	2009	0,61	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Cuba	2009	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Dominica	2009	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	República Dominicana	2008	0,21	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Granada	2009	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Haiti	-	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Jamaica	-	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Saint Kitts y Nevis	2009	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Santa Lucía	-	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	San Vicente y las Granadinas	2009	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
Trinidad y Tobago	2009	0,20	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]				
AMERICA CENTRAL Y MERIDIONAL	Argentina	2008	1,06	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Belice	2009	0,19	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Bolivia	2009	0,31	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Brasil	2008	0,80	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Chile	2008	1,07	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Colombia	2009	0,52	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Costa Rica	2008	1,16	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Ecuador	2009	0,00	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	El Salvador	2008	1,22	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Guatemala	2008	0,00	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Guyana	-	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Honduras	2008	0,84	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Nicaragua	2008	3,96	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Panamá	2008	0,83	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Paraguay	2009	0,68	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Perú	2009	0,35	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Suriname	-	-	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Uruguay	2007	0,36	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			
	Venezuela	2009	0,21	[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			[Bar chart: 0-75%]			

Capítulo 1

1. Encuestas demográficas y de salud [sitio web] (2010). MEASURE DHS, ICF Macro, Calverton, MD (<http://www.measuredhs.com>, consultado el 17 de octubre de 2010).
2. División de Población [sitio web] (2010). Nueva York, División de Población, Departamento de Asuntos Sociales y Económicos, Naciones Unidas. (<http://www.un.org/esa/population>, consultado el 17 de octubre de 2010).
3. OMS, UNICEF y ONUSIDA (2010). *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (<http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/>, consultado el 17 de octubre de 2010).

Capítulo 2

1. Gregson S et al. (2010). HIV decline in Zimbabwe due to reductions in risky sex? Evidence from a comprehensive epidemiological review. *International Journal of Epidemiology*, doi:10.1093/ije/dyq055.
2. Gregson S et al. (2006). HIV decline associated with behavior change in eastern Zimbabwe. *Science*, 311:664–666.
3. Shisana O et al. (2010). *South African National HIV Prevalence, Incidence, Behaviour and Communication Survey, 2008: the health of our children*. Ciudad del Cabo, HSRC Press.
4. Rehle T et al. Trends in HIV prevalence, incidence, and risk behaviors among children, youth, and adults in South Africa, 2002 to 2008. *XVII Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, San Francisco, California, EE.UU., 16–19 de febrero de 2010*. (Resumen 37; <http://retroconference.org/2010/Abstracts/37244.htm>, consultado el 17 de octubre de 2010).
5. Hallett TB et al. Estimates of HIV incidence from household-based prevalence surveys. *AIDS*, 2010, 24:147–152.
6. Consejo nacional para el control del sida (2007). *Sentinel surveillance of HIV and AIDS in Kenya 2006*. Nairobi, Consejo nacional para el control del sida. Programa nacional de control del sida e ITS.
7. Ministerio de Salud de Benin (2008). *Rapport de surveillance de l'infection par le VIH et de la syphilis au Benin*. Porto Novo.
8. Every Death Counts Writing Group (2008). Every death counts: use of mortality audit data for decision making to save the lives of mothers, babies, and children in South Africa. *Lancet*, 371:1294–1304.
9. OMS, UNICEF y ONUSIDA (2010). *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (<http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/>, consultado el 17 de octubre de 2010).
10. Stover J et al. (2008). Estimated HIV trends and program effects in Botswana. *PLoS ONE*, 3:e3729.
11. Agencia nacional de coordinación del sida de Botswana (2010). *Progress report of the national response to the 2001 Declaration of Commitment on HIV and AIDS: Botswana country report 2010*. Gaborone, Ministerio de Salud.
12. Jahn A et al. (2008). Population-level effect of HIV on adult mortality and early evidence of reversal after introduction of antiretroviral therapy in Malawi. *Lancet*, 371:1603–1611.
13. Antiretroviral Treatment in Lower Income Countries (ART-LINC) Collaboration [sitio web] (2010). Berna, ART-LINC. (<http://www.art-linc.org>, consultado el 17 de octubre de 2010).
14. Anand A et al. (2009). Knowledge of HIV status, sexual risk behaviours and contraceptive need among people living with HIV in Kenya and Malawi. *AIDS*, 23:1565–1573.
15. Cleland J et al. Monitoring sexual behaviour in general populations: a synthesis of lessons of the past decade. *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80 (Supl. 2):ii1–ii7.

16. Magaret A. (2008). Regional differences in prevalence of HIV-1 discordance in Africa and enrolment of HIV-1 discordant couples into an HIV-1 prevention trial. *PLoS ONE*, 3:e1411.
17. Kristin L et al. (2008). New heterosexually transmitted HIV infections in married or cohabiting couples in urban Zambia and Rwanda: an analysis of survey and clinical data. *Lancet*, 371:2183–2191.
18. Mngadi S et al. (2009). *Swaziland: HIV prevention response and modes of transmission analysis*. Mbabane, Consejo nacional de respuesta de emergencia al VIH y al sida.
19. Khobotlo M et al. (2009). *Lesotho: HIV prevention response and modes of transmission analysis*. Maseru, Comisión nacional para el sida de Lesotho.
20. Gelmon L et al. (2009). *Kenya: HIV prevention response and modes of transmission analysis*. Nairobi, Consejo nacional para el control del sida en Kenya.
21. Wabwire-Mangen F et al. (2009). *Uganda: HIV modes of transmission and prevention response analysis*. Kampala, Comisión nacional para el sida de Uganda.
22. Smith AD et al (2009). Men who have sex with men and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 374:416–422.
23. Lowndes CM et al. (2008) *West Africa HIV/AIDS epidemiology and response synthesis: implications for prevention*. Washington, DC, Banco Mundial.
24. Asiimwe A, Koleros A, Chapman J. (2009). *Understanding the dynamics of the HIV epidemic in Rwanda: modeling the expected distribution of new HIV infections by exposure group*. Kigali, Comisión nacional de control del sida, MEASURE Evaluation.
25. Ndiaye HD et al. (2009). Surprisingly high prevalence of subtype C and specific HIV-1 subtype/CRF distribution in men having sex with men in Senegal. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 52:249–252.
26. Beyrer C et al. (2010). Sexual concurrency, bisexual practices, and HIV among Southern African men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, 86:323–327.
27. Nnaji I et al. Sexual practices of MSM in Nigeria and interest in microbicides. *Microbidas: Tender puentes en la prevención del VIH*, Pittsburgh, Pensilvania, 22–25 de mayo de 2010. (Resumen 156).
28. Baral S et al. (2009). HIV prevalence, risks for HIV infection, and human rights among men who have sex with men (MSM) in Malawi, Namibia, and Botswana. *PLoS ONE*, 4:e4997.
29. Ministerio Federal de Salud (2007). *HIV/STI integrated biological and behavioral surveillance survey (IBSS)*. Abuja, República Federal de Nigeria.
30. Lane T et al. (2009). High HIV prevalence among men who have sex with men in Soweto, South Africa: results from the Soweto men's study. *AIDS and Behavior*, doi:10.1007/s10461-009-9598-y.
31. Parry C et al. (2008). Rapid assessment of drug-related HIV risk among men who have sex with men in three South African cities. *Drug and Alcohol Dependence*, 95:45–53.
32. Sanders EJ et al. Establishing a high risk HIV-negative cohort in Kilifi, Kenya. *Conferencia Internacional sobre la vacuna del sida, 2006, Ámsterdam, Países Bajos, 29 de agosto – 1 de septiembre de 2006* (<http://www.intmedpress.com/serveFile.cfm?sUID=247babfc-305d-4a0c-94b1-e4120ca23160>, consultado el 17 de octubre de 2010).
33. Sanders EJ et al. (2007) HIV-1 infection in high risk men who have sex with men in Mombasa, Kenya. *AIDS*, 21:2513–2520.
34. Wade AS et al. (2005) HIV infection and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Senegal. *AIDS*, 19:2133–2140.
35. Sulliman F, Ameerberg SAG. *Mauritius Epidemiology Network on Drug Use report: January–June 2004*. Port Louis, Red de epidemiología sobre el consumo de drogas de Mauricio.
36. Odek-Ogunde M et al. (2004) Seroprevalence of HIV, HBC and HCV in injecting drug users in Nairobi, Kenya: World Health Organization Drug Injecting Study Phase II findings. *XV Conferencia internacional sobre el sida, Bangkok, Tailandia, 11–16 de julio de 2004*. (Resumen WePeC6001; <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102283927.html>, consultado el 17 de octubre de 2010).

37. Dahoma MJU et al. (2006). HIV and substance abuse: the dual epidemics challenging Zanzibar. *African Journal of Drug and Alcohol Studies*, 5:129–138.
38. Mathers BM et al. (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 372:1733–1745.
39. Punyacharoensin N, Viwatwongkasem C. (2009). Trends in three decades of HIV/AIDS epidemic in Thailand by nonparametric backcalculation method. *AIDS*, 2:1143–1152.
40. Wang L et al. (2009). The 2007 estimates for people at risk for and living with HIV in China: progress and challenges. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 50:414–418.
41. *Country report on the follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. (2008). Jakarta, Comisión nacional para el sida de Indonesia.
42. Organización nacional para el control del sida (2008). *UNGASS country progress report 2008: India*. Nueva Delhi, Ministerio de Salud y de Bienestar Familiar.
43. Ramesh BM et al. (2008). Determinants of HIV prevalence among female sex workers in four south Indian states: analysis of cross-sectional surveys in twenty-three districts. *AIDS*, 22(Suppl. 5):S35–S44.
44. Moses S et al. (2008). Impact of an intensive HIV prevention programme for female sex workers on HIV prevalence among antenatal clinic attenders in Karnataka State, South India. *AIDS*, 22(Supl. 5): S101–S108.
45. Bokhari A et al. (2007). HIV risk in Karachi and Lahore, Pakistan: an emerging epidemic in injecting and commercial sex networks. *International Journal of STD and AIDS*, 18:486–492.
46. Comité nacional para el alivio y la prevención del sida (2008). *UNGASS country progress report – Thailand*. Nonthaburi, Ministerio de Salud Pública de Tailandia.
47. Comisión de Viet Nam para la población (2005). *Monitoring the impact of project community's action for AIDS prevention and control in Dien Bien, Quang Tri, An Giang, Kien Giang and Dong Thap Provinces*. Hanói, Comisión de Viet Nam para la población.
48. Ministerio de Salud de Viet Nam (2005). *HIV/AIDS estimates and projections 2005–2010*. Hanói, Departamento general de medicina preventiva y control del VIH y el sida, Ministerio de Salud de Viet Nam.
49. Tran TN et al. (2006). HIV prevalence and factors associated with HIV infection among male injecting drug users under 30: a cross-sectional study in Long An, Vietnam. *BMC Public Health*, 6:248.
50. Programa nacional sobre el sida (2009). *Report of the HIV sentinel sero-surveillance survey 2008 – Myanmar*. Yangon, Gobierno de Myanmar.
51. Sheridan S et al. (2007). HIV prevalence and risk behaviour among men who have sex with men in Vientiane Capital, Lao People's Democratic Republic. *AIDS*, 2009, 23:409–414.
52. Brahmam GNV et al. (2008). Sexual practices, HIV and sexually transmitted infections among self-identified men who have sex with men in four high HIV prevalence states in India. *AIDS*, 22(Supl. 5):S45–S57.
53. Solomon SS et al. High prevalence of HIV, STI and unprotected anal intercourse among men who have sex with men and men who have sex with men and women in Tamil Nadu, India. *XVI Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, Montreal, Canadá, 8–11 de febrero de 2009*. (Presentación oral 171LB; http://img.thebody.com/confs/croi2009/posters/171LB_Solomon_slides.pdf, consultado el 17 de octubre de 2010).
54. van Griensven J et al. (2010). Trends in HIV prevalence, estimated HIV incidence, and risk behavior among men who have sex with men in Bangkok, Thailand, 2003–2007. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 53:234–239.
55. Wimonasate W et al. Successful start of a preparatory HIV cohort study among men who have sex with men (MSM) in Bangkok, Thailand: Preliminary baseline, follow-up and HIV incidence data. *XVII Conferencia internacional sobre el sida, Ciudad de México, México, 3–8 de agosto de 2008*. (Resumen MOAC0105; <http://www.aids2008.or/Pag/PSession.aspx?s=246>, consultado el 17 de octubre de 2010).
56. Ruan S et al. (2009). Rising HIV prevalence among married and unmarried men who have sex with men: Jinan, China. *AIDS and Behavior*, 13:671–676.

57. Guo H et al. (2009). Rapidly increasing prevalence of HIV and syphilis and HIV-1 subtype characterization among men who have sex with men in Jiangsu, China. *Sexually Transmitted Diseases*, 36:120–125.
58. Ma X et al. (2007). Trends in prevalence of HIV, syphilis, hepatitis C, hepatitis B, and sexual risk behavior among men who have sex with men: results of 3 consecutive respondent-driven sampling surveys in Beijing, 2004 through 2006. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 45:581–587.
59. Li A et al. (2009). Sexual behavior and risk factors for HIV infection among homosexual and bisexual men in Thailand. *AIDS and Behavior*, 13:318–327.
60. Kruglov YV et al. (2008). The most severe HIV epidemic in Europe: Ukraine's national HIV prevalence estimates for 2007. *Sexually Transmitted Infections*, 84 (Supl. 1):i37–i41.
61. EuroHIV (2007). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire (No. 75).
62. Ministerio de Salud (2008). *HIV infection in Ukraine in 2007*. Kyiv, Centro nacional de prevención del VIH, Ministerio de Salud. (Boletín informativo No. 29).
63. Dolan K et al. (2007). HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infectious Diseases*, 7:32–41.
64. ONUSIDA (2008). *Informe sobre la epidemia mundial de sida*. Ginebra, ONUSIDA. (<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008>, consultado el 17 de octubre de 2010).
65. Des Jarlais DC et al. (2009). HIV among injecting drug users: current epidemiology, biologic markers, respondent-driven sampling, and supervised-injection facilities. *Current Opinions in HIV and AIDS*, 4:308–313.
66. EuroHIV (2006). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2005*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire, (No. 73).
67. van de Laar MJ et al. (2008). HIV/AIDS surveillance in Europe: update 2007. *Eurosurveillance*, 13(50):pii=19066.
68. ONUSIDA (2009). La epidemia oculta del VIH en Europa oriental y Asia central entre los HSH. Ginebra, ONUSIDA. (http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2009/20090126_MSMUkraine.asp, consultado el 17 de octubre de 2010).
69. Baral S et al. (2007). Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000–2006: a systematic review. *PLoS Medicine*, 4:e339.
70. Van Griensven F et al. (2009). The global epidemic of HIV infection among men who have sex with men. *Current Opinions in HIV and AIDS*, 4:300–307.
71. Gaillard EM, Eustache L. (2007). *Estimation de la séroprévalence du VIH en Haïti en 2007 selon le milieu de résidence urbain et rural pour chacun des 10 départements*. Washington, DC, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
72. Centro de estudios sociales y demográficos y Macro Internacional Inc. (2008). *República Dominicana: encuesta demográfica y de salud 2007 (ENDESA 2007): resultados básicos*. Santo Domingo, Centro de estudios sociales y demográficos y Macro Internacional Inc.
73. Figueroa JP. (2008). The HIV epidemic in the Caribbean: meeting the challenges of achieving universal access to prevention, treatment and care. *West Indian Medical Journal*, 57:195–203.
74. Centro epidemiológico del Caribe (2007). *CAREC annual report 2007*. Puerto España, Centro epidemiológico del Caribe.
75. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana (2007). *Resultados Preliminares de las Estimaciones de VIH/SIDA Nacionales de la República Dominicana 2006*. Santo Domingo, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana.
76. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana (2005). *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/ SIDA/ ITS en RSX y HSH del Área V de Salud*. Santo Domingo, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana.
77. Programa nacional sobre el VIH [de Jamaica] (2008). *Country progress report to the Secretary General of the United Nations on the United Nations General Assembly Special Session*. Ministerio de Salud de Jamaica.

78. Comisión presidencial sobre el VIH y el sida (2008). *UNGASS country progress report: Republic of Guyana*. Georgetown, Gobierno de Guyana. (http://data.unaids.org/pub/Report/2008/guyana_2008_country_progress_report_en.pdf, consultado el 17 de octubre de 2010).
79. Ottosson D. (2008). *State-sponsored homophobia: a world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults*. Bruselas, Asociación internacional de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales.
80. de Arazoza H et al. (2007). The HIV/AIDS epidemic in Cuba: description and tentative explanation of its low HIV prevalence. *BMC Infectious Diseases*, 7:130.
81. Halperin DT et al. (2009). Understanding the HIV epidemic in the Dominican Republic: a prevention success story in the Caribbean? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51(Supl. 1):S52–S59.
82. Centros de los Estados Unidos para el control y la prevención de enfermedades (2009). Incidence and diagnoses of HIV infection – Puerto Rico, 2006. *MMWR – Informe semanal de morbilidad y mortalidad*, 58:589–591.
83. Ministerio de Salud de Costa Rica (2009). *Estudio de seroprevalencia del virus de inmunodeficiencia humana, sífilis y comportamiento en hombres que tienen sexo con hombres en la gran área metropolitana de Costa Rica*. San José, Ministerio de Salud de Costa Rica.
84. Soto RJ et al. (2007). Sentinel surveillance of sexually transmitted infections/HIV and risk behaviors in vulnerable populations in 5 Central American countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 46:101–111.
85. Sánchez J et al. (2009). High HIV and ulcerative transmitted infection incidence estimates among men who have sex with men in Peru: awaiting an effective preventive intervention. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51(Supl. 1):S47–S51.
86. Barrientos JE et al. (2007). HIV prevalence, AIDS knowledge, and condom use among female sex workers in Santiago, Chile. *Cadernos de Saúde Pública*, 23:1777–1784.
87. Population Services Internacional (2008). *Estudio TRaC de VIH/SIDA entre trabajadoras sexuales femeninas en San Salvador, Santa Ana, San Miguel, Sonsonate y San Vicente*. Ciudad de Guatemala, Population Services International.
88. Sabidó M et al. (2009) The UALE project: decline in the incidence of HIV and sexually transmitted infections and increase in the use of condoms among sex workers in Guatemala. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51(Supl. 1):S35–S41.
89. Coelho HC et al. (2007). HIV prevalence and risk factors in a Brazilian penitentiary. *Cadernos de Saúde Pública*, 23:2197–2204.
90. Programa nacional del sida de Argentina (2005). *Epidemiological surveillance report*. Buenos Aires, Programa nacional del sida de Argentina.
91. Alarcón Villaverde JO. (2009). *Modos de transmisión del VIH en América Latina: resultados de la aplicación del modelo*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud.
92. ANRS, Inserm and Ined. (2007) *First results of the CSF survey – context of sexuality in France*. Paris, Agencia nacional francesa de investigación sobre el sida y la hepatitis viral (ANRS).
93. Semaille C et al. (2009) Recently acquired HIV infection in men who have sex with men (MSM) in France, 2003–2008. *Eurosurveillance*, 14(48):pii=19425.
94. Bezemer D et al. (2008). A resurgent HIV-1 epidemic among men who have sex with men in the era of potent antiretroviral therapy. *AIDS*, 22:1071–1077.
95. Likatavicius G et al. (2008). An increase in newly diagnosed HIV cases reported among men who have sex with men in Europe, 2000–2006: implications for a European public health strategy. *Sexually Transmitted Infections*, 84:499–505.
96. Lattimore S et al. (2008). Situation of HIV infections and STIs in the United Kingdom in 2007. *Eurosurveillance*, 13(49):pii=1909.
97. Sullivan PS et al. (2009). Re-emergence of the HIV epidemic among men who have sex with men in North America, Western Europe, and Australia, 1996–2005. *Annals of Epidemiology*, 19:423–431.
98. Hall HI et al. (2008). Estimation of HIV incidence in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 300:520–529.

99. Organismo Canadiense de Salud Pública (2009). *Summary: estimate of HIV prevalence and incidence in Canada, 2008*. Ottawa, Organismo Canadiense de Salud Pública.
100. Folch C et al. (2009). Sexual risk behaviour and its determinants among men who have sex with men in Catalonia, Spain. *Eurosurveillance*, 14(47):pii=19415.
101. Cowan SA, Haff J. (2008). HIV and risk behaviour among men who have sex with men in Denmark – the 2006 Sex Life Survey. *Eurosurveillance*, 13(48):pii=19050.
102. Jansen I et al. Increasing trend in HIV-1 incidence among young men who have sex with men in Amsterdam: a 25-year prospective cohort study. XVII Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, San Francisco, California, EE.UU., 16–19 de febrero de 2010 (Resumen 35; <http://retroconference.org/2010/Abstracts/37331.htm>, consultado el 17 de octubre de 2010).
103. Hall HI et al. (2008). Estimating the lifetime risk of a diagnosis of the HIV infection in 33 states, 2004–2005. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 49:294–297.
104. Patterson TL et al. (2008). Prevalence and correlates of HIV infection among female sex workers in 2 Mexico-US border cities. *Journal of Infectious Diseases*, 197:728–732.
105. Strathdee SA et al. (2008). Individual, social, and environmental influences associated with HIV infection among injection drug users in Tijuana, Mexico. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 47:369–376.
106. Brouwer KC et al. (2006). Estimated numbers of men and women infected with HIV/AIDS in Tijuana, México. *Journal of Urban Health*, 83:299–307.
107. van den Broek IVF et al. (2008). *Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2007*. Bilthoven, Países Bajos, Instituto nacional de salud pública y medio ambiente.
108. Ministerio de Salud y Educación Médica [de Irán] (2010). *On Monitoring of the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS: Islamic Republic of Iran country report*. Teherán, Secretaría del Comité nacional sobre el sida, Ministerio de Salud y Educación Médica. (http://data.unaids.org/pub/Report/2010/iran_2010_country_progress_report_en.pdf, consultado el 17 de octubre de 2010).
109. Kheirandish P et al. (2009). Prevalence and correlates of hepatitis C infection among male injection drug users in detention, Teherán, Irán. *Journal of Urban Health*, 86:902–908.
110. Parviz A. Scaling up HIV/AIDS prevention and care in Iranian prisons [presentación con diapositivas]. *Reunión del Comité de asesoría técnica y estratégica sobre VIH y sida de la Organización Mundial de la Salud, 20 de octubre de 2005*.
111. Zamani S et al. (2006). High prevalence of HIV infection associated with incarceration among community-based drug users in Tehran, Iran. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42:342–346.
112. OMS, UNICEF y ONUSIDA (2010). *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2009*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (<http://www.who.int/hiv/2009progressreport/report/en/index.html>, consultado el 17 de octubre de 2010).
113. Shawky W et al. (2009). HIV surveillance and epidemic profile in the Middle East and North Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51(Supl. 1):S83–S95.
114. Abu-Raddad LJ et al. (2010). *Characterizing the HIV/AIDS epidemic in the Middle East and North Africa: time for strategic action*. Washington, DC, Banco Mundial.
115. Coghlan B et al. (2009). *HIV in the Pacific: 1984–2007*. Melbourne, Australia, Burnet Institute.
116. Guy RJ et al. (2007). HIV diagnoses in Australia: diverging epidemics within a low-prevalence country. *Australian Health Review*, 187:437–440.
117. Universidad de Nueva Gales del Sur (2009). *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia. Annual surveillance report 2009*. Sydney, Australia, Centro nacional de epidemiología e investigación clínica del VIH, Universidad de Nueva Gales del Sur.
118. Departamento nacional de salud y consejo nacional del sida (2008). *The 2007 estimation report on the HIV epidemic in Papua-New Guinea*. Port Moresby, Departamento nacional de salud y consejo nacional del sida. (http://www.nacs.org.pg/resources/documents/The_2007_Estimation_Report_on_the_HIV_Epidemic_in_PNG.pdf, consultado el 17 de octubre de 2010).

Capítulo 3

1. Grupo internacional sobre el análisis de las tendencias de la prevalencia del VIH (en imprenta). Trends in HIV prevalence and sexual behaviour among young people aged 15–24 years in countries most affected by HIV. *Sexually Transmitted Infections*.
2. ONUSIDA/Banco Mundial (2010). *New HIV infections by mode of transmission in West Africa: a multi-country analysis*. Dakar, Senegal, Equipo de apoyo regional del ONUSIDA para África occidental y central.
3. Consejo nacional para el control del sida en Kenya (2009). *Kenya HIV prevention response and modes of transmission analysis*. Nairobi, Consejo nacional para el control del sida en Kenya.
4. Colvin M et al. (2009). *Analysis of HIV prevention response and modes of HIV transmission: the UNAIDS-GAMET supported synthesis process*. Sunninghill, Equipo de apoyo regional del ONUSIDA para África occidental y central. (http://www.unaidsrstes.org/files/MoT_0.pdf, consultado el 17 de octubre de 2010).
5. Comisión sobre el sida en Asia (2008). *Redefining AIDS in Asia: crafting an effective response*. Nueva Delhi, Oxford University Press.
6. Oficina central de estadística, Ministerio de Salud, Centro de investigación de enfermedades tropicales, Universidad de Zambia y Macro International Inc. (2009). *Zambia Demographic and Health Survey 2007*. Calverton, MD, Oficina central de estadística y Macro International Inc.
7. Oficina central de estadística, Ministerio de Salud y MEASURE Evaluation (2002). *Zambia Sexual Behaviour Survey 2000*. Lusaka, Oficina central de estadística y MEASURE Evaluation.
8. Oficina central de estadística, Ministerio de Salud y MEASURE Evaluation (2004). *Zambia Sexual Behaviour Survey 2003*. Lusaka, Oficina central de estadística y MEASURE Evaluation.
9. Oficina central de estadística, Ministerio de Salud y MEASURE Evaluation (2006). *Zambia Sexual Behaviour Survey 2005*. Lusaka, Oficina central de estadística y MEASURE Evaluation.
10. Oficina central de estadística, Ministerio de Salud, Universidad de Zambia y MEASURE Evaluation (2010). *Zambia Sexual Behaviour Survey 2009*. Lusaka, Oficina central de estadística y MEASURE Evaluation.
11. Informes de progresos presentados por los países en 2010 [sitio web] (2010). Ginebra, ONUSIDA. (<http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/2010CountryProgressAllCountries.asp>, consultado el 17 de octubre de 2010).
12. Mathers B et al. (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 372:1733–1745.
13. Secretaría del Grupo de referencia de las Naciones Unidas sobre VIH y consumo de drogas inyectables (en imprenta). *Women who inject drugs: a review of their risks, experience and needs*. Sydney, Centro nacional de investigación sobre drogas y alcohol, Universidad de Nueva Gales del Sur, Australia.
14. Mahy M et al. (2010). A proxy measure for HIV incidence among populations at increased risk to HIV. *Journal of HIV/AIDS Surveillance and Epidemiology*, 2:8.
15. Instituto ucraniano de política sobre salud pública (2009). *Bi-weekly OST monitoring report*. Kiev, Instituto ucraniano de política sobre salud pública.
16. OMS, UNODC y ONUSIDA (2009). *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>, consultado el 17 de octubre de 2010).
17. Mathers B et al. (2010). HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and national coverage. *Lancet*, 375:1014–1028.
18. Organización Mundial de la Salud (en imprenta). *The Global Forum on MSM and HIV (MSMGF) Civil Society Consultation: MSM and Transgender Values and Preferences Regarding HIV- and STI-related Services*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

19. Programa mundial de salud (2009). *Avahan—the India AIDS initiative: fact sheet*. Seattle, Programa mundial de salud, Fundación Bill y Melinda Gates.
20. Moses S et al. Increased condom use and decreased HIV/STI prevalence among female sex workers following a targeted prevention program in Karnataka, South India. *XVIII Conferencia internacional sobre el sida, Viena, Austria, 18–23 de julio de 2010*. (<http://pag.aids2010.org/Session.asp?s=439>, consultado el 17 de octubre de 2010).
21. Strathdee SA et al. (2010). HIV and risk environment for people who inject drugs: the past, present, and future. *Lancet*, 376:268–284.
22. Maticka-Tyndale E, Wildish J, Gichuru M. (2010). Thirty-month quasi-experimental evaluation follow-up of a national primary school HIV intervention in Kenya. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 10:113–130.
23. Leclerc-Madlala S. (2008). *Intergenerational/age-disparate sex: policy and programme action brief*. Reunión técnica sobre la mujer joven en países de África meridional donde el VIH es hiperendémico. Sunninghill, Equipo de apoyo regional del ONUSIDA para África occidental y central. (http://www.unaidsrsta.org/userfiles/file/womenGirls_AgeDisparate.pdf, consultado el 17 de octubre de 2010).
24. Baird S et al. (2009). *The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer programme on the sexual behavior of young women*. Washington, DC, Banco Mundial (Policy Research Working Paper No. 5089).
25. Banco Mundial (2010). *A cash transfer program reduces HIV infections among adolescent girls*. Washington, DC, Banco Mundial. (<http://siteresources.worldbank.org/DEC/Resources/HIVExeSummary%28Malawi%29.pdf>, consultado el 17 de octubre de 2010).
26. Grupo de trabajo de aids2031 sobre los factores sociales que impulsan la epidemia (2010). *Revolutionizing the AIDS response: building AIDS resilient communities*. Worcester, MA, Estudios sobre desarrollo internacional, comunidad y medio ambiente de la Universidad Clark y el Centro internacional de investigación sobre la mujer.
27. Weiser SD et al. (2007). Food insufficiency is associated with high risk sexual behaviour among women in Botswana and Swaziland. *PLoS Medicine*, 2007:1576–1577.
28. Miller CL et al. (2010). Food insecurity and sexual risk in an HIV endemic community in Uganda. *AIDS Behavior*, 2010 (doi:10.1007/s10461-0109693-0).
29. Oyefara JL. (2007) Food insecurity, HIV/AIDS pandemic and sexual behaviour of female commercial sex workers in Lagos metropolis, Nigeria. *SAHARA J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*, 4:626–635.
30. Frega R et al. (2010). Food insecurity in the context of HIV and AIDS 2031. Estudios sobre desarrollo internacional, comunidad y medio ambiente (IDCE) de la Universidad Clark y el Centro internacional de investigación sobre la mujer (ICRW).
31. OMS, UNICEF y ONUSIDA (2010). *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (<http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en>, consultado el 17 de octubre de 2010).
32. Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio [base de datos]. (2010). Nueva York, División de estadística de las Naciones Unidas. (<http://unstats.un.org/unsd/mdg>, consultado el 17 de octubre de 2010).
33. Informes y presentaciones de reuniones [sitio web] (2010). Durham, NC, Centro de información sobre la circuncisión masculina para la prevención del VIH. (http://www.malecircumcision.org/publications/meeting_reports.html, consultado el 17 de octubre de 2010).
34. Abdool Karim Q. (2010). Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science*, 329:1168–1174.
35. Cohen M. (2010). HIV treatment as prevention: to be or not to be? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 55:137–138.

Capítulo 4

1. OMS, UNICEF y ONUSIDA (2010). *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (<http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en>, consultado el 17 de octubre de 2010).
2. OMS (2010). *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach. 2010 revision*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/en/index.html>, consultado el 17 de octubre de 2010).
3. OMS (2010). *Global tuberculosis control: epidemiology, strategy financing: WHO report 2010*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (<http://www.who.int/tb/en>, consultado el 17 de octubre de 2010).
4. De Wit JBF, Ellard J. (2010). *Qualitative analysis of 2010 UNGASS country progress reports*. Sydney, Centro nacional de investigación social del VIH, Universidad de Nueva Gales del Sur.
5. Centro europeo para la prevención y el control de las enfermedades (2009). *Migrant health: access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries*. Estocolmo, Centro europeo para la prevención y el control de las enfermedades. (http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0907_TER_Migrant_health_HIV_Access_to_treatment.pdf, consultado el 17 de octubre de 2010).
6. Informes de progreso presentados por los países en 2010 [sitio web] (2010). Ginebra, ONUSIDA. (<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/2010CountryProgressAllCountries.asp>, consultado el 17 de octubre de 2010).
7. Mathers B et al. (2010). HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and national coverage. *Lancet*, 375:1014–1028.
8. OMS (2006). *The world health report 2006—Working together for health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (<http://www.who.int/whr2006/en>, consultado el 17 de octubre de 2010).
9. Callaghan M, Ford N, Schneider H. (2010). A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa. *Human Resources for Health*, 8:8.
10. Wood R et al. Nurse management is not inferior to doctor management of ARV patients: the CIPRA South Africa randomized trial. *V Conferencia de la Sociedad internacional del sida sobre patogénesis, tratamiento y prevención del VIH, Ciudad del Cabo, Sudáfrica*, 19–22 de julio de 2009. (Resumen LBPED03; <http://www.ias2009.org/pag/Abstracts.aspx?AID=3822>, consultado el 17 de octubre de 2010).
11. Shumbusho F et al. (2009). Task shifting for scale-up of HIV care: evaluation of nurse-centered antiretroviral treatment at rural health centers in Rwanda. *PLoS Medicine*, 6:e1000163.
12. Gimbel-Sherr K et al. Task shifting to mid-level clinical health providers: an evaluation of quality of ART provided by técnicos de medicina and physicians in Mozambique. *XVII Conferencia Internacional sobre el sida, Ciudad de México, México*, 3–8 de agosto de 2008. (Resumen WEAX0105; <http://www.aids2008.org/pag/Abstracts.aspx?SID=321&AID=12944>, consultado el 17 de octubre de 2010).
13. Shulman D et al. Task-shifting in the pharmacy: a framework for expanding and strengthening services in rural Malawi. *V Conferencia de la Sociedad internacional del sida sobre patogénesis, tratamiento y prevención del VIH, Ciudad del Cabo, Sudáfrica*, 19–22 de julio de 2009. (Resumen CDD094; <http://www.ias2009.org/pag/Abstracts.aspx?AID=3370>, consultado el 17 de octubre de 2010).
14. Van Rie A et al. A nurse-centered primary health care model for HIV care of patients with active tuberculosis: antiretroviral treatment initiation decision making. *V Conferencia de la Sociedad internacional del sida sobre patogénesis, tratamiento y prevención del VIH, Ciudad del Cabo, Sudáfrica*, 19–22 de julio de 2009. (Resumen TUPED133; <http://www.ias2009.org/pag/Abstracts.aspx?AID=3253>, consultado el 17 de octubre de 2010).
15. Badri M, Wilson D, Wood R. (2002). Effect of highly active antiretroviral therapy on incidence of tuberculosis in South Africa: a cohort study. *Lancet*, 359:2059–2064.
16. Golub J et al. (2007). The impact of antiretroviral therapy and isoniazid preventive therapy on tuberculosis incidence in HIV-infected patients in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS*, 21:1441–1448.
17. Girardi E et al. (2005). Incidence of tuberculosis among HIV-infected patients receiving highly active antiretroviral therapy in Europe and North America. *Clinical and Infectious Diseases*, 41:1772–1782.
18. Lugada E et al. (2010). Rapid implementation of an integrated large scale HIV testing and counseling malaria and diarrhea prevention campaign in rural Kenya. *PLoS One*, 5(8).

Capítulo 5

1. PNUD, ONUSIDA y el Fondo mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (en imprenta). *Human rights programmes in Global Fund-supported HIV responses in Rounds 6 and 7*. Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
2. Instituto de investigación para el desarrollo social. *People living with HIV Stigma Index study China*. Beijing, Instituto de investigación para el desarrollo social, Escuela del partido central chino.
3. UNFPA (2009). *Índice de estigma en personas que viven con el VIH y el sida en Paraguay*. Asunción, Fundación Vencer y Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas.
4. AVVAIS, CNLS, RRP+ y ONUSIDA (2009). *People living with HIV Stigma Index study Rwanda*. Kigali, AVVAIS, CNLS, RRP+ y ONUSIDA.
5. Federación Internacional Planned Parenthood (2009). *Give Stigma the Index Finger! People living with HIV Stigma Index study Scotland*. Londres, Federación Internacional Planned Parenthood.
6. Representantes de las ONG de la JCP (2010). *26ª Reunión de la Junta Coordinadora del Programa del ONUSIDA, Ginebra, Suiza, 22–24 de junio de 2010: informe de los representantes de las ONG de la JCP*. Ginebra, ONUSIDA. (http://data.unaids.org/pub/Agenda/2010/20100504_ngo_report_final_en.pdf, consultado el 17 de octubre de 2010).
7. Informes de progreso presentados por los países en 2010 [sitio web] (2010). Ginebra, ONUSIDA. (<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/2010CountryProgressAllCountries.asp>, consultado el 17 de octubre de 2010).
8. Universidad de Nueva Gales del Sur (2010). *Qualitative analysis of UNGASS 2010 country progress reports*. Sydney, Universidad de Nueva Gales del Sur.
9. Reding A. (2003). *Sexual orientation and human rights in the Americas*. Nueva York, World Policy Institute.
10. Johnson CA. (2007). *Off the map: how HIV/AIDS programming is failing same-sex practicing people in Africa*. Nueva York, Comisión internacional de los derechos humanos para gays y lesbianas.
11. Comisión internacional de los derechos humanos para gays y lesbianas (2010). *Violence on the basis of sexual orientation, gender identity and gender expression against non-heteronormative women in Asia*. Nueva York, Comisión internacional de los derechos humanos para gays y lesbianas.
12. ICASO (2010). *Observatorio Ciudadano desde la Sociedad Civil para el Monitoreo sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Honduras 2010*. Toronto, Consejo internacional de organizaciones de servicios para el sida. (http://www.icaso.org/resources/shadow2010_Honduras_2010_UNGASS_ShadowReport.pdf, consultado el 17 de octubre de 2010).
13. GNP+ (2008). *GIPA Report Card: pilot phase report, Kenya, India, Lesotho, Trinidad and Tobago*. Amsterdam, Red mundial de personas que viven con el VIH y el sida.
14. Grover A. (2010). *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover*. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (<http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.20.pdf>, consultado el 17 de octubre de 2010).
15. Ottosson D. (2010). *State-sponsored homophobia—a world survey of laws prohibiting same sex activities between consenting adults*. Bruselas, Asociación internacional de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales.
16. Informes nacionales sobre prácticas relacionadas con los derechos humanos, 2009 [sitio web] (2010). Washington, DC, Departamento de Estado de los Estados Unidos. (<http://www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2009/index.htm>, consultado el 17 de octubre de 2010).
17. ONUSIDA (2010). *Making the law work for the HIV response: a snapshot of selected laws that support or block universal access to HIV prevention, treatment, care and support*. Ginebra, ONUSIDA. (http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2010/20100728_hr_poster_en.pdf, consultado el 17 de octubre de 2010).
18. ONUSIDA (2009). *Mapping of restrictions on entry, stay and residence of people living with HIV*. Ginebra, ONUSIDA.

19. IAS (2010). Base de datos mundial sobre restricciones para viajar relacionadas con el VIH [base de datos en línea] (2010). Bruselas, Federación alemana sobre el sida, Grupo europeo sobre el tratamiento del sida y la Sociedad Internacional del Sida (<http://www.hivtravel.org>, consultado el 17 de octubre de 2010).
20. Senior K. (2010). HIV, human rights, and men who have sex with men. *Lancet Infectious Diseases*, 10:448–449.
21. Blankenship KM, Koester S. (2002). Criminal law, policing policy, and HIV risk in female street sex workers and injection drug users. *Journal of Law and Medical Ethics*, 30:548–559.
22. EHRN (2005). *Sex work, HIV/AIDS, and human rights in central and eastern Europe and central Asia*. Vilna, Red Euroasiática de Reducción de Daños.
23. Human Rights Watch (2009). *Drugs, punitive laws, policies, and policing practices, and HIV/AIDS: a briefing paper*. Nueva York, Human Rights Watch y la Asociación internacional de reducción de daños. (<http://www.hrw.org/en/news/2009/11/30/drugs-punitive-laws-policies-and-policing-practices-and-hiv-aids>, consultado el 17 de octubre de 2010).
24. Jürgens R et al. (2010). People who use drugs, HIV, and human rights. *Lancet*, 376:475–485.
25. ONUSIDA (2001). Declaración política sobre el VIH/sida. Ginebra, ONUSIDA. (<http://www.unaids.org/es/AboutUNAIDS/Goals/2006Declaration/default.asp>, consultado el 17 de octubre de 2010).
26. GNP+ (2010). *The global criminalization scan report 2010: documenting trends, presenting evidence*. Amsterdam, Red mundial de personas que viven con el VIH. (http://www.gnpplus.net/images/stories/Rights_and_stigma/2010_Global_Criminalisation_Scan.pdf, consultado el 17 de octubre de 2010).
27. Greig A et al. (2008). Gender and AIDS: time to act. *AIDS*, 22(Supl. 2):S35–S43.
28. Gay J et al. (2010). *What works for women and girls: evidence for HIV/AIDS interventions*. Nueva York, Open Society Institute.
29. ONUSIDA (2010). *Agenda for accelerated country action for women, girls, gender equality and HIV—operational plan for the UNAIDS action framework: addressing women, girls, gender equality and HIV*. Ginebra, ONUSIDA. (http://data.unaids.org/pub/Agenda/2010/20100226_jc1794_agenda_for_accelerated_country_action_en.pdf, consultado el 17 de octubre de 2010).
30. Smith AD et al. (2009). Men who have sex with men and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 374:416–422.
31. Beyer C et al. (2010). Bisexual concurrency, bisexual partnerships, and HIV among southern African men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, 86:323–327.
32. White R, Carr R. (2005). Homosexuality and HIV/AIDS stigma in Jamaica. *Culture, Health and Society*, 7:347–359.
33. da Silva D et al. (2010). *Study about vulnerability and risk to HIV infection among men who have sex with men in Maputo city*. Maputo, Lambda—Asociación mozambiqueña en pro de los derechos de las minorías sexuales, Servicios de población de Mozambique, Pathfinder Internacional y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. (http://www.lambda.org.mz/attachments/589_StudyHSH2.pdf, consultado el 17 de octubre de 2010).
34. ONUSIDA (2009). *HIV transmission in intimate partner relationships in Asia*. Ginebra, ONUSIDA. (http://data.unaids.org/pub/report/2009/intimate_partners_report_en.pdf, consultado el 17 de octubre de 2010).
35. Gouws E et al. (2008). The epidemiology of HIV infection among young people aged 15–24 years in southern Africa. *AIDS*, 22(Supl. 4):S5–S16.
36. De Walque D. (2007). Sero-discordant couples in five African countries: implications for prevention strategies. *Population and Development Review*, 33:501–523.
37. Wamoyi J et al. (2010). “Women’s bodies are shops”: beliefs about transactional sex and implications for understanding gender power and HIV prevention in Tanzania. *Archives of Sexual Behavior*. (doi:10.1007/s10508-010-9646-8).
38. Hanson H, Hanson C. (2008). HIV control in low-income countries in sub-Saharan Africa: are the right things done? *Global Health Action*. (doi:10.3402/gha.v1i0.1837, <http://journals.sfu.ca/coaction/index.php/gha/article/viewArticle/1837>, consultado el 17 de octubre de 2010).

39. Comisión nacional sobre el sida y las ETS (2010). *Targets and commitments made by Member States at the United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS: Brazilian responses 2008–2009—country progress report*. Brasilia, Ministerio de Salud, República Federativa de Brasil.
40. OMS(2009). *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (http://www.who.int/gender/women_health_report/en/index.html, consultado el 17 de octubre de 2010).
41. Hogan MC et al. (2010). Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet*, 375:1609–1623.
42. OMS (2010). *Adolescent pregnancy: the facts*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/adolescent_pregnancy/en/index.html, consultado el 17 de octubre de 2010).
43. GESTOS (2010). *UNGASS-AIDS and sexual and reproductive health of women: civil society report 2010*. Recife, Brasil, GESTOS.
44. OMS/ONUSIDA (2010). *Addressing violence against women and HIV/AIDS: what works?* Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241599863/en/index.html>, consultado el 17 de octubre de 2010).
45. UNICEF (2007). *Violence against children in Swaziland—findings from a national survey on violence against children in Swaziland*. Nueva York, UNICEF, Atlanta, Centros de los Estados Unidos para el control y la prevención de enfermedades.
46. Jewkes R et al. (2010). Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*, 376:41–48.
47. Baral S et al. A systematic review of HIV epidemiology and risk factors among MSM in sub-Saharan Africa. *AIDS 2008—XVII Conferencia internacional sobre el sida, Ciudad de México, México, 3–8 de agosto de 2008*. (Resumen MOPE0393; http://www.aids2008-abstract.org/aids2008_book_vol1_web.pdf, consultado el 17 de octubre de 2010).
48. Barker G et al. (2010). Question gender norms with men to improve health outcomes: evidence of impact. *Global Public Health*, 5:539–553.
49. IPPF y MenEngage (2010). *Men-streaming in sexual and reproductive health and HIV: a toolkit for policy development and advocacy*. Londres, IPPF y MenEngage.

Capítulo 6

1. Kates J et al. (2010). *Financing the response to AIDS in low- and middle-income countries: international assistance from the G8, European Commission and other donor governments in 2009*. Ginebra, ONUSIDA y Menlo Park, CA, Fundación Kaiser Family. (<http://www.kff.org/hivaids/upload/7347-06.pdf>, consultado el 17 de octubre de 2010).
2. Informes de progreso presentados por los países en 2010 [sitio web] (2010). Ginebra, ONUSIDA. (<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/2010CountryProgressAllCountries.asp>, consultado el 17 de octubre de 2010).
3. Banco Mundial (2010). Datos de 2009 del ONUSIDA para el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre indicadores del VIH y el sida; Bases de datos sobre indicadores del desarrollo [base de datos en línea]. Washington, DC, Banco Mundial. (<http://data.worldbank.org/data-catalog>, consultado el 17 de octubre de 2010).
4. Fundación Heritage [sitio web] (2010). Washington, DC, Fundación Heritage. (<http://www.heritage.org>, consultado el 17 de octubre de 2010).
5. OMS, UNICEF, ONUSIDA (2010). *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (<http://http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/>, consultado el 17 de octubre de 2010).



ANEXOS

-
- 178 ANEXO 1
ESTIMACIONES Y DATOS SOBRE VIH Y SIDA,
2009 Y 2001
- 208 ANEXO 2
INDICADORES DE PROGRESO DE LOS PAÍSES,
DE 2004 A 2010
-

A1

Tablas de datos epidemiológicos

Las estimaciones y los datos que figuran en estas tablas corresponden a los años 2009 y 2001, a menos que se indique lo contrario. El ONUSIDA y la OMS elaboraron y recopilaron estas estimaciones, que fueron presentadas ante programas nacionales sobre sida para ser revisadas y comentadas; no obstante, las cifras no representan necesariamente las estimaciones oficiales que utilizan los gobiernos de cada país. En el caso de países que no disponían de datos recientes, las estimaciones específicas no se incluyeron en la tabla. Para estos países, se utilizaron datos anteriores para elaborar las estimaciones y así poder calcular los totales regionales.

Las estimaciones se presentan en números redondos. Sin embargo, se utilizaron números sin redondear en el cálculo de las tasas y los totales regionales, de modo que las discrepancias entre los totales por región y del mundo, y la suma de las cifras de cada país, sean mínimas.

La metodología general y las herramientas que se utilizaron para calcular las cifras específicas de cada país que se encuentran en la tabla se describen en una serie de documentos en Sexually Transmitted Infections 2010: “*Methods and tools for the 2009 HIV and AIDS estimates and projections, and related analyses 86 (Supl 2)*”. Las estimaciones que realizaron el ONUSIDA y la OMS se basan en métodos y en parámetros que describe el Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones de VIH/Sida, en los informes que se pueden consultar en www.epidem.org/. Este grupo está conformado por destacados investigadores en las áreas de VIH y sida, epidemiología, demografía y campos afines. El Grupo de Referencia evalúa los trabajos más recientes, tanto publicados como inéditos, provenientes de estudios de investigación de distintos países. Asimismo, revisa los progresos realizados en el conocimiento de la epidemia de VIH, y sugiere métodos para mejorar la calidad y la precisión de las estimaciones.

De acuerdo con las sugerencias del Grupo de Referencia, se creó un programa informático para representar el curso de la epidemia del VIH y su impacto. Durante una

serie de talleres en 2009, analistas de los países recibieron formación sobre el uso de esta herramienta. Estos cambios en los procedimientos y los supuestos, sumados a la mejor coordinación con los países, permitieron mejorar la exactitud de las estimaciones del VIH y el sida en el 2009. Para brindar a los lectores acceso a las tendencias recientes de la epidemia, también presentamos las estimaciones de 2001, que se elaboraron con la misma metodología y el mismo tipo de datos que las de 2009.

En este informe, las estimaciones nuevas se presentan en rangos, denominados “límites de verosimilitud”. Estos rangos reflejan la certidumbre en torno a cada una de las estimaciones. Cuanto más amplios son los límites, mayor es la incertidumbre que acompaña a la estimación. En gran medida, el grado de incertidumbre depende del tipo de epidemia, la calidad, cobertura y uniformidad del sistema de vigilancia de un país y, en las epidemias generalizadas, de si se realizó o no una encuesta poblacional con pruebas del VIH.

En este informe, los adultos se definen como hombres y mujeres de 15 años en adelante, conforme a las recomendaciones del Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones. El grupo también reconoce la carga de infección y enfermedad después de los 49 años de edad. Sin embargo, el porcentaje (%) de prevalencia del VIH sigue siendo para adultos de 15 a 49 años a fin de posibilitar las comparaciones entre países.

En las tablas a continuación se presentan notas sobre indicadores concretos.

1. NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS QUE VIVÍAN CON EL VIH, 2009 Y 2001

Estas estimaciones incluyen a todas las personas infectadas por el VIH, hayan desarrollado síntomas de sida o no, en 2009 y 2001.

ADULTOS Y NIÑOS

Número estimado de adultos y niños que vivían con el VIH en 2009 y 2001

Se considera adultos a las personas a partir de los 15 años de edad. Las personas de 0 a 14 años inclusive se definen como niños.

ADULTOS (15 AÑOS EN ADELANTE)

Número estimado de adultos que vivían con el VIH, 2009 y 2001

PREVALENCIA (%) EN ADULTOS (15-49 AÑOS)

Para calcular la prevalencia del VIH en adultos, el número estimado de adultos (15-49 años) que vivían con el VIH en 2009 se dividió entre la población adulta en 2009 (15-49 años); de la misma manera se procedió en el año 2001.

MUJERES (15 AÑOS EN ADELANTE)

Número estimado de mujeres (15 años en adelante) que vivían con el VIH en 2009 y 2001.

NIÑOS (0-14 AÑOS)

Número estimado de niños menores de 15 años que vivían con el VIH en 2009 y 2001.

PREVALENCIA (%) EN MUJERES JÓVENES (15-24 AÑOS) EN 2009

Porcentaje estimado de mujeres jóvenes de 15 a 24 años que vivían con el VIH en 2009.

PREVALENCIA (%) EN HOMBRES JÓVENES (15-24 AÑOS) EN 2009

Porcentaje estimado de hombres jóvenes (15-24 años) que vivían con el VIH en 2009.

2. NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH

INCIDENCIA EN ADULTOS (15-49 AÑOS)

Para calcular la incidencia del VIH en adultos, el número estimado de adultos (15-49 años) que se infectaron por el VIH en 2009 se dividió entre la población adulta en 2009 (15-49 años) que no estaba infectada a comienzos de 2009; de la misma manera se procedió en el año 2001.

NUEVAS INFECCIONES EN ADULTOS Y NIÑOS 2009
Número estimado nuevas infecciones por el VIH en 2009

NUEVAS INFECCIONES EN ADULTOS 2009

Número estimado de nuevas infecciones en adultos (15 años en adelante) en 2009.

3. DEFUNCIONES RELACIONADAS CON EL SIDA: ADULTOS Y NIÑOS

Número estimado de adultos y niños que fallecieron por causas relacionadas con el VIH durante 2009 y 2001.

4. HUÉRFANOS A CAUSA DEL SIDA

HUÉRFANOS (0-17 AÑOS) CON VIDA

Número estimado de niños (0-17 años) en 2009 y 2001 que perdieron a uno o ambos padres a causa del sida

5. TENDENCIAS DE LA PREVALENCIA DEL VIH EN POBLACIONES CLAVE EN MAYOR RIESGO DE CONTRAER EL VIH

Se recomienda el uso de estos indicadores para contrastarlos con los objetivos del Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2001 sobre el VIH/Sida en países con epidemias de VIH de niveles bajos o epidemias concentradas. En teoría, la evaluación del progreso realizado en la reducción de la aparición de nuevas infecciones se optimiza a través de la vigilancia de los cambios en la incidencia a través del tiempo. Sin embargo, en la práctica, actualmente se cuenta con datos de prevalencia más que con datos de incidencia. Al analizar los datos de prevalencia de las poblaciones clave de mayor riesgo, es conveniente informar acerca de las personas que se inician en los comportamientos que las exponen al riesgo de infección. En este ciclo de informes del UNGASS, se proporcionó orientación para fomentar este tipo de informes, aunque en esta tabla no se representa si se usó o no este tipo de análisis restringido.

Las poblaciones específicas en mayor riesgo de contraer el VIH en las tablas son:

- Usuarios de drogas inyectables
- Mujeres profesionales del sexo
- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

	2009		2001		2009	
	Adultos y niños		Adultos y niños		Adultos (15+)	
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]
MUNDIAL	33 300 000	[31 400 000 – 35 300 000]	28 600 000	[27 100 000 – 30 300 000]	30 800 000	[29 200 000 – 32 600 000]
ÁFRICA SUBSAHARIANA	22 500 000	[20 900 000 – 24 200 000]	20 300 000	[18 900 000 – 21 700 000]	20 300 000	[19 000 000 – 21 600 000]
Angola	200 000	[160 000 – 250 000]	140 000	[110 000 – 190 000]	180 000	[140 000 – 220 000]
Benin	60 000	[52 000 – 69 000]	50 000	[42 000 – 62 000]	55 000	[48 000 – 63 000]
Botswana	320 000	[300 000 – 350 000]	270 000	[250 000 – 290 000]	300 000	[280 000 – 330 000]
Burkina Faso	110 000	[91 000 – 140 000]	140 000	[120 000 – 180 000]	93 000	[77 000 – 120 000]
Burundi	180 000	[160 000 – 190 000]	170 000	[160 000 – 190 000]	150 000	[130 000 – 160 000]
Camerún	610 000	[540 000 – 670 000]	480 000	[430 000 – 530 000]	550 000	[500 000 – 610 000]
República Centroafricana	130 000	[110 000 – 140 000]	180 000	[160 000 – 220 000]	110 000	[98 000 – 120 000]
Chad	210 000	[170 000 – 300 000]	140 000	[99 000 – 180 000]	180 000	[150 000 – 280 000]
Comoras	<500	[<200 – <500]	<100	[<100 – <200]	<500	[<200 – <500]
Congo	77 000	[68 000 – 87 000]	69 000	[61 000 – 80 000]	69 000	[61 000 – 78 000]
Côte d'Ivoire	450 000	[390 000 – 510 000]	630 000	[560 000 – 710 000]	380 000	[340 000 – 440 000]
República Democrática del Congo	...	[430 000 – 560 000]	...	[310 000 – 420 000]	...	[380 000 – 490 000]
Guinea Ecuatorial	20 000	[14 000 – 26 000]	5700	[3900 – 9100]	18 000	[13 000 – 23 000]
Eritrea	25 000	[18 000 – 33 000]	26 000	[19 000 – 34 000]	22 000	[16 000 – 29 000]
Etiopía	...	...	...	...	...	...
Gabón	46 000	[37 000 – 55 000]	36 000	[29 000 – 46 000]	43 000	[35 000 – 51 000]
Gambia	18 000	[12 000 – 26 000]	4300	[2400 – 8400]	17 000	[11 000 – 24 000]
Ghana	260 000	[230 000 – 300 000]	250 000	[220 000 – 280 000]	240 000	[210 000 – 260 000]
Guinea	79 000	[65 000 – 95 000]	78 000	[57 000 – 120 000]	70 000	[58 000 – 84 000]
Guinea-Bissau	22 000	[18 000 – 26 000]	14 000	[12 000 – 17 000]	20 000	[16 000 – 24 000]
Kenya	1 500 000	[1 300 000 – 1 600 000]	1 500 000	[1 400 000 – 1 600 000]	1 300 000	[1 200 000 – 1 400 000]
Lesotho	290 000	[260 000 – 310 000]	240 000	[220 000 – 270 000]	260 000	[240 000 – 280 000]
Liberia	37 000	[32 000 – 43 000]	51 000	[36 000 – 70 000]	31 000	[27 000 – 37 000]
Madagascar	24 000	[19 000 – 30 000]	18 000	[15 000 – 22 000]	23 000	[18 000 – 28 000]
Malawi	920 000	[830 000 – 1 000 000]	860 000	[770 000 – 960 000]	800 000	[730 000 – 890 000]
Mali	76 000	[61 000 – 96 000]	89 000	[72 000 – 110 000]	66 000	[52 000 – 84 000]
Mauritania	14 000	[11 000 – 17 000]	8900	[7300 – 11 000]	13 000	[11 000 – 16 000]
Mauricio	8800	[6400 – 12 000]	3100	[2 100 – 4 200]	8700	[6300 – 12 000]
Mozambique	1 400 000	[1 200 000 – 1 500 000]	850 000	[760 000 – 940 000]	1 200 000	[1 100 000 – 1 400 000]
Namibia	180 000	[150 000 – 210 000]	160 000	[140 000 – 200 000]	160 000	[140 000 – 190 000]
Niger	61 000	[50 000 – 77 000]	53 000	[43 000 – 67 000]	53 000	[43 000 – 67 000]
Nigeria	3 300 000	[2 900 000 – 3 600 000]	2 700 000	[2 300 000 – 3 100 000]	2 900 000	[2 600 000 – 3 200 000]
Rwanda	170 000	[140 000 – 190 000]	170 000	[150 000 – 210 000]	140 000	[120 000 – 160 000]
Senegal	59 000	[50 000 – 69 000]	33 000	[29 000 – 38 000]	54 000	[46 000 – 63 000]
Sierra Leona	49 000	[40 000 – 63 000]	25 000	[13 000 – 39 000]	46 000	[38 000 – 59 000]
Sudáfrica	5 600 000	[5 400 000 – 5 900 000]	4 600 000	[4 500 000 – 4 700 000]	5 300 000	[5 100 000 – 5 500 000]
Swazilandia	180 000	[170 000 – 200 000]	130 000	[120 000 – 150 000]	170 000	[160 000 – 180 000]
Togo	120 000	[99 000 – 150 000]	100 000	[82 000 – 130 000]	110 000	[91 000 – 140 000]
Uganda	1 200 000	[1 100 000 – 1 300 000]	980 000	[870 000 – 1 100 000]	1 000 000	[940 000 – 1 100 000]
República Unida de Tanzania	1 400 000	[1 300 000 – 1 500 000]	1 400 000	[1 200 000 – 1 500 000]	1 200 000	[1 100 000 – 1 400 000]
Zambia	980 000	[890 000 – 1 100 000]	830 000	[750 000 – 900 000]	860 000	[800 000 – 940 000]
Zimbabwe	1 200 000	[1 100 000 – 1 300 000]	1 700 000	[1 600 000 – 1 800 000]	1 000 000	[950 000 – 1 200 000]

	2001		2009		2001	
	Adultos (15+)		Porcentaje de prevalencia en adultos (15-49)		Porcentaje de prevalencia en adultos (15-49)	
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]
MUNDIAL	26 700 000	[25 400 000 – 28 000 000]	0,8	[0,7 – 0,8]	0,8	[0,7 – 0,8]
ÁFRICA SUBSAHARIANA	18 500 000	[17 500 000 – 19 700 000]	5,0	[4,7 – 5,2]	5,9	[5,6 – 6,1]
Angola	130 000	[100 000 – 170 000]	2,0	[1,6 – 2,4]	1,9	[1,4 – 2,4]
Benin	47 000	[40 000 – 56 000]	1,2	[1,0 – 1,3]	1,4	[1,2 – 1,7]
Botswana	260 000	[240 000 – 280 000]	24,8	[23,8 – 25,8]	26,3	[25,5 – 27,4]
Burkina Faso	120 000	[99 000 – 150 000]	1,2	[1,0 – 1,5]	2,1	[1,7 – 2,5]
Burundi	150 000	[140 000 – 160 000]	3,3	[2,9 – 3,5]	5,0	[4,8 – 5,1]
Camerún	440 000	[400 000 – 490 000]	5,3	[4,9 – 5,8]	5,5	[5,1 – 6,0]
República Centroafricana	170 000	[150 000 – 200 000]	4,7	[4,2 – 5,2]	8,9	[8,1 – 10,6]
Chad	130 000	[91 000 – 170 000]	3,4	[2,8 – 5,1]	3,2	[2,3 – 4,0]
Comoras	<100	[<100 – <100]	0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Congo	61 000	[54 000 – 71 000]	3,4	[3,1 – 3,8]	3,8	[3,4 – 4,4]
Côte d'Ivoire	570 000	[510 000 – 640 000]	3,4	[3,1 – 3,9]	6,5	[5,9 – 7,1]
República Democrática del Congo	...	[270 000 – 360 000]	...	[1,2 – 1,6]	...	[1,1 – 1,5]
Guinea Ecuatorial	5400	[3700 – 8700]	5,0	[3,5 – 6,6]	1,9	[1,3 – 3,1]
Eritrea	23 000	[18 000 – 31 000]	0,8	[0,6 – 1,0]	1,2	[0,9 – 1,5]
Etiopía	...	...	...	...	...	...
Gabón	34 000	[27 000 – 43 000]	5,2	[4,2 – 6,2]	5,3	[4,3 – 6,8]
Gambia	3900	[2200 – 7500]	2,0	[1,3 – 2,9]	0,6	[0,3 – 1,1]
Ghana	230 000	[200 000 – 260 000]	1,8	[1,6 – 2,0]	2,3	[2,0 – 2,5]
Guinea	70 000	[52 000 – 100 000]	1,3	[1,1 – 1,6]	1,7	[1,2 – 2,4]
Guinea-Bissau	13 000	[11 000 – 16 000]	2,5	[2,0 – 3,0]	2,0	[1,7 – 2,4]
Kenya	1 300 000	[1 200 000 – 1 400 000]	6,3	[5,8 – 6,5]	8,4	[8,1 – 9,0]
Lesotho	230 000	[210 000 – 250 000]	23,6	[22,3 – 25,2]	24,5	[23,1 – 26,1]
Liberia	46 000	[33 000 – 63 000]	1,5	[1,3 – 1,8]	3,1	[2,2 – 4,1]
Madagascar	17 000	[14 000 – 20 000]	0,2	[0,2 – 0,3]	0,2	[0,2 – 0,3]
Malawi	760 000	[690 000 – 840 000]	11,0	[10,0 – 12,1]	13,8	[12,7 – 15,1]
Mali	80 000	[66 000 – 98 000]	1,0	[0,8 – 1,3]	1,6	[1,3 – 1,9]
Mauritania	8600	[7100 – 11 000]	0,7	[0,6 – 0,9]	0,6	[0,5 – 0,7]
Mauricio	3100	[2100 – 4200]	1,0	[0,7 – 1,3]	0,4	[0,3 – 0,5]
Mozambique	800 000	[720 000 – 870 000]	11,5	[10,6 – 12,2]	9,4	[8,7 – 10,3]
Namibia	150 000	[130 000 – 180 000]	13,1	[11,1 – 15,5]	16,1	[13,6 – 19,0]
Niger	49 000	[40 000 – 61 000]	0,8	[0,7 – 1,0]	1,0	[0,8 – 1,3]
Nigeria	2 400 000	[2 100 000 – 2 700 000]	3,6	[3,3 – 4,0]	3,8	[3,4 – 4,2]
Rwanda	150 000	[140 000 – 170 000]	2,9	[2,5 – 3,3]	3,7	[3,4 – 4,4]
Senegal	31 000	[26 000 – 35 000]	0,9	[0,7 – 1,0]	0,6	[0,6 – 0,7]
Sierra Leona	24 000	[13 000 – 38 000]	1,6	[1,4 – 2,1]	1,1	[0,6 – 1,7]
Sudáfrica	4 400 000	[4 300 000 – 4 500 000]	17,8	[17,2 – 18,3]	17,1	[16,7 – 17,5]
Swazilandia	130 000	[120 000 – 140 000]	25,9	[24,9 – 27,0]	23,6	[22,4 – 24,8]
Togo	98 000	[76 000 – 120 000]	3,2	[2,5 – 3,8]	3,6	[2,8 – 4,3]
Uganda	840 000	[760 000 – 920 000]	6,5	[5,9 – 6,9]	7,0	[6,4 – 7,4]
República Unida de Tanzania	1 200 000	[1 100 000 – 1 300 000]	5,6	[5,3 – 6,1]	7,1	[6,7 – 7,7]
Zambia	730 000	[670 000 – 790 000]	13,5	[12,8 – 14,1]	14,3	[13,7 – 15,0]
Zimbabwe	1 500 000	[1 400 000 – 1 700 000]	14,3	[13,4 – 15,4]	23,7	[22,8 – 24,9]



NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

	2009		2001		2009	
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]
MUNDIAL	15 900 000	[14 800 000 – 17 200 000]	13 600 000	[12 900 000 – 14 700 000]	2 500 000	[1 600 000 – 3 400 000]
ÁFRICA SUBSAHARIANA	12 100 000	[11 100 000 – 13 200 000]	10 900 000	[10 100 000 – 11 700 000]	2 300 000	[1 400 000 – 3 100 000]
Angola	110 000	[85 000 – 130 000]	77 000	[59 000 – 100 000]	22 000	[12 000 – 35 000]
Benin	32 000	[27 000 – 37 000]	27 000	[23 000 – 33 000]	5400	[2900 – 7800]
Botswana	170 000	[160 000 – 190 000]	150 000	[140 000 – 160 000]	16 000	[9900 – 20 000]
Burkina Faso	56 000	[44 000 – 70 000]	73 000	[60 000 – 92 000]	17 000	[8100 – 25 000]
Burundi	90 000	[78 000 – 100 000]	90 000	[81 000 – 99 000]	28 000	[17 000 – 40 000]
Camerún	320 000	[290 000 – 370 000]	260 000	[230 000 – 290 000]	54 000	[29 000 – 78 000]
República Centroafricana	67 000	[57 000 – 78 000]	99 000	[86 000 – 120 000]	17 000	[8200 – 25 000]
Chad	110 000	[88 000 – 160 000]	76 000	[54 000 – 98 000]	23 000	[12 000 – 35 000]
Comoras	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]	...	...
Congo	40 000	[35 000 – 47 000]	36 000	[31 000 – 42 000]	7900	[4000 – 12 000]
Côte d'Ivoire	220 000	[190 000 – 260 000]	320 000	[280 000 – 370 000]	63 000	[32 000 – 91 000]
República Democrática del Congo	...	[220 000 – 300 000]	...	[160 000 – 220 000]	...	[33 000 – 86 000]
Guinea Ecuatorial	11 000	[7600 – 14 000]	3100	[2100 – 5100]	1600	[<1000 – 2600]
Eritrea	13 000	[9800 – 18 000]	14 000	[11 000 – 19 000]	3100	[1500 – 5000]
Etiopía	...	...	...	...	...	...
Gabón	25 000	[20 000 – 30 000]	20 000	[16 000 – 25 000]	3200	[1700 – 4800]
Gambia	9700	[6200 – 14 000]	2300	[1300 – 4400]	...	...
Ghana	140 000	[120 000 – 160 000]	130 000	[120 000 – 150 000]	27 000	[14 000 – 41 000]
Guinea	41 000	[34 000 – 50 000]	41 000	[30 000 – 61 000]	9000	[4300 – 14 000]
Guinea-Bissau	12 000	[9300 – 14 000]	7800	[6400 – 9300]	2100	[1100 – 3200]
Kenya	760 000	[650 000 – 860 000]	780 000	[700 000 – 870 000]	180 000	[98 000 – 260 000]
Lesotho	160 000	[140 000 – 180 000]	140 000	[130 000 – 160 000]	28 000	[17 000 – 37 000]
Liberia	19 000	[16 000 – 22 000]	27 000	[19 000 – 37 000]	6100	[3000 – 9900]
Madagascar	7300	[5800 – 9000]	5400	[4500 – 6400]	...	...
Malawi	470 000	[410 000 – 530 000]	440 000	[390 000 – 500 000]	120 000	[68 000 – 170 000]
Malí	40 000	[31 000 – 52 000]	48 000	[40 000 – 59 000]	...	...
Mauritania	4000	[3200 – 4900]	2600	[2100 – 3200]	...	...
Mauricio	2500	[1800 – 3400]	<1000	[<1000 – 1200]	...	...
Mozambique	760 000	[680 000 – 840 000]	470 000	[430 000 – 530 000]	130 000	[70 000 – 180 000]
Namibia	95 000	[79 000 – 110 000]	90 000	[76 000 – 110 000]	16 000	[9100 – 23 000]
Niger	28 000	[23 000 – 36 000]	25 000	[20 000 – 32 000]	...	...
Nigeria	1 700 000	[1 500 000 – 1 900 000]	1 400 000	[1 200 000 – 1 600 000]	360 000	[180 000 – 520 000]
Rwanda	88 000	[76 000 – 98 000]	91 000	[83 000 – 110 000]	22 000	[11 000 – 34 000]
Senegal	32 000	[27 000 – 38 000]	18 000	[16 000 – 21 000]	...	...
Sierra Leona	28 000	[22 000 – 35 000]	14 000	[7500 – 23 000]	2900	[1500 – 4500]
Sudáfrica	3 300 000	[3 000 000 – 3 500 000]	2 600 000	[2 500 000 – 2 700 000]	330 000	[190 000 – 440 000]
Swazilandia	100 000	[91 000 – 110 000]	74 000	[69 000 – 82 000]	14 000	[8300 – 18 000]
Togo	67 000	[54 000 – 83 000]	57 000	[45 000 – 72 000]	11 000	[3700 – 18 000]
Uganda	610 000	[540 000 – 680 000]	490 000	[430 000 – 560 000]	150 000	[80 000 – 210 000]
República Unida de Tanzania	730 000	[650 000 – 830 000]	720 000	[640 000 – 800 000]	160 000	[83 000 – 240 000]
Zambia	490 000	[440 000 – 550 000]	420 000	[380 000 – 470 000]	120 000	[64 000 – 160 000]
Zimbabwe	620 000	[530 000 – 710 000]	890 000	[800 000 – 990 000]	150 000	[92 000 – 200 000]

	2001		2009		2009	
	Niños (0-14)		Porcentaje prevalencia en mujeres jóvenes (15-24)		Porcentaje prevalencia en hombres jóvenes (15-24)	
	Estimación	[estimación baja - alta]	Estimación	[estimación baja - alta]	Estimación	[estimación baja - alta]
MUNDIAL	2 000 000	[1 200 000 - 2 700 000]	0,6	[0,5 - 0,7]	0,3	[0,2 - 0,3]
ÁFRICA SUBSAHARIANA	1 800 000	[1 100 000 - 2 500 000]	3,4	[3,0 - 4,2]	1,4	[1,2 - 1,7]
Angola	14 000	[6900 - 24 000]	1,6	[1,1 - 2,2]	0,6	[0,4 - 0,9]
Benin	3100	[1600 - 6600]	0,7	[0,5 - 1,1]	0,3	[0,2 - 0,4]
Botswana	14 000	[7800 - 19 000]	11,8	[9,0 - 15,9]	5,2	[3,7 - 7,3]
Burkina Faso	24 000	[12 000 - 37 000]	0,8	[0,6 - 1,2]	0,5	[0,3 - 0,6]
Burundi	26 000	[16 000 - 36 000]	2,1	[1,6 - 2,7]	1,0	[0,8 - 1,2]
Camerún	33 000	[18 000 - 50 000]	3,9	[3,1 - 5,4]	1,6	[1,2 - 2,1]
República Centroafricana	17 000	[8600 - 25 000]	2,2	[1,4 - 3,1]	1,0	[0,6 - 1,4]
Chad	13 000	[6400 - 22 000]	2,5	[1,7 - 5,2]	1,0	[0,7 - 2,0]
Comoras	...	...	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
Congo	8300	[4200 - 12 000]	2,6	[2,1 - 3,6]	1,2	[0,9 - 1,6]
Côte d'Ivoire	59 000	[31 000 - 95 000]	1,5	[1,1 - 2,3]	0,7	[0,5 - 1,1]
República Democrática del Congo	...	[26 000 - 70 000]	...	[0,9 - 1,5]	...	[0,4 - 0,6]
Guinea Ecuatorial	<500	[<200 - <1000]	5,0	[2,7 - 7,9]	1,9	[1,0 - 3,2]
Eritrea	2300	[1200 - 4100]	0,4	[0,2 - 0,7]	0,2	[0,1 - 0,3]
Etiopía	...	...	...	...	...	...
Gabón	2000	[1200 - 3100]	3,5	[2,1 - 5,2]	1,4	[0,8 - 2,0]
Gambia	...	...	2,4	[1,4 - 4,0]	0,9	[0,5 - 1,6]
Ghana	18 000	[9900 - 29 000]	1,3	[0,9 - 1,8]	0,5	[0,4 - 0,7]
Guinea	8400	[3500 - 18 000]	0,9	[0,6 - 1,3]	0,4	[0,3 - 0,6]
Guinea-Bissau	<1000	[<1000 - 1400]	2,0	[1,5 - 2,9]	0,8	[0,5 - 1,1]
Kenya	170 000	[98 000 - 230 000]	4,1	[3,0 - 5,4]	1,8	[1,3 - 2,4]
Lesotho	18 000	[11 000 - 23 000]	14,2	[11,2 - 19,2]	5,4	[4,1 - 7,4]
Liberia	4600	[2100 - 8400]	0,7	[0,2 - 1,2]	0,3	[0,1 - 0,5]
Madagascar	...	...	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[0,1 - 0,4]
Malawi	100 000	[57 000 - 140 000]	6,8	[5,3 - 9,2]	3,1	[2,3 - 4,2]
Mali	...	...	0,5	[0,2 - 0,9]	0,2	[0,1 - 0,4]
Mauritania	...	...	0,3	[0,1 - 0,5]	0,4	[0,2 - 1,4]
Mauricio	...	...	0,2	[0,1 - 0,3]	0,3	[0,2 - 0,4]
Mozambique	53 000	[30 000 - 77 000]	8,6	[7,0 - 12,1]	3,1	[2,4 - 4,4]
Namibia	7900	[4400 - 11 000]	5,8	[3,7 - 8,6]	2,3	[1,3 - 3,6]
Niger	...	...	0,5	[0,4 - 0,6]	0,2	[0,2 - 0,3]
Nigeria	270 000	[130 000 - 410 000]	2,9	[2,3 - 3,9]	1,2	[0,9 - 1,6]
Rwanda	23 000	[11 000 - 38 000]	1,9	[1,3 - 2,3]	1,3	[0,9 - 1,6]
Senegal	...	...	0,7	[0,5 - 1,0]	0,3	[0,2 - 0,4]
Sierra Leona	<1000	[<500 - 2100]	1,5	[0,9 - 2,5]	0,6	[0,3 - 1,0]
Sudáfrica	170 000	[97 000 - 220 000]	13,6	[12,3 - 15,0]	4,5	[4,1 - 5,0]
Swazilandia	7600	[4700 - 10 000]	15,6	[12,6 - 21,3]	6,5	[4,8 - 8,8]
Togo	6700	[2700 - 11 000]	2,2	[1,5 - 3,1]	0,9	[0,6 - 1,2]
Uganda	150 000	[84 000 - 210 000]	4,8	[4,0 - 6,4]	2,3	[1,8 - 2,8]
República Unida de Tanzania	150 000	[83 000 - 210 000]	3,9	[3,1 - 5,3]	1,7	[1,3 - 2,3]
Zambia	100 000	[57 000 - 140 000]	8,9	[7,3 - 12,0]	4,2	[3,2 - 5,5]
Zimbabwe	160 000	[100 000 - 210 000]	6,9	[5,3 - 9,3]	3,3	[2,5 - 4,4]



NÚMERO ESTIMADO DE NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH

	2009		2001		2009	
	Tasa de incidencia en adultos (15-49)		Tasa de incidencia en adultos (15-49)		Nuevas infecciones en adultos y niños	
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]
MUNDIAL	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	2 600 000	[2 300 000 – 2 800 000]
ÁFRICA SUBSAHARIANA	0,41	[0,36 – 0,46]	0,61	[0,54 – 0,65]	1 800 000	[1 600 000 – 2 000 000]
Angola	0,21	[0,14 – 0,28]	0,22	[0,17 – 0,28]	22 000	[16 000 – 29 000]
Benin	0,10	[<0,10 – 0,13]	0,11	[<0,10 – 0,15]	4900	[3400 – 6500]
Botswana	1,56	[1,11 – 2,27]	3,03	[2,64 – 3,48]	14 000	[10 000 – 20 000]
Burkina Faso	<0,10	[<0,10 – 0,11]	0,11	[<0,10 – 0,16]	6800	[4300 – 11 000]
Burundi	...	[0,17 – 0,28]	...	[0,34 – 0,47]	...	[11 000 – 17 000]
Camerún	0,53	[0,43 – 0,61]	0,59	[0,50 – 0,69]	58 000	[48 000 – 67 000]
República Centroafricana	0,17	[<0,10 – 0,25]	0,56	[0,43 – 0,69]	5200	[3100 – 7100]
Chad	...	[0,15 – 0,87]	...	[0,39 – 0,55]	...	[12 000 – 47 000]
Comoras	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <100]
Congo	0,28	[0,23 – 0,35]	0,43	[0,36 – 0,51]	6500	[5200 – 7900]
Côte d'Ivoire	0,11	[<0,10 – 0,20]	0,39	[0,30 – 0,51]	17 000	[11 000 – 27 000]
República Democrática del Congo	...	[0,13 – 0,18]	...	[0,13 – 0,18]	...	[49 000 – 67 000]
Guinea Ecuatorial	...	[0,23 – 1,20]	...	[0,38 – 0,83]	...	[1200 – 4500]
Eritrea	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – 0,14]	1300	[<1000 – 2300]
Etiopía	...	...	...	...	...	...
Gabón	0,43	[0,10 – 0,61]	0,63	[0,46 – 0,85]	3600	[1300 – 5000]
Gambia	...	[0,21 – 0,83]	...	[<0,10 – 0,22]	...	[1900 – 6400]
Ghana	0,15	[0,12 – 0,19]	0,18	[0,15 – 0,22]	22 000	[17 000 – 27 000]
Guinea	0,10	[<0,10 – 0,13]	0,15	[0,11 – 0,21]	6200	[3800 – 8400]
Guinea-Bissau	0,21	[0,14 – 0,32]	0,32	[0,24 – 0,40]	2100	[1400 – 2900]
Kenya	0,53	[0,34 – 0,70]	0,55	[0,38 – 0,76]	110 000	[81 000 – 150 000]
Lesotho	2,58	[2,18 – 3,04]	2,88	[2,53 – 3,40]	23 000	[20 000 – 27 000]
Liberia	...	[<0,10 – 0,17]	...	[<0,10 – 0,22]	...	[<1000 – 3800]
Madagascar	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[1800 – 3700]
Malawi	0,95	[0,67 – 1,23]	1,35	[1,15 – 1,61]	73 000	[57 000 – 91 000]
Malí	<0,10	[<0,10 – 0,12]	<0,10	[<0,10 – 0,14]	4600	[1300 – 8300]
Mauritania	...	[<0,10 – 0,11]	...	[<0,10 – 0,11]	...	[<1000 – 1900]
Mauricio	...	[<0,10 – 0,22]	...	[<0,10 – 0,12]	...	[<1000 – 1800]
Mozambique	1,19	[0,99 – 1,35]	1,77	[1,56 – 1,96]	130 000	[110 000 – 150 000]
Namibia	0,43	[<0,10 – 0,93]	2,29	[1,77 – 2,90]	5800	[2100 – 11 000]
Niger	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,12]	6100	[4300 – 8400]
Nigeria	0,38	[0,33 – 0,44]	0,39	[0,33 – 0,47]	340 000	[280 000 – 390 000]
Rwanda	0,18	[<0,10 – 0,32]	0,34	[0,26 – 0,41]	8800	[3800 – 15 000]
Senegal	<0,10	[<0,10 – 0,11]	0,10	[<0,10 – 0,12]	6000	[4100 – 7900]
Sierra Leona	0,14	[<0,10 – 0,35]	0,22	[0,16 – 0,29]	4700	[3000 – 9900]
Sudáfrica	1,49	[1,27 – 1,76]	2,35	[2,14 – 2,60]	390 000	[340 000 – 440 000]
Swazilandia	2,66	[2,19 – 3,14]	4,07	[3,72 – 4,46]	14 000	[12 000 – 16 000]
Togo	0,27	[0,15 – 0,39]	0,37	[0,28 – 0,48]	10 000	[6200 – 14 000]
Uganda	0,74	[0,62 – 0,85]	0,71	[0,61 – 0,82]	120 000	[100 000 – 140 000]
República Unida de Tanzania	0,45	[0,34 – 0,57]	0,64	[0,55 – 0,76]	100 000	[82 000 – 130 000]
Zambia	1,17	[0,96 – 1,40]	1,72	[1,52 – 1,95]	76 000	[62 000 – 89 000]
Zimbabwe	0,84	[0,54 – 1,19]	1,94	[1,62 – 2,36]	62 000	[45 000 – 80 000]

NÚMERO ESTIMADO DE DEFUNCIONES RELACIONADAS CON EL SIDA

	2009 Nuevas infecciones en adultos		2009 Defunciones relacionadas con el sida en adultos y niños		2001 Defunciones relacionadas con el sida en adultos y niños	
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]
MUNDIAL	2 200 000	[2 000 000 – 2 400 000]	1 800 000	[1 600 000 – 2 100 000]	1 800 000	[1 600 000 – 2 100 000]
ÁFRICA SUBSAHARIANA	1 500 000	[1 300 000 – 1 600 000]	1 300 000	[1 100 000 – 1 500 000]	1 400 000	[1 200 000 – 1 600 000]
Angola	17 000	[12 000 – 23 000]	11 000	[7700 – 16 000]	10 000	[6500 – 14 000]
Benin	4000	[2700 – 5400]	2700	[1800 – 3700]	3100	[1900 – 5200]
Botswana	13 000	[9400 – 19 000]	5800	[2300 – 14 000]	15 000	[12 000 – 18 000]
Burkina Faso	5000	[2800 – 7900]	7100	[4800 – 9700]	15 000	[11 000 – 19 000]
Burundi	...	[7000 – 11 000]	15 000	[12 000 – 17 000]	14 000	[12 000 – 17 000]
Camerún	48 000	[39 000 – 56 000]	37 000	[29 000 – 46 000]	31 000	[25 000 – 37 000]
República Centroafricana	3600	[1800 – 5200]	11 000	[8800 – 13 000]	15 000	[12 000 – 20 000]
Chad	...	[8000 – 39 000]	11 000	[8100 – 15 000]	8900	[5400 – 13 000]
Comoras	...	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]
Congo	5100	[4100 – 6300]	5100	[4100 – 6400]	5800	[4800 – 7100]
Côte d'Ivoire	11 000	[5700 – 19 000]	36 000	[29 000 – 44 000]	51 000	[37 000 – 66 000]
República Democrática del Congo	...	[38 000 – 52 000]	...	[26 000 – 40 000]	...	[24 000 – 34 000]
Guinea Ecuatorial	...	[<1000 – 3800]	<1000	[<1000 – 1400]	<500	[<200 – <500]
Eritrea	<1000	[<500 – 1700]	1700	[1000 – 2500]	1800	[1200 – 2600]
Etiopía	...	...	...	...	...	...
Gabón	3100	[<1000 – 4300]	2400	[1600 – 3400]	2000	[1500 – 2800]
Gambia	...	[1600 – 5800]	<1000	[<500 – 1200]	<500	[<200 – <1000]
Ghana	18 000	[14 000 – 23 000]	18 000	[14 000 – 22 000]	16 000	[13 000 – 21 000]
Guinea	4800	[2600 – 6600]	4700	[3100 – 6900]	6300	[3000 – 14 000]
Guinea-Bissau	1600	[1100 – 2300]	1200	[<1000 – 1600]	<1000	[<1000 – <1000]
Kenya	92 000	[61 000 – 120 000]	80 000	[61 000 – 99 000]	120 000	[100 000 – 150 000]
Lesotho	20 000	[17 000 – 24 000]	14 000	[10 000 – 18 000]	14 000	[12 000 – 18 000]
Liberia	...	[<200 – 3100]	3600	[2800 – 4600]	3900	[2300 – 6200]
Madagascar	...	[1600 – 3400]	1700	[1400 – 2000]	1300	[1100 – 1600]
Malawi	56 000	[40 000 – 72 000]	51 000	[38 000 – 67 000]	68 000	[57 000 – 81 000]
Mali	3400	[<500 – 6800]	4400	[3000 – 6100]	7200	[4200 – 11 000]
Mauritania	...	[<1000 – 1700]	<1000	[<1000 – 1000]	<500	[<500 – <1000]
Mauricio	...	[<1000 – 1800]	<500	[<500 – <1000]	<200	[<100 – <200]
Mozambique	110 000	[91 000 – 120 000]	74 000	[57 000 – 92 000]	43 000	[34 000 – 53 000]
Namibia	4400	[<1000 – 9300]	6700	[2500 – 11 000]	8100	[6200 – 11 000]
Niger	4600	[3200 – 6100]	4300	[3300 – 5600]	3300	[2500 – 4500]
Nigeria	270 000	[230 000 – 310 000]	220 000	[170 000 – 260 000]	210 000	[130 000 – 260 000]
Rwanda	6000	[1100 – 12 000]	4100	[<1000 – 9700]	15 000	[12 000 – 21 000]
Senegal	4800	[3100 – 6300]	2600	[1900 – 3500]	1800	[1500 – 2300]
Sierra Leona	3900	[2300 – 8900]	2800	[2100 – 3700]	<1000	[<500 – 2200]
Sudáfrica	340 000	[300 000 – 400 000]	310 000	[260 000 – 390 000]	220 000	[180 000 – 260 000]
Swazilandia	12 000	[10 000 – 14 000]	7000	[4600 – 10 000]	6800	[5700 – 8400]
Togo	8700	[5100 – 12 000]	7700	[5300 – 10 000]	6400	[4600 – 8400]
Uganda	100 000	[84 000 – 120 000]	64 000	[49 000 – 80 000]	89 000	[75 000 – 100 000]
República Unida de Tanzania	88 000	[66 000 – 110 000]	86 000	[69 000 – 110 000]	110 000	[94 000 – 130 000]
Zambia	59 000	[48 000 – 71 000]	45 000	[30 000 – 60 000]	68 000	[57 000 – 78 000]
Zimbabwe	48 000	[31 000 – 66 000]	83 000	[70 000 – 97 000]	130 000	[110 000 – 160 000]

NÚMERO ESTIMADO DE HUÉRFANOS A CAUSA DEL SIDA

PREVALENCIA (%) DEL VIH EN GRUPOS DE MAYOR RIESGO EN LA CIUDAD CAPITAL

	2009		2001		Usuarios de drogas inyectables		Mujeres profesionales del sexo		Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	
	Huérfanos (0-17) actualmente con vida		Huérfanos (0-17)							
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]	Año	VIH (%)	Año	VIH (%)	Año	VIH (%)
MUNDIAL	16 600 000	[14 400 000 – 18 800 000]	10 000 000	[7 900 000 – 12 500 000]	...	...	...	...	...	...
ÁFRICA SUBSAHARIANA	14 800 000	[12 800 000 – 17 000 000]	8 900 000	[6 900 000 – 11 200 000]	...	...	...	...	...	...
Angola	140 000	[95 000 – 200 000]	65 000	[30 000 – 110 000]	...	...	...	...	...	...
Benin	30 000	[18 000 – 53 000]	13 000	[5100 – 100 000]	2009	4,2	2009	24,7	...	...
Botswana	93 000	[71 000 – 120 000]	56 000	[45 000 – 72 000]	...	...	...	...	...	...
Burkina Faso	140 000	[100 000 – 170 000]	140 000	[100 000 – 190 000]	...	...	2005	16,3	...	...
Burundi	200 000	[170 000 – 230 000]	130 000	[110 000 – 160 000]	...	...	2007	39,8	...	...
Camerún	330 000	[270 000 – 420 000]	140 000	[91 000 – 230 000]	...	...	2009	35,5	...	...
República Centroafricana	140 000	[110 000 – 180 000]	82 000	[54 000 – 120 000]	...	...	...	...	...	...
Chad	120 000	[79 000 – 170 000]	50 000	[26 000 – 91 000]	...	...	2009	20,0	...	...
Comoras	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]	...	...	...	...	...	...
Congo	51 000	[41 000 – 66 000]	51 000	[34 000 – 73 000]	...	...	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	440 000	[330 000 – 550 000]	270 000	[170 000 – 440 000]	...	...	...	...	...	...
República Democrática del Congo	...	[350 000 – 510 000]	...	[290 000 – 450 000]	...	...	...	...	...	...
Guinea Ecuatorial	4100	[2500 – 6400]	<1000	[<500 – <1000]	...	...	...	...	...	...
Eritrea	19 000	[12 000 – 28 000]	8 700	[4100 – 18 000]	...	...	2008	7,8	...	...
Etiopía	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Gabón	18 000	[12 000 – 25 000]	7 600	[5200 – 11 000]	...	...	2010	23,6	...	...
Gambia	2800	[1400 – 6500]	<1000	[<500 – 6400]	...	...	...	...	...	...
Ghana	160 000	[120 000 – 210 000]	60 000	[42 000 – 120 000]	...	...	2009	25,0	...	...
Guinea	59 000	[34 000 – 120 000]	40 000	[12 000 – 100 000]	...	...	2008	32,7	...	...
Guinea-Bissau	9700	[7700 – 12 000]	2800	[1800 – 3900]	...	...	2009	39,6	...	...
Kenya	1 200 000	[980 000 – 1 400 000]	820 000	[640 000 – 1 100 000]	...	...	...	...	...	...
Lesotho	130 000	[110 000 – 160 000]	52 000	[41 000 – 68 000]	...	...	...	...	...	...
Liberia	52 000	[34 000 – 76 000]	19 000	[9900 – 33 000]	...	...	...	...	...	...
Madagascar	11 000	[9 300 – 14 000]	9500	[7600 – 12 000]	...	...	2007	0,5	...	...
Malawi	650 000	[540 000 – 780 000]	430 000	[330 000 – 550 000]	...	...	2006	70,7	...	...
Mali	59 000	[36 000 – 93 000]	35 000	[15 000 – 89 000]	...	...	2006	35,3	...	...
Mauritania	3600	[2700 – 4800]	1500	[<1000 – 2200]	...	...	2007	7,6	...	...
Mauricio	<1000	[<500 – <1000]	<200	[<100 – <500]	2009	47,1	...	...	...	...
Mozambique	670 000	...	220 000	...	...	...	...	...	...	...
Namibia	70 000	[50 000 – 96 000]	30 000	[22 000 – 42 000]	...	...	...	...	...	...
Niger	57 000	[44 000 – 73 000]	17 000	[12 000 – 24 000]	...	...	2009	35,6	...	...
Nigeria	2 500 000	[1 800 000 – 3 100 000]	1 300 000	[420 000 – 1 900 000]	2007	5,6	2007	32,7	2007	13,5
Rwanda	130 000	[98 000 – 180 000]	170 000	[140 000 – 250 000]	...	...	...	...	...	...
Senegal	19 000	[15 000 – 25 000]	8700	[6600 – 11 000]	...	...	2006	19,8	2007	21,8
Sierra Leona	15 000	[9 200 – 26 000]	2100	[1000 – 7000]	...	...	2005	8,5	...	...
Sudáfrica	1 900 000	[1 600 000 – 2 400 000]	580 000	[460 000 – 750 000]	...	...	...	...	2008	13,2
Swazilandia	69 000	[55 000 – 86 000]	29 000	[23 000 – 37 000]	...	...	...	...	...	...
Togo	66 000	[47 000 – 89 000]	25 000	[12 000 – 45 000]	...	...	2005	44,5	...	...
Uganda	1 200 000	[1 000 000 – 1 400 000]	1 100 000	[860 000 – 1 400 000]	...	...	...	...	...	...
República Unida de Tanzania	1 300 000	[1 100 000 – 1 500 000]	840 000	[690 000 – 1 000 000]	...	...	...	...	...	...
Zambia	690 000	[570 000 – 810 000]	580 000	[410 000 – 770 000]	...	...	...	...	...	...
Zimbabwe	1 000 000	[910 000 – 1 200 000]	760 000	[630 000 – 940 000]	...	...	...	...	...	...

NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

	2009		2001		2009	
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]
	Adultos y niños		Adultos y niños		Adultos (15+)	
ASIA ORIENTAL	770 000	[560 000 – 1 000 000]	350 000	[250 000 – 480 000]	760 000	[560 000 – 1 000 000]
China	740 000	[540 000 – 1 000 000]	...	[240 000 – 470 000]	730 000	[540 000 – 1 000 000]
República Popular Democrática de Corea	...	...	...	...	...	...
Japón	8100	[6300 – 10 000]	6500	[5200 – 8100]	8100	[6300 – 10 000]
Mongolia	<500	[<500 – <1000]	<100	[<100 – <200]	<500	[<500 – <1000]
República de Corea	9500	[7000 – 13 000]	5200	[4100 – 6700]	9500	[7000 – 13 000]
OCEANÍA	57 000	[50 000 – 64 000]	29 000	[23 000 – 35 000]	54 000	[47 000 – 61 000]
Australia	20 000	[15 000 – 25 000]	13 000	[10 000 – 16 000]	20 000	[15 000 – 25 000]
Fiji	<1000	[<500 – <1000]	<200	[<100 – <500]	<1000	[<500 – <1000]
Nueva Zelanda	2500	[2000 – 3200]	1600	[1400 – 2100]	2400	[2000 – 3200]
Papua Nueva Guinea	34 000	[30 000 – 39 000]	14 000	[9400 – 21 000]	31 000	[27 000 – 35 000]
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL	4 100 000	[3 700 000 – 4 600 000]	3 800 000	[3 500 000 – 4 200 000]	4 000 000	[3 600 000 – 4 400 000]
Bangladesh	6300	[5200 – 8300]	1100	[<100 – 2400]	6200	[5100 – 8100]
Bhután	<1000	[<1000 – 1500]	<200	[<100 – <500]	<1000	[<1000 – 1500]
Cambodia	63 000	[42 000 – 90 000]	92 000	[63 000 – 130 000]	56 000	[38 000 – 82 000]
India	2 400 000	[2 100 000 – 2 800 000]	2 500 000	[2 300 000 – 2 900 000]	2 300 000	[2 000 000 – 2 600 000]
Indonesia	310 000	[200 000 – 460 000]	11 000	[<100 – 34 000]	300 000	[200 000 – 460 000]
República Democrática Popular Lao	8500	[6000 – 13 000]	<1000	[<100 – 1700]	8300	[5800 – 12 000]
Malasia	100 000	[83 000 – 120 000]	67 000	[57 000 – 80 000]	100 000	[83 000 – 120 000]
Maldivas	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]
Myanmar	240 000	[200 000 – 290 000]	250 000	[190 000 – 310 000]	230 000	[190 000 – 280 000]
Nepal	64 000	[51 000 – 80 000]	60 000	[49 000 – 72 000]	60 000	[48 000 – 75 000]
Pakistán	98 000	[79 000 – 120 000]	39 000	[32 000 – 48 000]	95 000	[76 000 – 120 000]
Filipinas	8700	[6100 – 13 000]	1700	[<100 – 4000]	8600	[6000 – 13 000]
Singapur	3400	[2500 – 4400]	2800	[2200 – 3800]	3300	[2400 – 4300]
Sri Lanka	2800	[2100 – 3800]	1300	[<1000 – 1900]	2800	[2100 – 3700]
Tailandia	530 000	[420 000 – 660 000]	640 000	[480 000 – 820 000]	520 000	[410 000 – 640 000]
Viet Nam	280 000	[220 000 – 350 000]	140 000	[110 000 – 180 000]	270 000	[220 000 – 350 000]
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	1 400 000	[1 300 000 – 1 600 000]	760 000	[670 000 – 890 000]	1 400 000	[1 200 000 – 1 600 000]
Armenia	1900	[1500 – 2400]	1400	[1100 – 1700]	1900	[1500 – 2300]
Azerbaiyán	3600	[2600 – 5200]	1300	[<500 – 1700]	3500	[2500 – 5100]
Belarús	17 000	[13 000 – 20 000]	6300	[5100 – 7800]	16 000	[13 000 – 20 000]
Georgia	3500	[2600 – 4900]	1200	[<100 – 1700]	3400	[2500 – 4800]
Kazajstán	13 000	[9000 – 19 000]	1800	[<1000 – 3400]	13 000	[8900 – 19 000]
Kirguistán	9800	[6500 – 16 000]	<1000	[<100 – 11 000]	9700	[6400 – 16 000]
Moldova	12 000	[9900 – 16 000]	12 000	[9900 – 16 000]	12 000	[9800 – 15 000]
Federación de Rusia	980 000	[840 000 – 1 200 000]	430 000	[350 000 – 550 000]	960 000	[830 000 – 1 100 000]
Tayikistán	9100	[6400 – 13 000]	4100	[3100 – 5300]	8900	[6300 – 12 000]
Ucrania	350 000	[300 000 – 410 000]	290 000	[250 000 – 330 000]	350 000	[300 000 – 410 000]
Uzbekistán	28 000	[18 000 – 46 000]	<1000	[<100 – <100]	28 000	[18 000 – 45 000]
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL	820 000	[720 000 – 910 000]	630 000	[570 000 – 700 000]	820 000	[720 000 – 910 000]
Austria	15 000	[12 000 – 20 000]	5300	[3900 – 7000]	15 000	[12 000 – 20 000]
Bélgica	14 000	[11 000 – 18 000]	12 000	[9500 – 16 000]	14 000	[11 000 – 18 000]
Bulgaria	3800	[2800 – 5200]	1 800	[1300 – 2300]	3800	[2700 – 5200]

A1

NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

	2001 Adultos (15+)		2009 Porcentaje de prevalencia en adultos (15-49)		2001 Porcentaje de prevalencia en adultos (15-49)	
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]
ASIA ORIENTAL	350 000	[250 000 – 480 000]	0,1	[0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
China	...	[240 000 – 470 000]	0,1	[0,1 – 0,1]	...	[<0,1 – <0,1]
República Popular Democrática de Corea	...	...	...	...	...	...
Japón	6400	[5200 – 8100]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Mongolia	<100	[<100 – <200]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
República de Corea	5200	[4100 – 6700]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
OCEANÍA	28 000	[22 000 – 34 000]	0,3	[0,2 – 0,3]	0,2	[0,1 – 0,2]
Australia	13 000	[9900 – 16 000]	0,1	[0,1 – 0,2]	0,1	[0,1 – 0,1]
Fiji	<200	[<100 – <500]	0,1	[0,1 – 0,2]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Nueva Zelandia	1600	[1400 – 2100]	0,1	[0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,1]
Papua Nueva Guinea	13 000	[9100 – 19 000]	0,9	[0,8 – 1,0]	0,5	[0,3 – 0,7]
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL	3 700 000	[3 400 000 – 4 100 000]	0,3	[0,3 – 0,3]	0,4	[0,3 – 0,4]
Bangladesh	1100	[<100 – 2300]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Bhután	<100	[<100 – <500]	0,2	[0,1 – 0,3]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Cambodia	83 000	[58 000 – 110 000]	0,5	[0,4 – 0,8]	1,2	[0,8 – 1,6]
India	2 500 000	[2 200 000 – 2 800 000]	0,3	[0,3 – 0,4]	0,4	[0,4 – 0,5]
Indonesia	11 000	[<100 – 34 000]	0,2	[0,1 – 0,3]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
República Democrática Popular Lao	<1000	[<100 – 1700]	0,2	[0,2 – 0,4]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Malasia	67 000	[56 000 – 80 000]	0,5	[0,4 – 0,6]	0,4	[0,3 – 0,5]
Maldivas	<100	[<100 – <100]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Myanmar	250 000	[190 000 – 310 000]	0,6	[0,5 – 0,7]	0,8	[0,6 – 0,9]
Nepal	57 000	[47 000 – 69 000]	0,4	[0,3 – 0,5]	0,5	[0,4 – 0,6]
Pakistán	39 000	[32 000 – 47 000]	0,1	[0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,1]
Filipinas	1600	[<100 – 3900]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Singapur	2700	[2100 – 3700]	0,1	[0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,1]
Sri Lanka	1300	[<1000 – 1900]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Tailandia	610 000	[470 000 – 790 000]	1,3	[1,0 – 1,6]	1,7	[1,3 – 2,1]
Viet Nam	140 000	[110 000 – 170 000]	0,4	[0,3 – 0,5]	0,3	[0,2 – 0,3]
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	750 000	[660 000 – 880 000]	0,8	[0,7 – 0,9]	0,4	[0,4 – 0,5]
Armenia	1400	[1100 – 1700]	0,1	[0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,1]
Azerbaiyán	1200	[<500 – 1600]	0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Belarús	6300	[5000 – 7800]	0,3	[0,2 – 0,3]	0,1	[0,1 – 0,1]
Georgia	1200	[<100 – 1700]	0,1	[0,1 – 0,2]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Kazajstán	1800	[<1000 – 3400]	0,1	[0,1 – 0,2]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Kirguistán	<1000	[<100 – 11 000]	0,3	[0,2 – 0,5]	<0,1	[<0,1 – 0,3]
Moldova	12 000	[9800 – 16 000]	0,4	[0,4 – 0,6]	0,4	[0,3 – 0,6]
Federación de Rusia	430 000	[350 000 – 550 000]	1,0	[0,9 – 1,2]	0,5	[0,4 – 0,6]
Tayikistán	4000	[3000 – 5200]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,1	[0,1 – 0,1]
Ucrania	290 000	[250 000 – 330 000]	1,1	[1,0 – 1,3]	0,9	[0,8 – 1,1]
Uzbekistán	<1000	[<100 – <100]	0,1	[0,1 – 0,2]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL	620 000	[570 000 – 700 000]	0,2	[0,2 – 0,2]	0,2	[0,2 – 0,2]
Austria	5300	[3900 – 7000]	0,3	[0,2 – 0,4]	0,1	[0,1 – 0,2]
Bélgica	12 000	[9500 – 16 000]	0,2	[0,2 – 0,3]	0,2	[0,2 – 0,3]
Bulgaria	1800	[1300 – 2300]	0,1	[0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]

	2009 Mujeres (15+)		2001 Mujeres (15+)		2009 Niños (0-14)	
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]
ASIA ORIENTAL	220 000	[160 000 – 300 000]	98 000	[71 000 – 140 000]	8000	[3600 – 13 000]
China	230 000	[160 000 – 300 000]	...	[67 000 – 130 000]	...	...
República Popular Democrática de Corea	...	...	...	...	...	...
Japón	2700	[2100 – 3400]	2200	[1700 – 2700]	...	...
Mongolia	<200	[<100 – <200]	<100	[<100 – <100]	...	...
República de Corea	2900	[2200 – 4000]	1600	[1200 – 2000]	...	...
OCEANÍA	25 000	[22 000 – 28 000]	12 000	[9400 – 16 000]	3100	[1500 – 4800]
Australia	6200	[4800 – 7800]	3900	[3100 – 4900]	...	...
Fiji	<200	[<200 – <500]	<100	[<100 – <100]	...	...
Nueva Zelandia	<1000	[<1000 – 1000]	<1000	[<500 – <1000]	...	...
Papua Nueva Guinea	18 000	[16 000 – 21 000]	7600	[5100 – 11 000]	3100	[1600 – 4800]
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL	1 400 000	[1 400 000 – 1 700 000]	1 300 000	[1 300 000 – 1 600 000]	150 000	[97 000 – 200 000]
Bangladesh	1900	[1500 – 2400]	<500	[<100 – <1000]	...	...
Bhután	<500	[<200 – <500]	<100	[<100 – <100]	...	...
Cambodia	35 000	[23 000 – 52 000]	51 000	[34 000 – 71 000]	...	...
India	880 000	[730 000 – 1 000 000]	880 000	[780 000 – 1 000 000]	...	...
Indonesia	88 000	[58 000 – 130 000]	3200	[<100 – 9600]	...	...
República Democrática Popular Lao	3500	[2400 – 5500]	<500	[<100 – <500]	...	...
Malasia	11 000	[8600 – 15 000]	6100	[4100 – 8100]	...	...
Maldivas	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]	...	...
Myanmar	81 000	[67 000 – 96 000]	67 000	[53 000 – 83 000]	...	...
Nepal	20 000	[16 000 – 25 000]	19 000	[15 000 – 22 000]	...	...
Pakistán	28 000	[23 000 – 35 000]	11 000	[9000 – 13 000]	...	...
Filipinas	2600	[1800 – 3900]	<500	[<100 – 1100]	...	...
Singapur	1000	[<1000 – 1300]	<1000	[<1000 – 1100]	...	...
Sri Lanka	<1000	[<500 – <1000]	<500	[<200 – <500]	...	...
Tailandia	210 000	[160 000 – 260 000]	220 000	[160 000 – 300 000]	...	...
Viet Nam	81 000	[63 000 – 100 000]	39 000	[31 000 – 50 000]	...	...
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	690 000	[600 000 – 790 000]	330 000	[290 000 – 390 000]	18 000	[8600 – 29 000]
Armenia	<1000	[<500 – <1000]	<500	[<500 – <1000]	...	...
Azerbaiyán	2100	[1500 – 3000]	<1000	[<500 – <1000]	...	...
Belarús	8300	[6700 – 10 000]	2300	[1900 – 2900]	...	...
Georgia	1500	[1100 – 2100]	<500	[<100 – <1000]	...	...
Kazajstán	7700	[5300 – 11 000]	1100	[<1000 – 2000]	...	...
Kirguistán	2800	[1900 – 4700]	<500	[<100 – 3200]	...	...
Moldova	5100	[4100 – 6600]	3700	[2900 – 4800]	...	...
Russian Federation	480 000	[400 000 – 570 000]	190 000	[160 000 – 250 000]	15 000	[6800 – 24 000]
Tayikistán	2700	[1900 – 3700]	1100	[<1000 – 1500]	...	...
Ucrania	170 000	[140 000 – 200 000]	130 000	[110 000 – 150 000]	...	...
Uzbekistán	8000	[4900 – 13 000]	<500	[<100 – <100]	...	...
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL	240 000	[210 000 – 270 000]	180 000	[160 000 – 200 000]	1400	[<1000 – 1800]
Austria	4600	[3500 – 5900]	1600	[1100 – 2100]	...	...
Bélgica	4400	[3400 – 5500]	3700	[2900 – 4800]	...	...
Bulgaria	1100	[<1000 – 1500]	<500	[<500 – <1000]	...	...

A1

NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

	2001		2009		2009	
	Niños (0-14)		Porcentaje prevalencia en mujeres jóvenes (15-24)		Porcentaje prevalencia en hombres jóvenes (15-24)	
	Estimación	[estimación baja - alta]	Estimación	[estimación baja - alta]	Estimación	[estimación baja - alta]
ASIA ORIENTAL	2800	[1200 - 5400]	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
China	[<0,1 - <0,1]	...	[<0,1 - <0,1]
República Popular Democrática de Corea
Japón	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
Mongolia	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
República de Corea	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
OCEANÍA	<1000	[<500 - 1600]	0,2	[0,2 - 0,3]	0,1	[0,1 - 0,3]
Australia	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,3]
Fiji	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,3]
Nueva Zelandia	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
Papua Nueva Guinea	<1000	[<500 - 1500]	0,8	[0,6 - 1,2]	0,3	[0,2 - 0,5]
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL	100 000	[67 000 - 140 000]	0,1	[0,1 - 0,1]	0,1	[0,1 - 0,1]
Bangladesh	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
Bhután	<0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,1]
Cambodia	0,1	[0,1 - 0,3]	0,1	[<0,1 - 0,2]
India	0,1	[0,1 - 0,2]	0,1	[0,1 - 0,2]
Indonesia	<0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,1]
República Democrática Popular Lao	0,2	[0,1 - 0,3]	0,1	[0,1 - 0,2]
Malasia	<0,1	[<0,1 - <0,1]	0,1	[0,1 - 0,2]
Maldivas	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
Myanmar	0,3	[0,2 - 0,3]	0,3	[0,3 - 0,4]
Nepal	0,1	[0,1 - 0,2]	0,2	[0,1 - 0,6]
Pakistán	<0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,2]
Filipinas	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
Singapur	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,2]
Sri Lanka	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
Tailandia	[0,4 - 0,7]	...	[0,4 - 0,5]
Viet Nam	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[0,1 - 0,1]
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	4000	[2000 - 6100]	0,2	[0,2 - 0,3]	0,1	[0,1 - 0,1]
Armenia	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
Azerbaiyán	0,1	[0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
Belarús	0,1	[0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
Georgia	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
Kazajstán	0,2	[0,1 - 0,3]	0,1	[<0,1 - 0,1]
Kirguistán	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,2]
Moldova	0,1	[0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,1]
Federación de Rusia	2000	[<1000 - 3100]	0,3	[0,3 - 0,4]	0,2	[0,1 - 0,2]
Tayikistán	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
Ucrania	0,3	[0,2 - 0,4]	0,2	[0,1 - 0,2]
Uzbekistán	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL	2200	[1300 - 3100]	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[0,1 - 0,2]
Austria	0,2	[0,1 - 0,3]	0,3	[0,1 - 0,9]
Bélgica	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
Bulgaria	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]

NÚMERO ESTIMADO DE NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH

	2009		2001		2009	
	Tasa de incidencia en adultos (15-49)		Tasa de incidencia en adultos (15-49)		Nuevas infecciones en adultos y niños	
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]
ASIA ORIENTAL	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	82 000	[48 000 – 140 000]
China	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[47 000 – 140 000]
República Popular Democrática de Corea	...	...	...	...	...	...
Japón	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<500	[<200 – <500]
Mongolia	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<100	[<100 – <200]
República de Corea	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<1000	[<500 – 1000]
OCEANÍA	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	4500	[3400 – 6000]
Australia	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<1000 – 1500]
Fiji	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <200]
Nueva Zelandia	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <200]
Papua Nueva Guinea	<0,10	[<0,10 – 0,13]	0,13	[0,11 – 0,16]	3200	[2100 – 4800]
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	270 000	[240 000 – 320 000]
Bangladesh	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	1400	[1000 – 2400]
Bhután	...	[<0,10 – 0,13]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<200 – <1000]
Cambodia	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – 0,11]	1700	[<1000 – 4200]
India	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	140 000	[110 000 – 160 000]
Indonesia	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[29 000 – 87 000]
República Democrática Popular Lao	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<1000 – 3400]
Malasia	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	10 000	[8400 – 13 000]
Maldivas	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <100]
Myanmar	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	17 000	[14 000 – 20 000]
Nepal	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	4800	[2700 – 7800]
Pakistán	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[7300 – 15 000]
Filipinas	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	2100	[1200 – 4900]
Singapur	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <500]
Sri Lanka	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<500	[<200 – <1000]
Tailandia	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	12 000	[9800 – 15 000]
Viet Nam	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[16 000 – 38 000]
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	<0,10	[<0,10 – <0,10]	0,14	[0,11 – 0,16]	130 000	[110 000 – 160 000]
Armenia	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<500	[<200 – <500]
Azerbaiyán	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – 1100]
Belarús	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	1500	[1100 – 2200]
Georgia	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<1000	[<500 – 1200]
Kazajstán	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	1900	[1200 – 3600]
Kirguistán	<0,10	[<0,10 – 0,22]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	2600	[1400 – 6500]
Moldova	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<1000	[<1000 – 1200]
Federación de Rusia	...	[<0,10 – 0,14]	...	[0,17 – 0,25]	...	[67 000 – 120 000]
Tayikistán	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	1400	[<1000 – 2300]
Ucrania	...	[<0,10 – 0,12]	...	[0,10 – 0,16]	...	[16 000 – 32 000]
Uzbekistán	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[3100 – 11 000]
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	31 000	[23 000 – 40 000]
Austria	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<1000 – 2100]
Bélgica	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <500]
Bulgaria	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – <1000]

A1

NÚMERO ESTIMADO DE NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH

NÚMERO ESTIMADO DE DEFUNCIONES RELACIONADAS CON EL SIDA

	2009		2009		2001	
	Nuevas infecciones en adultos		Defunciones relacionadas con el sida en adultos y niños		Defunciones relacionadas con el sida en adultos y niños	
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]
ASIA ORIENTAL	81 000	[47 000 – 140 000]	36 000	[25 000 – 50 000]	15 000	[9400 – 28 000]
China	...	[46 000 – 140 000]	26 000	[24 000 – 49 000]	...	[9100 – 28 000]
República Popular Democrática de Corea	...	...	...	...	...	...
Japón	<500	[<200 – <500]	<100	[<100 – <500]	<100	[<100 – <200]
Mongolia	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]
República de Corea	<1000	[<500 – 1000]	<500	[<500 – <1000]	<500	[<100 – <500]
OCEANÍA	3700	[2600 – 5300]	1400	[<1000 – 2400]	<1000	[<500 – 1100]
Australia	...	[<1000 – 1500]	<100	[<100 – <1000]	<100	[<100 – <200]
Fiji	...	[<100 – <200]	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]
Nueva Zelandia	...	[<100 – <200]	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]
Papua Nueva Guinea	2400	[1400 – 4100]	1300	[<1000 – 1900]	<1000	[<500 – <1000]
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL	250 000	[220 000 – 300 000]	260 000	[230 000 – 300 000]	230 000	[210 000 – 280 000]
Bangladesh	1400	[<1000 – 2400]	<200	[<100 – <500]	<100	[<100 – <200]
Bhután	...	[<200 – <1000]	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]
Cambodia	1200	[<200 – 3500]	3100	[<1000 – 5600]	7400	[5000 – 11 000]
India	120 000	[100 000 – 150 000]	170 000	[150 000 – 200 000]	140 000	[120 000 – 170 000]
Indonesia	...	[29 000 – 86 000]	8300	[3800 – 15 000]	<200	[<100 – 1900]
República Democrática Popular Lao	...	[<1000 – 3100]	<200	[<100 – <500]	<100	[<100 – <100]
Malasia	10 000	[8400 – 13 000]	5800	[4500 – 7200]	3900	[3000 – 5200]
Maldivas	...	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]
Myanmar	16 000	[14 000 – 19 000]	18 000	[13 000 – 23 000]	16 000	[12 000 – 20 000]
Nepal	4300	[2300 – 7200]	4700	[3800 – 5700]	4000	[3200 – 4900]
Pakistán	...	[6700 – 14 000]	5800	[4500 – 7400]	1400	[<1000 – 1900]
Filipinas	2100	[1200 – 4800]	<200	[<100 – <500]	<100	[<100 – <500]
Singapur	...	[<100 – <500]	<100	[<100 – <200]	<100	[<100 – <500]
Sri Lanka	<500	[<200 – <1000]	<200	[<100 – <500]	<100	[<100 – <100]
Tailandia	12 000	[9500 – 14 000]	28 000	[21 000 – 37 000]	52 000	[39 000 – 68 000]
Viet Nam	...	[15 000 – 37 000]	14 000	[9500 – 20 000]	5500	[3900 – 7500]
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	130 000	[100 000 – 150 000]	76 000	[60 000 – 96 000]	18 000	[14 000 – 23 000]
Armenia	<500	[<200 – <500]	<100	[<100 – <200]	<100	[<100 – <100]
Azerbaiyán	...	[<500 – 1100]	<200	[<200 – <500]	<100	[<100 – <100]
Belarús	1500	[1100 – 2200]	<1000	[<500 – <1000]	<200	[<100 – <500]
Georgia	<1000	[<500 – 1200]	<100	[<100 – <200]	<100	[<100 – <200]
Kazajstán	1900	[1200 – 3600]	<500	[<200 – <1000]	<100	[<100 – <100]
Kirguistán	2600	[1400 – 6500]	<500	[<100 – <500]	<100	[<100 – 3300]
Moldova	<1000	[<1000 – 1200]	<1000	[<1000 – 1100]	<1000	[<500 – <1000]
Federación de Rusia	...	[64 000 – 110 000]	...	...	...	...
Tayikistán	1300	[<1000 – 2200]	<500	[<500 – <1000]	<200	[<200 – <500]
Ucrania	...	[16 000 – 32 000]	24 000	[20 000 – 29 000]	13 000	[9400 – 16 000]
Uzbekistán	...	[3100 – 11 000]	<500	[<200 – 1000]	<100	[<100 – <100]
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL	31 000	[23 000 – 39 000]	8500	[6800 – 19 000]	7300	[5700 – 11 000]
Austria	...	[<1000 – 2100]	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]
Bélgica	...	[<100 – <500]	<100	[<100 – <500]	<100	[<100 – <100]
Bulgaria	...	[<500 – <1000]	<200	[<200 – <500]	<100	[<100 – <200]

NÚMERO ESTIMADO DE HUÉRFANOS A CAUSA DEL SIDA

PREVALENCIA (%) DEL VIH EN GRUPOS DE MAYOR RIESGO EN LA CIUDAD CAPITAL

	2009		2001		Usuarios de drogas inyectables		Mujeres profesionales del sexo		Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	
	Huérfanos (0-17) actualmente con vida		Huérfanos (0-17)		Año	VIH (%)	Año	VIH (%)	Año	VIH (%)
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]						
ASIA ORIENTAL	52 000	[35 000 – 78 000]	18 000	[10 000 – 37 000]	...	...	...	...	...	...
China	2009	9,3	2009	0,6	2009	5,0
República Popular Democrática de Corea
Japón	2009	4,0
Mongolia	2009	1,8
República de Corea
OCEANÍA	6300	[4000 – 10 000]	2700	[1900 – 4400]	...	...	...	...	...	...
Australia	2008	1,5	2008	0,1	...	...
Fiji
Nueva Zelanda	2004	0,3	...	...	...	...
Papua Nueva Guinea	2009	7,4	2009	4,4
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL	1 000 000	[820 000 – 1 100 000]	500 000	[420 000 – 620 000]	...	...	...	...	...	...
Bangladesh	2007	1,6	2007	0,3	...	...
Bhután
Cambodia	2007	24,4	...	...	2005	4,5
India	2009	9,2	2009	4,9	2009	7,3
Indonesia	2007	52,4	2007	7,8	2007	5,2
República Democrática Popular Lao
Malasia	22,1	...	...	2009	3,9
Maldivas
Myanmar	2008	36,3	2008	18,1	2008	28,8
Nepal	2009	20,7	2008	2,2	2009	3,8
Pakistán	2008	20,8	2009	1,0	...	...
Filipinas	2009	0,2	2009	0,2	2009	1,0
Singapur	2009	2,6
Sri Lanka	2009	0,5
Tailandia	2009	38,7	2009	2,8	2009	13,5
Viet Nam	2009	18,4	2009	3,2	2010	16,7
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	73 000	[59 000 – 91 000]	15 000	[9000 – 22 000]	...	...	...	...	...	...
Armenia
Azerbaiyán	2008	10,3	2008	1,7	2008	1,0
Belarús	2009	13,7	2009	6,4	2009	2,7
Georgia	2008	2,2	2009	2,0	2007	3,6
Kazajstán	2009	2,9	2009	1,3	2009	0,3
Kirguistán	2009	14,3	2009	1,6	...	...
Moldova
Federación de Rusia	37 000	[27 000 – 50 000]	1200	[<1000 – 1700]	2009	15,6	2009	4,5	2009	8,3
Tayikistán	2008	17,6	2008	2,8	...	...
Ucrania	2009	22,9	...	...	2009	8,6
Uzbekistán	2009	11,0	2009	2,2	2009	6,8
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL	26 000	[22 000 – 42 000]	50 000	[41 000 – 60 000]	...	...	...	...	...	...
Austria	2009	4,0	...	...	...	...
Bélgica	2008	8,7	2009	0,4	2010	5,6
Bulgaria	2008	6,8	2008	0,7	2008	3,3

A1

NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

	2009 Adultos y niños		2001 Adultos y niños		2009 Adultos (15+)	
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]
Croacia	<1000	[<1000 – 1 100]	<1000	[<500 – <1000]	<1000	[<1000 – 1100]
República Checa	2000	[1700 – 2300]	1300	[1200 – 1600]	2000	[1700 – 2300]
Dinamarca	5300	[4000 – 6300]	3300	[2800 – 3800]	5300	[4000 – 6300]
Estonia	9900	[8000 – 12 000]	4700	[3800 – 5700]	9800	[8000 – 12 000]
Finlandia	2 600	[2200 – 3100]	1600	[1300 – 1900]	2600	[2200 – 3100]
Francia	150 000	[120 000 – 190 000]	120 000	[100 000 – 140 000]	150 000	[120 000 – 190 000]
Alemania	67 000	[56 000 – 75 000]	49 000	[42 000 – 56 000]	67 000	[56 000 – 75 000]
Grecia	8800	[7300 – 11 000]	8100	[6800 – 9500]	8800	[7300 – 11 000]
Hungría	3000	[2200 – 3900]	2800	[2100 – 3700]	3000	[2200 – 3900]
Islandia	<1000	[<500 – <1000]	<500	[<500 – <500]	<1000	[<500 – <1000]
Irlanda	6900	[5200 – 8700]	4500	[3400 – 5900]	6900	[5200 – 8700]
Israel	7500	[5600 – 9900]	5200	[3900 – 6800]	7500	[5600 – 9900]
Italia	140 000	[110 000 – 180 000]	130 000	[99 000 – 170 000]	140 000	[110 000 – 180 000]
Letonia	8600	[6300 – 12 000]	4700	[3500 – 6 200]	8600	[6300 – 11 000]
Lituania	1200	[<1000 – 1600]	<1000	[<1000 – <1000]	1200	[<1000 – 1600]
Luxemburgo	<1000	[<1000 – 1200]	<1000	[<500 – <1000]	<1000	[<1000 – 1200]
Malta	<500	[<500 – <500]	<500	[<200 – <500]	<500	[<500 – <500]
Países Bajos	22 000	[17 000 – 32 000]	18 000	[14 000 – 24 000]	22 000	[17 000 – 32 000]
Noruega	4000	[3000 – 5400]	3000	[2300 – 4100]	4000	[3000 – 5400]
Polonia	27 000	[20 000 – 34 000]	21 000	[16 000 – 28 000]	27 000	[20 000 – 34 000]
Portugal	42 000	[32 000 – 53 000]	31 000	[24 000 – 41 000]	42 000	[32 000 – 53 000]
Rumania	16 000	[12 000 – 20 000]	16 000	[12 000 – 20 000]	15 000	[11 000 – 20 000]
Serbia	4900	[3500 – 7100]	1900	[<500 – 2800]	4900	[3400 – 7100]
Slovakia	<500	[<500 – <500]	<200	[<200 – <500]	<500	[<500 – <500]
Slovenia	<1000	[<500 – <1000]	<500	[<200 – <500]	<1000	[<500 – <1000]
España	130 000	[120 000 – 150 000]	120 000	[100 000 – 130 000]	130 000	[120 000 – 150 000]
Suecia	8100	[6100 – 11 000]	6300	[4900 – 8700]	8100	[6100 – 11 000]
Suiza	18 000	[13 000 – 24 000]	13 000	[9500 – 17 000]	18 000	[13 000 – 24 000]
Turquía	4600	[3400 – 6100]	1700	[1300 – 2300]	4500	[3300 – 6100]
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	85 000	[66 000 – 110 000]	43 000	[35 000 – 54 000]	85 000	[66 000 – 110 000]
ÁFRICA SEPTENTRIONAL Y ORIENTE MEDIO	460 000	[400 000 – 530 000]	180 000	[150 000 – 210 000]	440 000	[380 000 – 510 000]
Algeria	18 000	[13 000 – 24 000]	6800	[4900 – 9000]	17 000	[12 000 – 24 000]
Djibouti	14 000	[10 000 – 18 000]	12 000	[9000 – 16 000]	13 000	[9400 – 16 000]
Egipto	11 000	[8400 – 17 000]	3300	[2900 – 5300]	10 000	[8100 – 16 000]
Irán, República Islámica del	92 000	[74 000 – 120 000]	54 000	[45 000 – 65 000]	91 000	[72 000 – 110 000]
Líbano	3600	[2700 – 4800]	3800	[2900 – 5100]	3400	[2600 – 4600]
Marruecos	26 000	[19 000 – 34 000]	14 000	[11 000 – 18 000]	25 000	[19 000 – 33 000]
Omán	1100	[<1000 – 1400]	<500	[<500 – <1000]	1100	[<1000 – 1400]
Qatar	<200	[<100 – <200]	<100	[<100 – <100]	<200	[<100 – <200]
Somalia	34 000	[25 000 – 48 000]	11 000	[<500 – 14 000]	32 000	[23 000 – 46 000]
Sudán	260 000	[210 000 – 330 000]	72 000	[35 000 – 98 000]	250 000	[200 000 – 310 000]
Túnez	2400	[1800 – 3300]	<1000	[<500 – 1000]	2400	[1700 – 3300]

	2001 Adultos (15+)		2009 Porcentaje de prevalencia en adultos (15-49)		2001 Porcentaje de prevalencia en adultos (15-49)	
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]
Croacia	<1000	[<500 – <1000]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
República Checa	1300	[1200 – 1600]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Dinamarca	3300	[2800 – 3800]	0,2	[0,1 – 0,2]	0,1	[0,1 – 0,1]
Estonia	4700	[3800 – 5700]	1,2	[1,0 – 1,5]	0,6	[0,5 – 0,8]
Finlandia	1600	[1300 – 1900]	0,1	[0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,1]
Francia	120 000	[100 000 – 140 000]	0,4	[0,3 – 0,5]	0,3	[0,3 – 0,4]
Alemania	49 000	[42 000 – 56 000]	0,1	[0,1 – 0,2]	0,1	[0,1 – 0,1]
Grecia	8000	[6800 – 9500]	0,1	[0,1 – 0,2]	0,1	[0,1 – 0,1]
Hungría	2800	[2100 – 3700]	<0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Islandia	<500	[<500 – <500]	0,3	[0,2 – 0,4]	0,2	[0,2 – 0,3]
Irlanda	4500	[3400 – 5900]	0,2	[0,2 – 0,3]	0,2	[0,1 – 0,2]
Israel	5100	[3900 – 6800]	0,2	[0,1 – 0,2]	0,1	[0,1 – 0,2]
Italia	130 000	[99 000 – 170 000]	0,3	[0,2 – 0,3]	0,3	[0,2 – 0,4]
Letonia	4700	[3500 – 6200]	0,7	[0,5 – 0,9]	0,4	[0,3 – 0,5]
Lituania	<1000	[<1000 – <1000]	0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Luxemburgo	<1000	[<500 – <1000]	0,3	[0,2 – 0,4]	0,3	[0,2 – 0,3]
Malta	<500	[<200 – <500]	0,1	[0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,1]
Países Bajos	18 000	[14 000 – 24 000]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,2	[0,1 – 0,3]
Noruega	3000	[2300 – 4100]	0,1	[0,1 – 0,2]	0,1	[0,1 – 0,2]
Polonia	21 000	[16 000 – 28 000]	0,1	[0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,1]
Portugal	31 000	[24 000 – 41 000]	0,6	[0,4 – 0,7]	0,5	[0,4 – 0,6]
Rumania	16 000	[12 000 – 20 000]	0,1	[0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,2]
Serbie	1900	[<500 – 2700]	0,1	[0,1 – 0,2]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Eslovaquia	<200	[<200 – <500]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Eslovenia	<500	[<200 – <500]	<0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
España	110 000	[100 000 – 130 000]	0,4	[0,3 – 0,4]	0,4	[0,4 – 0,5]
Suecia	6300	[4900 – 8700]	0,1	[0,1 – 0,2]	0,1	[0,1 – 0,2]
Suiza	13 000	[9500 – 17 000]	0,4	[0,3 – 0,5]	0,3	[0,2 – 0,4]
Turquía	1700	[1300 – 2300]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	43 000	[35 000 – 53 000]	0,2	[0,2 – 0,3]	0,1	[0,1 – 0,2]
ÁFRICA SEPTENTRIONAL Y ORIENTE MEDIO	170 000	[150 000 – 200 000]	0,2	[0,2 – 0,3]	0,1	[0,1 – 0,1]
Algeria	6700	[4800 – 9000]	0,1	[0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Djibouti	11 000	[8600 – 15 000]	2,5	[1,9 – 3,2]	2,9	[2,2 – 3,9]
Egipto	3200	[2900 – 5300]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Irán, República Islámica del	54 000	[44 000 – 64 000]	0,2	[0,1 – 0,2]	0,1	[0,1 – 0,1]
Libano	3700	[2800 – 5000]	0,1	[0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,2]
Marruecos	14 000	[10 000 – 18 000]	0,1	[0,1 – 0,2]	0,1	[0,1 – 0,1]
Omán	<500	[<500 – <500]	0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Qatar	<100	[<100 – <100]	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Somalia	10 000	[<500 – 13 000]	0,7	[0,5 – 1,0]	0,3	[<0,1 – 0,3]
Sudán	68 000	[34 000 – 89 000]	1,1	[0,9 – 1,4]	0,4	[0,2 – 0,5]
Túnez	<1000	[<500 – 1000]	<0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]



NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

	2009		2001		2009	
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]
Croacia	<500	[<500 – <500]	<200	[<200 – <500]	...	...
República Checa	<1000	[<1000 – <1000]	<500	[<500 – <500]	...	...
Dinamarca	1400	[1100 – 1700]	<1000	[<1000 – 1000]	...	...
Estonia	3000	[2400 – 3800]	1400	[1100 – 1700]	...	...
Finlandia	<1000	[<1000 – <1000]	<500	[<500 – <1000]	...	...
Francia	48 000	[38 000 – 59 000]	37 000	[31 000 – 44 000]	...	...
Alemania	12 000	[11 000 – 14 000]	9000	[7700 – 10 000]	...	...
Grecia	2700	[2200 – 3200]	2500	[2100 – 2900]	...	...
Hungría	<1000	[<1000 – 1300]	<1000	[<1000 – 1200]	...	...
Islandia	<200	[<200 – <500]	<100	[<100 – <200]	...	...
Irlanda	2000	[1500 – 2600]	1300	[1000 – 1800]	...	...
Israel	2200	[1700 – 2900]	1500	[1200 – 2100]	...	...
Italia	48 000	[36 000 – 61 000]	42 000	[32 000 – 56 000]	...	...
Letonia	2600	[1900 – 3500]	1400	[1000 – 1800]	...	...
Lituania	<500	[<500 – <500]	<500	[<200 – <500]	...	...
Luxemburgo	<500	[<500 – <500]	<200	[<200 – <500]	...	...
Malta	<100	[<100 – <200]	<100	[<100 – <100]	...	...
Países Bajos	6900	[5200 – 9700]	5400	[4200 – 7400]	...	...
Noruega	1200	[<1000 – 1600]	<1000	[<1000 – 1200]	...	...
Polonia	8200	[6200 – 11 000]	6400	[4800 – 8500]	...	...
Portugal	13 000	[9900 – 16 000]	9400	[7300 – 12 000]	...	...
Rumania	4700	[3500 – 5900]	4600	[3600 – 5900]	...	...
Serbia	1200	[<1000 – 1600]	<500	[<100 – <1000]	...	...
Eslovaquia	<100	[<100 – <200]	<100	[<100 – <100]	...	...
Eslovenia	<200	[<200 – <500]	<100	[<100 – <100]	...	...
España	32 000	[27 000 – 36 000]	28 000	[23 000 – 32 000]	...	...
Suecia	2500	[1900 – 3400]	1900	[1500 – 2700]	...	...
Suiza	5700	[4100 – 7500]	4000	[3000 – 5200]	...	...
Turquía	1400	[1000 – 1800]	<1000	[<500 – <1000]	...	...
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	26 000	[20 000 – 32 000]	13 000	[10 000 – 16 000]	...	...
ÁFRICA SEPTENTRIONAL Y ORIENTE MEDIO	210 000	[180 000 – 240 000]	74 000	[61 000 – 87 000]	21 000	[13 000 – 28 000]
Algeria	5200	[3700 – 7200]	2000	[1500 – 2600]	...	...
Djibouti	7400	[5300 – 9500]	6600	[5000 – 9000]	...	...
Egipto	2400	[2500 – 4900]	<1000	[<1000 – 1600]	...	...
Irán, República Islámica del	26 000	[20 000 – 33 000]	15 000	[12 000 – 18 000]	...	...
Libano	1100	[<1000 – 1400]	1100	[<1000 – 1500]	...	...
Marruecos	8100	[6000 – 11 000]	4300	[3300 – 5600]	...	...
Omán	<500	[<500 – <500]	<200	[<200 – <200]	...	...
Qatar	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]	...	...
Somalia	15 000	[11 000 – 21 000]	4700	[<200 – 6300]	...	...
Sudán	140 000	[110 000 – 180 000]	39 000	[20 000 – 53 000]	...	...
Túnez	<1000	[<1000 – 1000]	<500	[<100 – <500]	...	...

	2001		2009		2009	
	Niños (0-14)		Porcentaje prevalencia en mujeres jóvenes (15-24)		Porcentaje prevalencia en hombres jóvenes (15-24)	
	Estimación	[estimación baja - alta]	Estimación	[estimación baja - alta]	Estimación	[estimación baja - alta]
Croacia	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
República Checa	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
Dinamarca	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[0,1 - 0,1]
Estonia	0,2	[0,2 - 0,3]	0,3	[0,2 - 0,4]
Finlandia	<0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,2]
Francia	0,1	[0,1 - 0,2]	0,2	[0,1 - 0,6]
Alemania	<0,1	[<0,1 - <0,1]	0,1	[0,1 - 0,1]
Grecia	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,2]
Hungría	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
Islandia	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,4]
Irlanda	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,3]
Israel	<0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,2]
Italia	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
Letonia	0,1	[0,1 - 0,2]	0,2	[0,1 - 0,2]
Lituania	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
Luxemburgo	0,1	[<0,1 - 0,2]	0,1	[<0,1 - 0,4]
Malta	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
Países Bajos	<0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,3]
Noruega	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,2]
Polonia	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
Portugal	0,2	[0,1 - 0,4]	0,3	[0,1 - 0,9]
Rumania	<0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,2]
Serbia	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[0,1 - 0,2]
Eslovaquia	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
Eslovenia	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]
España	0,1	[0,1 - 0,1]	0,2	[0,1 - 0,2]
Suecia	<0,1	[<0,1 - 0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,2]
Suiza	0,1	[0,1 - 0,2]	0,2	[0,1 - 0,6]
Turquía	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	0,1	[<0,1 - 0,2]	0,2	[0,1 - 0,6]
ÁFRICA SEPTENTRIONAL Y ORIENTE MEDIO	7100	[3800 - 13 000]	0,2	[0,2 - 0,3]	0,1	[0,1 - 0,1]
Algeria	<0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,2]
Djibouti	1,9	[1,0 - 2,9]	0,8	[0,4 - 1,3]
Egipto	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
Irán, República Islámica del	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
Libano	<0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,1]
Marruecos	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,3]
Omán	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
Qatar	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - <0,1]
Somalia	0,6	[0,4 - 1,1]	0,4	[0,3 - 0,7]
Sudán	1,3	[0,9 - 1,8]	0,5	[0,4 - 0,7]
Túnez	<0,1	[<0,1 - <0,1]	<0,1	[<0,1 - 0,1]



NÚMERO ESTIMADO DE NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH

	2009		2001		2009	
	Tasa de incidencia en adultos (15-49)		Tasa de incidencia en adultos (15-49)		Nuevas infecciones en adultos y niños	
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]
Croacia	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <100]
República Checa	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <100]
Dinamarca	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<200 – <500]
Estonia	...	[<0,10 – 0,14]	...	[0,13 – 0,21]	...	[<1000 – 1000]
Finlandia	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <200]
Francia	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	6900	[3900 – 10 000]
Alemania	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	3300	[2500 – 4200]
Grecia	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<200 – <500]
Hungría	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <1000]
Islandia	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <100]
Irlanda	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <500]
Israel	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<200 – <500]
Italia	...	[<0,10 – <0,10]	...	...	...	[1700 – 6200]
Letonia	<0,10	[<0,10 – 0,10]	<0,10	[<0,10 – 0,11]	<1000	[<500 – 1200]
Lituania	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<100	[<100 – <200]
Luxemburgo	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <100]
Malta	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <100]
Países Bajos	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – 1100]
Noruega	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <500]
Polonia	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – 1300]
Portugal	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<1000 – 2300]
Rumania	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – 1000]
Serbia	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – <1000]
Eslovaquia	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <100]
Eslovenia	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <200]
España	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[2200 – 4100]
Suecia	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <500]
Suiza	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – 1000]
Turquía	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – <1000]
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[1500 – 6000]
ÁFRICA SEPTENTRIONAL Y ORIENTE MEDIO	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	75 000	[61 000 – 92 000]
Algeria	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[1100 – 3700]
Djibouti	0,25	[0,10 – 0,34]	0,29	[0,18 – 0,51]	1300	[<1000 – 1800]
Egipto	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<1000 – 2900]
Irán, República Islámica del	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[5600 – 11 000]
Libano	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <500]
Marruecos	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[1200 – 5800]
Omán	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<200 – <500]
Qatar	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <100]
Somalia	...	[<0,10 – 0,29]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[4200 – 13 000]
Sudán	...	[0,17 – 0,35]	...	[<0,10 – 0,10]	...	[38 000 – 74 000]
Túnez	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – <1000]

NÚMERO ESTIMADO DE DEFUNCIONES RELACIONADAS CON EL SIDA

	2009		2009		2001	
	Nuevas infecciones en adultos		Defunciones relacionadas con el sida en adultos y niños		Defunciones relacionadas con el sida en adultos y niños	
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]
Croacia	...	<100 – <100]	<100	<100 – <100]	<100	<100 – <100]
República Checa	...	<100 – <100]	<100	<100 – <100]	<100	<100 – <100]
Dinamarca	...	<200 – <500]	<100	<100 – <200]	<100	<100 – <100]
Estonia	...	<1000 – 1000]	<500	<500 – <1000]	<200	<100 – <200]
Finlandia	...	<100 – <200]	<100	<100 – <100]	<100	<100 – <100]
Francia	6800	[3900 – 10 000]	1700	[1400 – 3900]	1200	<1000 – 3000]
Alemania	3300	[2500 – 4200]	<1000	<1000 – 1900]	<1000	<500 – <1000]
Grecia	...	<200 – <500]	<500	<200 – <500]	<500	<500 – <500]
Hungría	...	<100 – <100]	<200	<100 – <200]	<500	<200 – <500]
Islandia	...	<100 – <100]	<100	<100 – <100]	<100	<100 – <100]
Irlanda	...	<100 – <500]	<100	<100 – <200]	<100	<100 – <100]
Israel	...	<200 – <500]	<100	<100 – <200]	<100	<100 – <100]
Italia	...	[1700 – 6200]	<1000	<1000 – 4100]	1300	<1000 – 2400]
Letonia	<1000	<500 – 1200]	<1000	<500 – <1000]	<200	<100 – <500]
Lituania	<100	<100 – <200]	<100	<100 – <100]	<100	<100 – <100]
Luxemburgo	...	<100 – <100]	<100	<100 – <100]	<100	<100 – <100]
Malta	...	<100 – <100]	<100	<100 – <100]	<100	<100 – <100]
Países Bajos	...	<500 – 1100]	<100	<100 – <500]	<100	<100 – <100]
Noruega	...	<100 – <500]	<100	<100 – <200]	<100	<100 – <100]
Polonia	...	<500 – 1300]	<200	<100 – <1000]	<100	<100 – <200]
Portugal	...	<1000 – 2300]	<500	<100 – 1300]	<500	<500 – <500]
Rumania	...	<500 – 1000]	<1000	<500 – 1200]	<500	<200 – <1000]
Serbia	...	<500 – <1000]	<200	<100 – <500]	<500	<100 – <500]
Eslovaquia	...	<100 – <100]	<100	<100 – <100]	<100	<100 – <100]
Eslovenia	...	<100 – <200]	<100	<100 – <100]	<100	<100 – <100]
España	...	[2200 – 4100]	1600	[1200 – 2000]	1800	[1500 – 2100]
Suecia	...	<100 – <500]	<100	<100 – <500]	<100	<100 – <100]
Suiza	...	<500 – 1000]	<100	<100 – <500]	<200	<100 – <500]
Turquía	...	<500 – <1000]	<200	<100 – <500]	<100	<100 – <200]
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	...	<100 – <100]	<1000	<500 – 1600]	<500	<200 – <500]
ÁFRICA SEPTENTRIONAL Y ORIENTE MEDIO	68 000	[55 000 – 84 000]	24 000	[20 000 – 27 000]	8300	[6300 – 11 000]
Algeria	...	[1000 – 3600]	<1000	<1000 – 1100]	<500	<200 – <500]
Djibouti	1100	<500 – 1500]	1000	<1000 – 1400]	<1000	<500 – 1400]
Egipto	...	<1000 – 2700]	<500	<500 – <1000]	<200	<100 – <500]
Irán, República Islámica del	...	[5400 – 11 000]	6400	[5200 – 8000]	2000	[1600 – 2600]
Libano	...	<100 – <500]	<500	<500 – <500]	<500	<200 – <500]
Marruecos	...	<100 – <100]	1200	<1000 – 1600]	<1000	<1000 – 1000]
Omán	...	<200 – <500]	<100	<100 – <100]	<100	<100 – <100]
Qatar	...	<100 – <100]	<100	<100 – <100]	<100	<100 – <100]
Somalia	...	[3700 – 11 000]	1600	[1200 – 2300]	<1000	<100 – <1000]
Sudán	...	[34 000 – 67 000]	12 000	[9200 – 15 000]	3500	<1000 – 6700]
Túnez	...	<500 – <1000]	<100	<100 – <200]	<100	<100 – <100]

NÚMERO ESTIMADO DE HUÉRFANOS A CAUSA DEL SIDA

PREVALENCIA (%) DEL VIH EN GRUPOS DE MAYOR RIESGO EN LA CIUDAD CAPITAL

	2009		2001		Usuarios de drogas inyectables		Mujeres profesionales del sexo		Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]	Año	VIH (%)	Año	VIH (%)	Año	VIH (%)
Croacia
República Checa	2009	0,1	...	...	2009	2,6
Dinamarca	2009	11,8
Estonia	2007	62,5	2006	7,7	2007	1,7
Finlandia	2009	0,7	...	...	...	...
Francia
Alemania
Grecia
Hungría	2009	2,6
Islandia
Irlanda
Israel
Italia
Letonia	2007	22,6	...	...	2008	4,0
Lituania	2008	8,0	...	...	...	...
Luxemburgo	2008	1,8	...	...	...	...
Malta
Países Bajos
Noruega
Polonia
Portugal	2008	14,0	...	...	...	...
Rumania	2009	1,1	2009	1,0	2009	4,4
Serbia	2008	4,8	...	...	2008	6,1
Eslovaquia
Eslovenia	2009	1,6
España	2008	19,5	2008	0,9	2008	10,2
Suecia
Suiza	2006	10,9	...	...	2007	8,1
Turquía
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
ÁFRICA SEPTENTRIONAL Y ORIENTE MEDIO	96 000	[73 000 – 120 000]	36 000	[22 000 – 63 000]	...	...	...	...	...	...
Algeria
Djibouti	2008	20,3	...	...
Egipto	2006	0,9	2006	5,6
Irán, República Islámica del
Libano	2008	1,0
Marruecos	2009	2,1	2009	2,4	...	...
Omán
Qatar
Somalia	2008	5,5	...	...
Sudán	2008	0,9	...	...
Túnez	2009	3,1	2009	0,4	2009	4,8

NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

	2009 Adultos y niños		2001 Adultos y niños		2009 Adultos (15+)	
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]
AMÉRICA DEL NORTE	1 500 000	[1 200 000 – 2 000 000]	1 200 000	[960 000 – 1 400 000]	1 500 000	[1 200 000 – 2 000 000]
Canadá	67 000	[56 000 – 78 000]	48 000	[39 000 – 57 000]	67 000	[56 000 – 78 000]
México	220 000	[180 000 – 280 000]	180 000	[150 000 – 210 000]	220 000	[180 000 – 270 000]
Estados Unidos de América	1 200 000	[930 000 – 1 700 000]	940 000	[730 000 – 1 200 000]	1 200 000	[930 000 – 1 700 000]
CARIBE	240 000	[220 000 – 270 000]	240 000	[210 000 – 270 000]	220 000	[200 000 – 250 000]
Bahamas	6600	[2600 – 11 000]	5900	[3900 – 8500]	6100	[2400 – 11 000]
Barbados	2100	[1800 – 2500]	<1000	[<1000 – 1 000]	2100	[1800 – 2500]
Cuba	7100	[5700 – 8900]	2600	[1900 – 3400]	7000	[5600 – 8800]
República Dominicana	57 000	[49 000 – 66 000]	54 000	[45 000 – 65 000]	54 000	[45 000 – 62 000]
Haití	120 000	[110 000 – 140 000]	130 000	[110 000 – 160 000]	110 000	[95 000 – 130 000]
Jamaica	32 000	[21 000 – 45 000]	32 000	[23 000 – 41 000]	31 000	[20 000 – 43 000]
Trinidad y Tobago	15 000	[11 000 – 19 000]	10 000	[7900 – 14 000]	14 000	[11 000 – 19 000]
AMÉRICA CENTRAL Y AMÉRICA DEL SUR	1 400 000	[1 200 000 – 1 600 000]	1 100 000	[1 000 000 – 1 300 000]	1 400 000	[1 200 000 – 1 600 000]
Argentina	110 000	[88 000 – 140 000]	80 000	[66 000 – 99 000]	110 000	[87 000 – 140 000]
Belice	4800	[4000 – 5700]	3600	[3000 – 4200]	4400	[3600 – 5300]
Bolivia	12 000	[9000 – 16 000]	12 000	[9100 – 16 000]	11 000	[8400 – 15 000]
Brasil	...	[460 000 – 810 000]	...	[380 000 – 560 000]	...	[450 000 – 800 000]
Chile	40 000	[32 000 – 51 000]	24 000	[19 000 – 31 000]	39 000	[31 000 – 50 000]
Colombia	160 000	[120 000 – 210 000]	210 000	[170 000 – 260 000]	150 000	[120 000 – 200 000]
Costa Rica	9800	[7500 – 13 000]	4400	[3400 – 5900]	9600	[7300 – 12 000]
Ecuador	37 000	[28 000 – 50 000]	36 000	[27 000 – 47 000]	36 000	[27 000 – 49 000]
El Salvador	34 000	[25 000 – 44 000]	25 000	[19 000 – 33 000]	32 000	[24 000 – 42 000]
Guatemala	62 000	[47 000 – 82 000]	31 000	[23 000 – 41 000]	60 000	[45 000 – 79 000]
Guyana	5900	[2700 – 8800]	7800	[5300 – 12 000]	5500	[2400 – 8200]
Honduras	39 000	[26 000 – 51 000]	44 000	[33 000 – 61 000]	37 000	[24 000 – 49 000]
Nicaragua	6900	[5200 – 9100]	3700	[2900 – 4800]	6700	[5000 – 8900]
Panamá	20 000	[14 000 – 36 000]	26 000	[17 000 – 50 000]	20 000	[13 000 – 36 000]
Paraguay	13 000	[9800 – 16 000]	9200	[7200 – 13 000]	12 000	[9600 – 16 000]
Perú	75 000	[58 000 – 100 000]	82 000	[65 000 – 100 000]	73 000	[56 000 – 98 000]
Suriname	3700	[2700 – 5300]	3300	[2300 – 4500]	3600	[2700 – 5100]
Uruguay	9900	[8400 – 12 000]	7000	[5900 – 8200]	9600	[8100 – 11 000]
Venezuela	...	...	...	...	...	...



NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

	2001 Adultos (15+)		2009 Porcentaje de prevalencia en adultos (15-49)		2001 Porcentaje de prevalencia en adultos (15-49)	
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]
AMÉRICA DEL NORTE	1 200 000	[950 000 – 1 400 000]	0,5	[0,4 – 0,7]	0,4	[0,4 – 0,5]
Canadá	48 000	[39 000 – 57 000]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,2	[0,1 – 0,3]
México	180 000	[150 000 – 210 000]	0,3	[0,3 – 0,4]	0,3	[0,2 – 0,4]
Estados Unidos de América	930 000	[730 000 – 1 200 000]	0,6	[0,4 – 0,8]	0,5	[0,4 – 0,7]
CARIBE	220 000	[200 000 – 250 000]	1,0	[0,9 – 1,1]	1,1	[1,0 – 1,2]
Bahamas	5400	[3400 – 7600]	3,1	[1,2 – 5,4]	3,1	[1,9 – 4,4]
Barbados	<1000	[<1000 – 1000]	1,4	[1,2 – 1,6]	0,5	[0,4 – 0,6]
Cuba	2600	[1900 – 3400]	0,1	[0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
República Dominicana	50 000	[43 000 – 60 000]	0,9	[0,7 – 1,0]	0,9	[0,8 – 1,1]
Haiti	120 000	[100 000 – 140 000]	1,9	[1,7 – 2,2]	2,6	[2,3 – 3,0]
Jamaica	31 000	[22 000 – 39 000]	1,7	[1,1 – 2,5]	1,9	[1,3 – 2,4]
Trinidad y Tobago	10 000	[7800 – 14 000]	1,5	[1,1 – 2,0]	1,2	[0,9 – 1,6]
AMÉRICA CENTRAL Y AMÉRICA DEL SUR	1 100 000	[1 000 000 – 1 200 000]	0,5	[0,4 – 0,6]	0,5	[0,4 – 0,5]
Argentina	79 000	[65 000 – 97 000]	0,5	[0,3 – 0,6]	0,4	[0,3 – 0,5]
Belice	3300	[2800 – 3800]	2,3	[2,0 – 2,8]	2,2	[1,9 – 2,6]
Bolivia	11 000	[8600 – 15 000]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,2	[0,2 – 0,3]
Brasil	...	[360 000 – 550 000]	...	[0,3 – 0,6]	...	[0,3 – 0,5]
Chile	24 000	[18 000 – 30 000]	0,4	[0,3 – 0,5]	0,3	[0,2 – 0,3]
Colombia	210 000	[160 000 – 260 000]	0,5	[0,4 – 0,7]	0,8	[0,7 – 1,1]
Costa Rica	4400	[3300 – 5800]	0,3	[0,2 – 0,4]	0,2	[0,1 – 0,2]
Ecuador	35 000	[26 000 – 46 000]	0,4	[0,3 – 0,6]	0,5	[0,4 – 0,6]
El Salvador	24 000	[18 000 – 32 000]	0,8	[0,6 – 1,1]	0,8	[0,6 – 1,0]
Guatemala	30 000	[22 000 – 40 000]	0,8	[0,6 – 1,0]	0,5	[0,4 – 0,7]
Guyana	7000	[4600 – 11 000]	1,2	[0,5 – 1,9]	1,4	[0,9 – 2,2]
Honduras	42 000	[31 000 – 57 000]	0,8	[0,5 – 1,0]	1,2	[0,9 – 1,6]
Nicaragua	3600	[2800 – 4700]	0,2	[0,1 – 0,3]	0,1	[0,1 – 0,2]
Panamá	25 000	[16 000 – 49 000]	0,9	[0,6 – 1,5]	1,4	[0,9 – 2,7]
Paraguay	9000	[7000 – 12 000]	0,3	[0,2 – 0,4]	0,3	[0,2 – 0,4]
Perú	81 000	[64 000 – 99 000]	0,4	[0,3 – 0,5]	0,5	[0,4 – 0,6]
Suriname	3200	[2300 – 4400]	1,0	[0,7 – 1,4]	1,0	[0,7 – 1,4]
Uruguay	6800	[5800 – 8000]	0,5	[0,4 – 0,6]	0,4	[0,3 – 0,4]
Venezuela	...	...	...	...	...	...

	2009		2001		2009	
	Mujeres (15+)		Mujeres (15+)		Niños (0-14)	
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]
AMÉRICA DEL NORTE	390 000	[310 000 – 510 000]	270 000	[220 000 – 320 000]	4500	[4000 – 5800]
Canadá	14 000	[12 000 – 16 000]	9 000	[7 000 – 11 000]	...	...
México	59 000	[47 000 – 75 000]	41 000	[33 000 – 49 000]	...	...
Estados Unidos de América	310 000	[220 000 – 430 000]	210 000	[160 000 – 270 000]	...	...
CARIBE	120 000	[100 000 – 140 000]	120 000	[100 000 – 140 000]	17 000	[8500 – 26 000]
Bahamas	3700	[1500 – 6400]	3300	[2100 – 4600]	...	...
Barbados	<1000	[<1000 – <1000]	<500	[<500 – <500]	...	...
Cuba	2200	[1700 – 2700]	<1000	[<1000 – 1000]	...	...
República Dominicana	32 000	[26 000 – 37 000]	29 000	[24 000 – 35 000]	...	...
Haiti	67 000	[56 000 – 78 000]	73 000	[61 000 – 87 000]	12 000	[5700 – 18 000]
Jamaica	10 000	[6700 – 14 000]	9900	[7300 – 13 000]	...	...
Trinidad y Tobago	4700	[3500 – 6100]	3300	[2600 – 4300]	...	...
AMÉRICA CENTRAL Y AMÉRICA DEL SUR	490 000	[420 000 – 590 000]	370 000	[330 000 – 420 000]	36 000	[25 000 – 50 000]
Argentina	36 000	[28 000 – 45 000]	25 000	[20 000 – 30 000]	...	...
Belice	2600	[2100 – 3100]	1900	[1600 – 2200]	...	...
Bolivia	3600	[2700 – 4800]	3500	[2700 – 4600]	...	...
Brasil	...	[180 000 – 330 000]	...	[140 000 – 210 000]	...	...
Chile	12 000	[9700 – 15 000]	7200	[5500 – 9300]	...	...
Colombia	50 000	[38 000 – 65 000]	65 000	[51 000 – 80 000]	...	...
Costa Rica	2800	[2100 – 3600]	1300	[<1000 – 1700]	...	...
Ecuador	11 000	[8400 – 15 000]	11 000	[8200 – 14 000]	...	...
El Salvador	11 000	[8500 – 14 000]	8000	[6000 – 11 000]	...	...
Guatemala	20 000	[15 000 – 26 000]	9600	[7200 – 13 000]	...	...
Guyana	2800	[1100 – 4200]	3800	[2400 – 5700]	...	...
Honduras	12 000	[7900 – 16 000]	13 000	[9700 – 18 000]	...	...
Nicaragua	2100	[1600 – 2800]	1100	[<1000 – 1400]	...	...
Panamá	6300	[4200 – 11 000]	7600	[4900 – 15 000]	...	...
Paraguay	3800	[2900 – 4800]	2700	[2100 – 3700]	...	...
Perú	18 000	[14 000 – 25 000]	15 000	[12 000 – 19 000]	...	...
Suriname	1100	[<1000 – 1600]	<1000	[<1000 – 1300]	...	...
Uruguay	3100	[2600 – 3600]	2100	[1800 – 2500]	...	...
Venezuela	...	...	...	...	...	...



NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

	2001 Niños (0-14)		2009 Porcentaje prevalencia en mujeres jóvenes (15-24)		2001 Porcentaje prevalencia en hombres jóvenes (15-24)	
	Estimación	[estimación baja - alta]	Estimación	[estimación baja - alta]	Estimación	[estimación baja - alta]
AMÉRICA DEL NORTE	5200	[2900 - 7700]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,2 - 0,4]
Canadá	0,1	[<0,1 - 0,2]	0,1	[<0,1 - 0,5]
México	0,1	[0,1 - 0,2]	0,2	[0,1 - 0,2]
Estados Unidos de América	0,2	[0,1 - 0,3]	0,3	[0,2 - 0,5]
CARIBE	18 000	[9100 - 27 000]	0,8	[0,6 - 1,0]	0,4	[0,3 - 0,7]
Bahamas	3,1	[0,8 - 6,6]	1,4	[0,5 - 2,8]
Barbados	1,1	[0,8 - 1,4]	0,9	[0,7 - 1,1]
Cuba	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,3]
República Dominicana	0,7	[0,4 - 0,9]	0,3	[0,1 - 0,4]
Haiti	12 000	[6300 - 19 000]	1,3	[1,0 - 1,8]	0,6	[0,4 - 0,8]
Jamaica	0,7	[0,3 - 1,4]	1,0	[0,4 - 3,1]
Trinidad y Tobago	0,7	[0,3 - 1,2]	1,0	[0,4 - 3,3]
AMÉRICA CENTRAL Y AMÉRICA DEL SUR	30 000	[20 000 - 42 000]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,2 - 0,5]
Argentina	0,2	[0,1 - 0,3]	0,3	[0,1 - 0,8]
Belice	1,8	[1,4 - 2,7]	0,7	[0,5 - 1,1]
Bolivia	0,1	[<0,1 - 0,1]	0,1	[<0,1 - 0,3]
Brasil	[0,1 - 0,4]	...	[0,1 - 0,3]
Chile	0,1	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,7]
Colombia	0,1	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,7]
Costa Rica	0,1	[0,1 - 0,2]	0,2	[0,1 - 0,3]
Ecuador	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,8]
El Salvador	0,3	[0,1 - 0,5]	0,4	[0,2 - 1,3]
Guatemala	0,3	[0,2 - 0,6]	0,5	[0,2 - 1,4]
Guyana	0,8	[0,2 - 1,5]	0,6	[0,2 - 1,0]
Honduras	0,2	[0,1 - 0,4]	0,3	[0,1 - 1,1]
Nicaragua	0,1	[0,1 - 0,1]	0,1	[0,1 - 0,2]
Panamá	0,3	[0,1 - 0,5]	0,4	[0,2 - 1,3]
Paraguay	0,1	[0,1 - 0,2]	0,2	[0,1 - 0,6]
Perú	0,1	[0,1 - 0,2]	0,2	[0,1 - 0,3]
Suriname	0,4	[0,2 - 0,7]	0,6	[0,2 - 2,0]
Uruguay	0,2	[0,1 - 0,3]	0,3	[0,1 - 1,0]
Venezuela

NÚMERO ESTIMADO DE NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH

	2009		2001		2009	
	Tasa de incidencia en adultos (15-49)		Tasa de incidencia en adultos (15-49)		Nuevas infecciones en adultos y niños	
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]
AMÉRICA DEL NORTE	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	70 000	[44 000 – 130 000]
Canadá	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[2 300 – 4 300]
México	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[8800 – 21 000]
Estados Unidos de América	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	54 000	[24 000 – 110 000]
CARIBE	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – 0,11]	17 000	[13 000 – 21 000]
Bahamas	...	[<0,10 – 0,62]	...	[<0,10 – 0,43]	...	[<200 – 1200]
Barbados	...	[<0,10 – 0,16]	...	[<0,10 – 0,13]	...	[<200 – <500]
Cuba	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – <1000]
República Dominicana	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – 0,10]	3600	[1600 – 5000]
Haiti	0,15	[0,10 – 0,19]	0,19	[0,15 – 0,23]	8800	[6500 – 11 000]
Jamaica	0,13	[<0,10 – 0,27]	0,19	[0,10 – 0,25]	2100	[<1000 – 4200]
Trinidad y Tobago	...	[<0,10 – 0,21]	...	[0,10 – 0,19]	...	[<1000 – 1800]
AMÉRICA CENTRAL Y AMÉRICA DEL SUR	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	92 000	[70 000 – 120 000]
Argentina	<0,10	[<0,10 – <0,10]	<0,10	[<0,10 – <0,10]	7500	[4100 – 11 000]
Belice	0,20	[0,13 – 0,32]	0,30	[0,23 – 0,35]	<500	[<500 – <1000]
Bolivia	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<1000 – 1600]
Brasil	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[18 000 – 70 000]
Chile	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[1400 – 4300]
Colombia	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[2800 – 16 000]
Costa Rica	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – 1100]
Ecuador	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[1100 – 6200]
El Salvador	...	[<0,10 – 0,11]	...	[<0,10 – 0,14]	...	[1200 – 4000]
Guatemala	...	[<0,10 – 0,15]	...	[<0,10 – 0,12]	...	[3600 – 11 000]
Guyana	...	[<0,10 – 0,17]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<100 – <1000]
Honduras	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – 0,13]	...	[<1000 – 3700]
Nicaragua	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – 1300]
Panamá	...	[<0,10 – 0,11]	...	[<0,10 – 0,14]	...	[<1000 – 2200]
Paraguay	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<1000 – 1600]
Perú	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[2300 – 6700]
Suriname	<0,10	[<0,10 – <0,10]	0,11	[<0,10 – 0,16]	<500	[<100 – <500]
Uruguay	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<0,10 – <0,10]	...	[<500 – <1000]
Venezuela	...	...	...	...	...	...

A1

NÚMERO ESTIMADO DE NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH

NÚMERO ESTIMADO DE DEFUNCIONES RELACIONADAS CON EL SIDA

	2009		2009		2001	
	Nuevas infecciones en adultos		Defunciones relacionadas con el sida en adultos y niños		Defunciones relacionadas con el sida en adultos y niños	
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]
AMÉRICA DEL NORTE	69 000	[43 000 – 120 000]	26 000	[22 000 – 44 000]	30 000	[26 000 – 35 000]
Canadá	...	[<1000 – 3800]	<500	[<500 – <1000]	<500	[<500 – <1000]
México	...	[8300 – 20 000]	...	[6400 – 12 000]	...	[9800 – 15 000]
Estados Unidos de América	54 000	[24 000 – 110 000]	17 000	[13 000 – 36 000]	17 000	[14 000 – 23 000]
CARIBE	15 000	[12 000 – 19 000]	12 000	[8500 – 15 000]	19 000	[16 000 – 23 000]
Bahamas	...	[<100 – 1100]	<500	[<200 – <1000]	<1000	[<500 – <1000]
Barbados	...	[<200 – <500]	<100	[<100 – <100]	<100	[<100 – <100]
Cuba	...	[<500 – <1000]	<100	[<100 – <500]	<200	[<100 – <200]
República Dominicana	3200	[1300 – 4400]	2300	[1300 – 3400]	3900	[2900 – 5500]
Haití	7600	[5400 – 10 000]	7100	[5200 – 9400]	12 000	[9200 – 14 000]
Jamaica	2000	[<1000 – 4000]	1200	[<500 – 2100]	2700	[2100 – 3500]
Trinidad y Tobago	...	[<1000 – 1700]	<1000	[<500 – <1000]	<1000	[<500 – <1000]
AMÉRICA CENTRAL Y AMÉRICA DEL SUR	87 000	[66 000 – 120 000]	58 000	[43 000 – 70 000]	53 000	[44 000 – 65 000]
Argentina	7400	[4100 – 11 000]	2900	[1600 – 4500]	2800	[1600 – 4100]
Belice	<500	[<500 – <1000]	<500	[<500 – <500]	<500	[<200 – <500]
Bolivia	...	[<500 – 1500]	<1000	[<1000 – 1200]	<1000	[<1000 – 1100]
Brasil	...	[17 000 – 69 000]	...	[2000 – 25 000]	...	[7200 – 24 000]
Chile	...	[1200 – 4000]	...	[<1000 – 2200]	...	[<500 – 1200]
Colombia	...	[2300 – 16 000]	14 000	[11 000 – 18 000]	13 000	[9800 – 17 000]
Costa Rica	...	[<500 – 1000]	<500	[<100 – <1000]	<100	[<100 – <200]
Ecuador	...	[<100 – <100]	2200	[1300 – 3300]	2800	[2100 – 3700]
El Salvador	...	[1000 – 3800]	1400	[<1000 – 2100]	<1000	[<200 – 1100]
Guatemala	...	[3200 – 10 000]	2600	[1600 – 3700]	1500	[1000 – 2100]
Guyana	...	[<100 – <1000]	<500	[<100 – <1000]	<1000	[<1000 – 1300]
Honduras	...	[<1000 – 3400]	2500	[1700 – 3400]	3700	[2800 – 5000]
Nicaragua	...	[<500 – 1300]	<500	[<200 – <500]	<200	[<200 – <500]
Panamá	...	[<1000 – 2100]	1500	[<1000 – 3600]	1600	[<1000 – 3200]
Paraguay	...	[<1000 – 1600]	...	[<500 – <1000]	...	[<500 – <1000]
Perú	...	[2100 – 6300]	5000	[3800 – 6600]	6300	[5200 – 7900]
Suriname	<200	[<100 – <500]	<200	[<200 – <500]	<500	[<200 – <500]
Uruguay	...	[<500 – <1000]	...	...	...	...
Venezuela	...	...	...	...	...	...

NÚMERO ESTIMADO DE HUÉRFANOS A CAUSA DEL SIDA

PREVALENCIA (%) DEL VIH EN GRUPOS DE MAYOR RIESGO EN LA CIUDAD CAPITAL

	2009		2001		Usuarios de drogas inyectables		Mujeres profesionales del sexo		Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	
	Huérfanos (0-17) actualmente con vida		Huérfanos (0-17)		Año	VIH (%)	Año	VIH (%)	Año	VIH (%)
	Estimación	[estimación baja – alta]	Estimación	[estimación baja – alta]						
AMÉRICA DEL NORTE	140 000	[110 000 – 180 000]	210 000	[160 000 – 260 000]	...	...	...	...	...	...
Canadá	2008	12,7	...	...	2008	14,7
México	2009	5,0	2009	0,9	2009	10,2
Estados Unidos de América
CARIBE	140 000	[110 000 – 170 000]	100 000	[63 000 – 170 000]	...	...	...	...	...	...
Bahamas	2009	25,6
Barbados
Cuba	2009	0,1	2009	0,7
República Dominicana	2008	4,8	2004	10,7
Haití	2009	5,3	...	...
Jamaica	2009	4,9	2007	31,8
Trinidad y Tobago
AMÉRICA CENTRAL Y AMÉRICA DEL SUR	240 000	[200 000 – 280 000]	190 000	[150 000 – 240 000]	...	...	...	...	...	...
Argentina	2008	11,9	2008	1,9	2008	11,8
Belice
Bolivia	2008	11,6
Brasil	2009	5,9	...	...	2009	12,6
Chile	2009	20,3
Colombia	2008	1,6	...	...
Costa Rica	2009	12,7
Ecuador
El Salvador	2009	4,1	2009	9,8
Guatemala	2006	1,0	2006	18,3
Guyana	2009	16,6	2009	19,4
Honduras	2006	2,3	2006	6,6
Nicaragua	2009	4,2
Panamá
Paraguay	2008	1,8	2008	9,6
Perú	2009	10,1
Suriname
Uruguay	2008	9,1
Venezuela

A1

Seguimiento del progreso realizado en las respuestas nacionales al VIH

Al adoptar la Declaración de compromiso sobre el VIH/Sida de 2001, los Estados Miembros de las Naciones Unidas acordaron revisar sistemáticamente e informar con regularidad sobre el progreso realizado hacia la concreción del acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH para 2010. Como parte del proceso de revisión y en nombre del Secretario General de las Naciones Unidas, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) solicita a los Estados Miembros que le presenten informes bienales – los Informes de progresos de los países – sobre un conjunto de indicadores básicos normalizados.

La información proporcionada en los Informes de progresos de los países representa los datos más completos y accesibles sobre el estado de la epidemia y el progreso que los países logran en la respuesta. El objetivo principal de este anexo es compilar esos datos en un solo lugar y, de esa manera, efectuar un seguimiento transparente del progreso realizado en la consecución de las metas establecidas en la Declaración de compromiso y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Los datos compilados permiten una comprensión más profunda de las respuestas mundiales, regionales y nacionales a la epidemia.

INDICADORES

Los indicadores básicos se han consolidado y perfeccionado en cada ronda de informes desde 2003, año en que se publicó el primer Informe de progreso del UNGASS, Seguimiento del UNGASS de 2001: Informe de progreso en la respuesta mundial al VIH/SIDA. Esta tarea continua se lleva a cabo en colaboración con asociados mundiales y el Grupo de Referencia sobre Vigilancia y Evaluación del ONUSIDA (MERC, por sus siglas en inglés), que establece los estándares internacionales para vigilancia y evaluación. Los detalles sobre cómo se desarrollaron los indicadores se pueden consultar en el sitio web del ONUSIDA, en el documento “Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida:

Directrices para el desarrollo de indicadores básicos (marzo de 2009)”.

Se les pidió a todos los países, independientemente de su situación económica o epidemiológica, que informaran sobre todos los indicadores, según correspondiera. Se esperaba que los países analizaran cada indicador desde la perspectiva de la dinámica particular de su epidemia. Cuando los países optaban por no informar sobre un indicador determinado, se les pedía que explicaran el motivo por el cual lo hacían. De esta forma se pudo realizar un análisis que diferencia entre una ausencia de datos, la falta de aplicabilidad de determinados indicadores a situaciones nacionales concretas o la irrelevancia de la cuestión en particular, como huérfanos y niños vulnerables en lugares de baja prevalencia.

TASAS DE RESPUESTA

En 2010, 182 países (94% de los Estados Miembros de las Naciones Unidas) presentaron Informes de progresos los países al ONUSIDA. La proporción de los Estados Miembros que presentan estos informes ha aumentado sistemáticamente en cada una de las cuatro rondas de informes, tal como se observa en las figuras 1 y 2. En la primera ronda, algo más de la mitad (54%) de los Estados Miembros presentaron informes; en 2006, la proporción se elevó al 64% y al 77% en 2008.

Todas las regiones salvo dos tienen tasas de respuesta superiores al 90%. Hubo un incremento considerable en la cantidad de informes recibidos de Europa occidental y central, lo que provocó un aumento en la tasa de respuesta para esta región del 67% en 2008 al 88% en 2010. No se observó cambio alguno en la tasa de respuesta de Asia oriental: tres de los cinco países de esta región presentaron informes, al igual que en 2008.

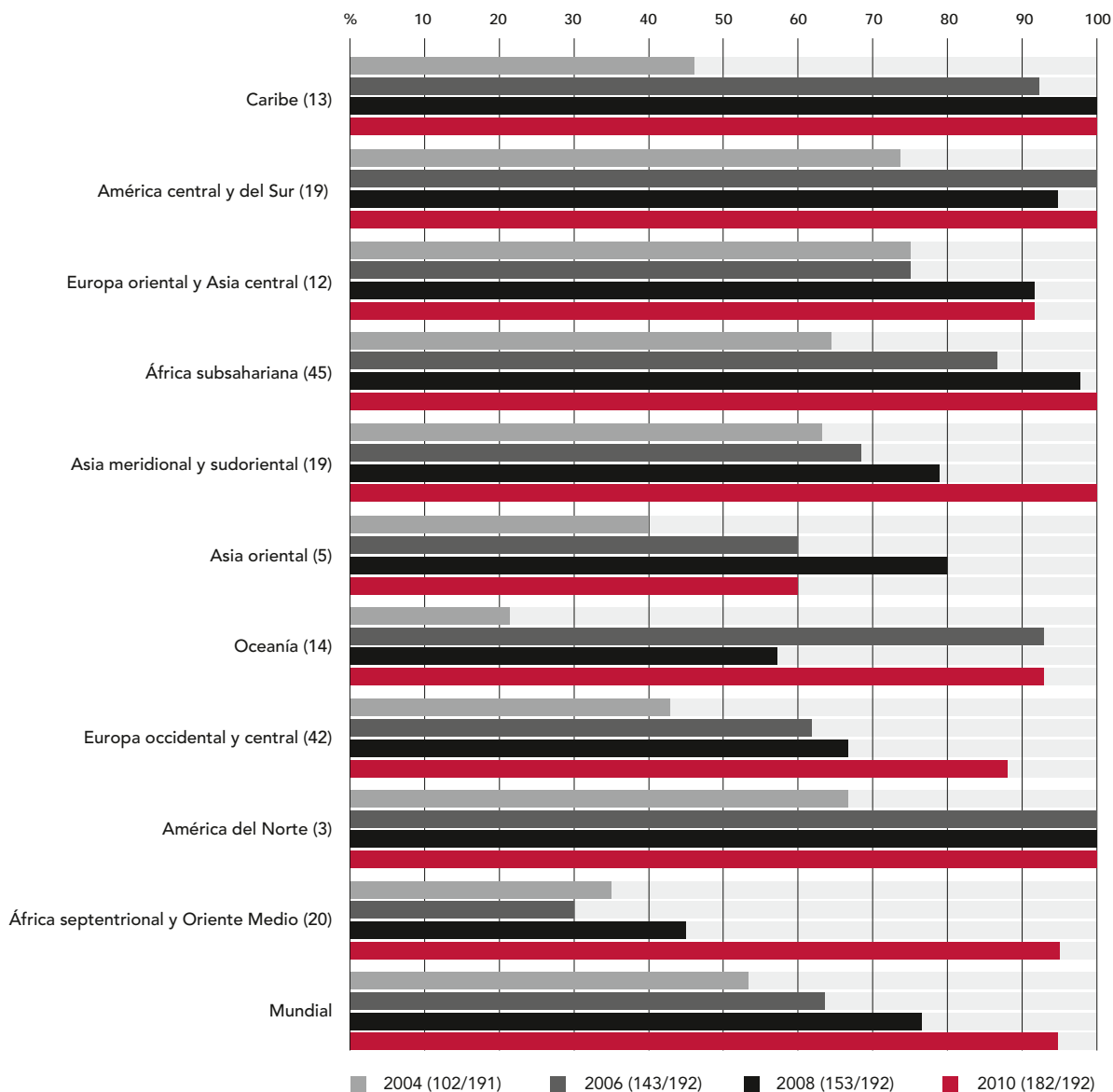
El aumento más notorio en las tasas de respuesta se observó en África septentrional y Oriente Medio, donde el porcentaje de Estados Miembros que enviaron Informes de progresos de los países subió del 45% en 2008 al 95% en 2010.

Figura A2.1

Tasas de respuesta por región y ronda de informes*

Informes del UNGASS enviados por región (Estados Miembros de las Naciones Unidas que enviaron informes/número total de Estados Miembros)

* Incluye todos los informes de progresos de los países presentados al ONUSIDA, incluidos los que se enviaron fuera de plazo o incompletos.



A2

Figure A2.2

Informes de progresos de los países recibidos por año*

* Incluye todos los informes de progresos de los países presentados al ONUSIDA, incluidos los que se enviaron fuera de plazo o incompletos.

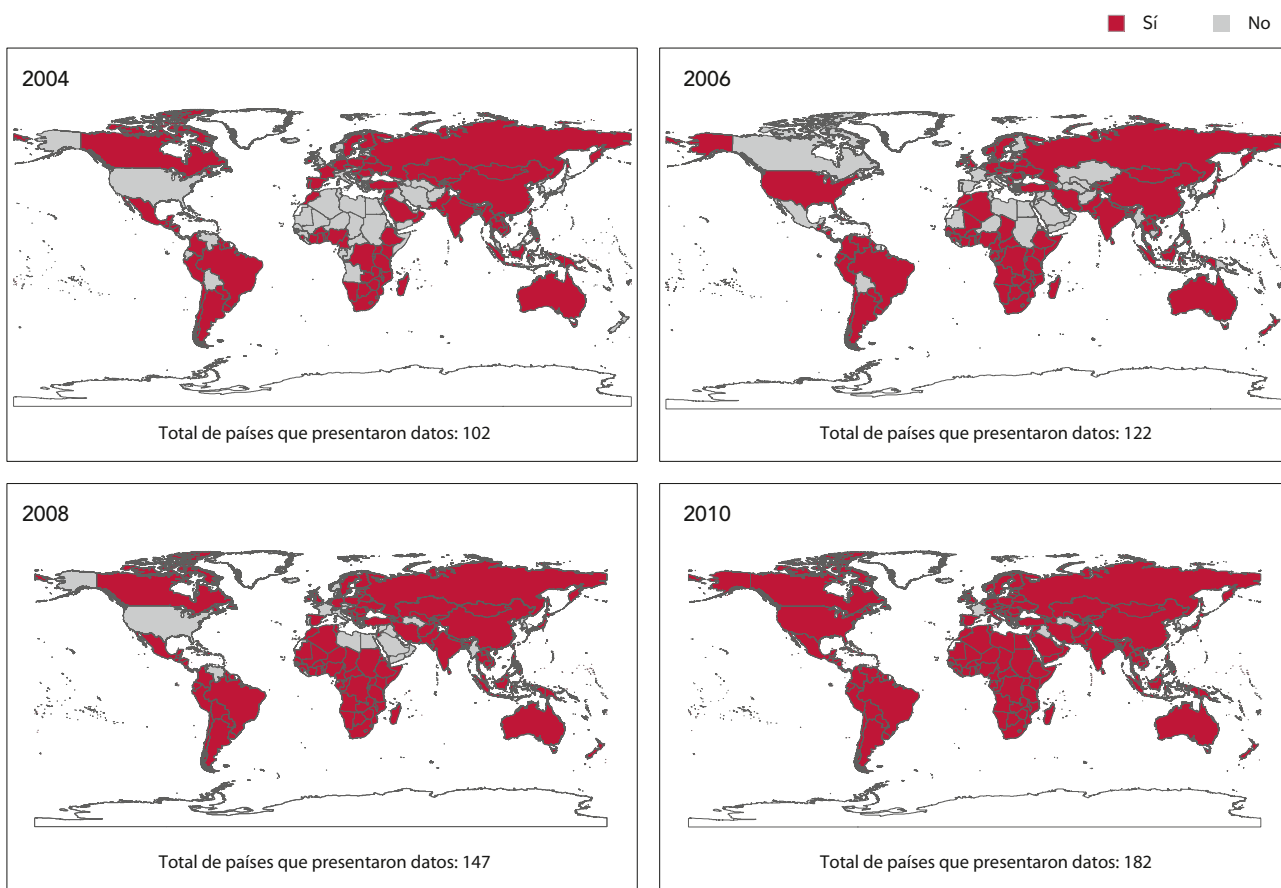


Tabla A2.1

Países que no presentaron informes sobre la aplicación de la Declaración de compromiso en 2010 (n=10)

Andorra	Islandia	San Marino
República Popular Democrática de Corea	Iraq	Turkmenistán
República de Corea	Kiribati	
Francia	Liechtenstein	

Tabla A2.2

Países que presentaron informes sobre la aplicación de la Declaración de compromiso en 2010 (n=182)

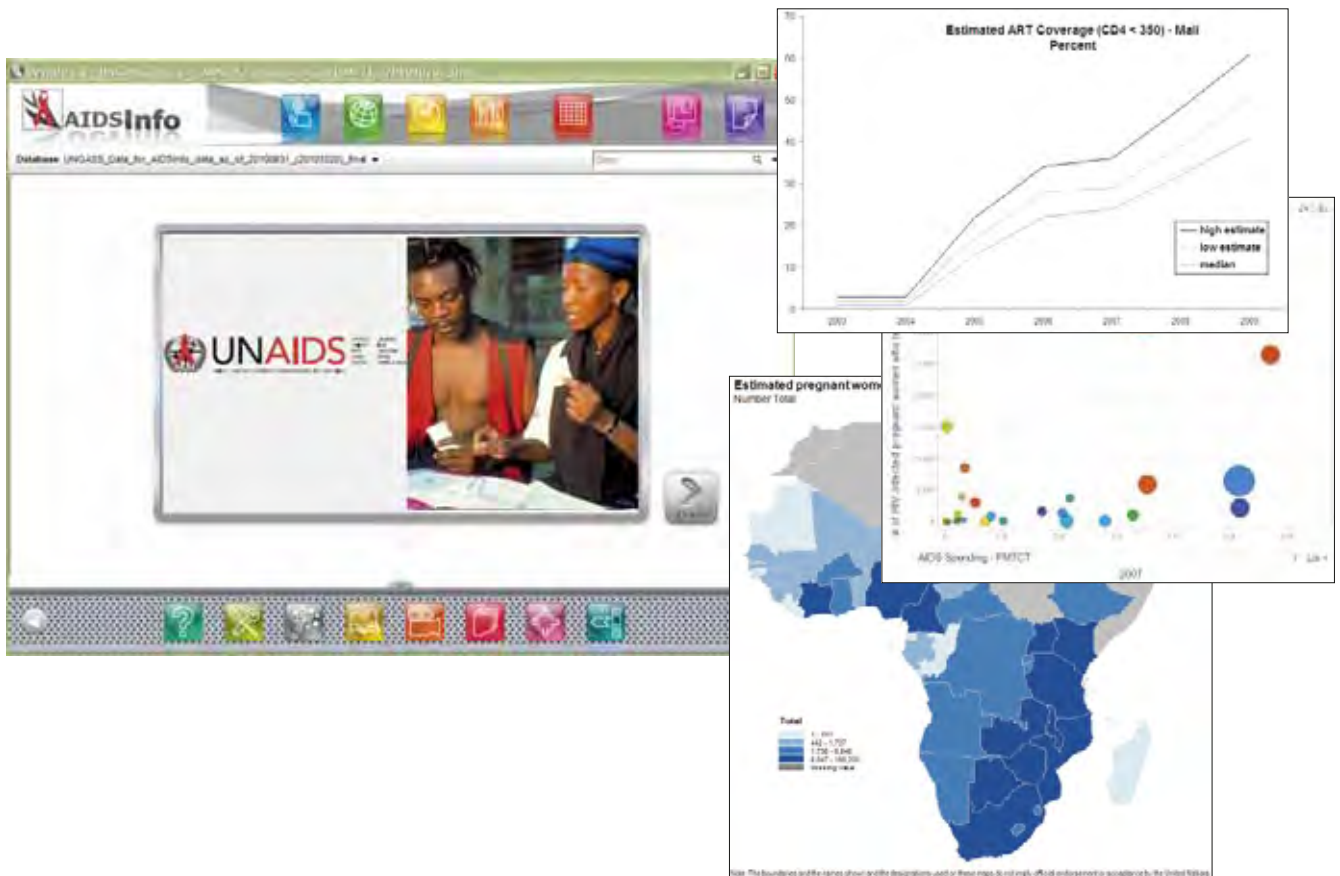
Afganistán	Djibouti	Luxemburgo	Samoa
Albania	Dominica	Madagascar	Santo Tomé y Príncipe
Algeria	República Dominicana	Malawi	Arabia Saudita
Angola	Ecuador	Malasia	Senegal
Antigua y Barbuda	Egipto	Maldivas	Serbia
Argentina	El Salvador	Malí	Seychelles
Armenia	Guinea Ecuatorial	Malta	Sierra Leona
Australia	Eritrea	Islas Marshall	Singapur
Austria	Estonia	Mauritania	Eslovaquia
Azerbaiyán	Etiopía	Mauricio	Eslovenia
Bahamas	Fiji	México	Islas Salomón
Bahrein	Finlandia	Micronesia, Estados Federados de	Somalia
Bangladesh	Gabón	Moldova	Sudáfrica
Barbados	Gambia	Mónaco	España
Belarús	Georgia	Mongolia	Sri Lanka
Bélgica	Alemania	Montenegro	Sudán
Belice	Ghana	Marruecos	Suriname
Benin	Grecia	Mozambique	Swazilandia
Bhután	Granada	Myanmar	Suecia
Bolivia	Guatemala	Namibia	Suiza
Bosnia y Herzegovina	Guinea	Nauru	República Árabe Siria
Botswana	Guinea-Bissau	Nepal	Tayikistán
Brasil	Guyana	Países Bajos	Tailandia
Brunei Darussalam	Haiti	Nueva Zelandia	ex República Yugoslava de Macedonia
Bulgaria	Honduras	Nicaragua	Timor-Leste
Burkina Faso	Hungría	Níger	Togo
Burundi	India	Nigeria	Tonga
Camboya	Indonesia	Noruega	Trinidad y Tobago
Camerún	Irán, República Islámica del	Omán	Túnez
Canadá	Irlanda	Pakistán	Turquía
Cabo Verde	Israel	Palau	Tuvalu
República Centroafricana	Italia	Panamá	Uganda
Chad	Jamaica	Papua Nueva Guinea	Ucrania
Chile	Japón	Paraguay	Emiratos Árabes Unidos
China	Jordania	Perú	Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
Colombia	Kazajstán	Filipinas	República Unida de Tanzania
Comoras	Kenya	Polonia	Estados Unidos de América
Congo, República Democrática del	Kuwait	Portugal	Uruguay
Costa Rica	Kirguistán	Qatar	Uzbekistán
Côte d'Ivoire	República Democrática Popular Lao	Rumania	Vanuatu
Croacia	Letonia	Federación de Rusia	Venezuela
Cuba	Libano	Rwanda	Viet Nam
Chipre	Lesotho	Saint Kitts y Nevis	Yemen
República Checa	Liberia	Santa Lucía	Zambia
República Democrática del Congo	Jamahiriyá Árabe Libia	San Vicente y las Granadinas	Zimbabwe
Dinamarca	Lituania		

Para facilitar el uso de los datos relacionados con el sida en el ámbito nacional y mundial, el ONUSIDA ha creado AIDSInfoOnline. AIDSInfoOnline es una herramienta de visualización y difusión, basada en el proyecto DevInfo. Contiene datos de múltiples organismos, entre ellos, la OMS, Measure DHS, el ONUSIDA y el UNICEF. AIDSInfo contiene un gran número de datos multisectoriales sobre VIH, que incluyen el gasto relativo al sida, estimaciones epidemiológicas, datos programáticos facilitados por los países y respuestas al Índice compuesto de política nacional del gobierno y la sociedad civil.

Las posibilidades de visualización de datos de AIDSInfoOnline permiten una rápida generación de gráficos, mapas y tablas, además de la exportación de datos y gráficos a numerosos formatos para su presentación y análisis. AIDSInfoOnline permite la comparación de indicadores similares provenientes de múltiples fuentes. Se ofrece en forma gratuita y se puede instalar en una PC o como servicio en línea.

Para AIDSInfoOnline, se están preparando materiales de aprendizaje en línea con el objetivo de familiarizar a los usuarios con la herramienta y sus funciones avanzadas, introducir de forma permanente datos relevantes y complementarios en la base de datos, y ayudar y orientar a entidades regionales y nacionales que deseen establecer centros de datos sobre el VIH/sida.

AIDSInfoOnline tiene como finalidad ser la fuente principal de datos relativos al VIH y al sida a nivel mundial y brindar a sus usuarios la forma más innovadora e interactiva de explorar esos datos.



VALIDACIÓN DE DATOS

Un grupo de especialistas en evaluación del ONUSIDA llevó a cabo una revisión completa de los datos para verificar su integridad, exactitud y armonización en relación con los indicadores básicos. El ONUSIDA contactó con 150 países para formularles preguntas complementarias sobre los datos. La mayoría de los problemas relativos a los datos facilitados se resolvieron durante estas comunicaciones. Las cuestiones que no se resolvieron a la fecha de la publicación no se incluyeron en los análisis de datos resumidos en el presente informe.

Además, se realizó un proceso de puesta en común de los datos facilitados al ONUSIDA, el Fondo mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, el UNICEF, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR), la OMS y Measure DHS (datos recabados a través del programa de Encuestas de Demografía y Salud). Debido a las discrepancias identificadas en esta puesta en común, se establecieron comunicaciones directas con los puntos focales nacionales para los informes del UNGASS en 113 países con el objeto de aclarar y resolver las dudas pendientes. Más del 85% de estos 113 países respondieron con información aclaratoria.

Debido a su naturaleza compleja, se emprendieron procesos de validación por separado para la Matriz nacional de gastos relativos al sida y el Índice compuesto de política nacional (ICPN), un cuestionario que evalúa el progreso realizado en la formulación de políticas y estrategias nacionales sobre el VIH. En el ONUSIDA se efectuó una revisión exhaustiva de los datos para verificar la integridad y exactitud de las matrices de financiación presentadas. Se estableció contacto con 111 países para formularles preguntas complementarias sobre los datos, la mayoría de las cuales se resolvieron mediante estas comunicaciones. Se verificaron la integridad de la respuesta y la uniformidad interna de los informes del ICPN. Los valores ilógicos o confusos se corrigieron; se estableció contacto con los países en aquellos casos en los que faltaban bastantes datos y en los que las presentaciones del ICPN eran múltiples y no estaban unificadas. Se contactó con 67 países para resolver problemas con los datos relativos al ICPN, y la mayoría de ellos respondió a estas dudas.

ÍNDICE COMPUESTO DE POLÍTICA NACIONAL (ICPN)

El Índice compuesto de política nacional, (ICPN), es un cuestionario que se completa mediante una revisión de documentos pertinentes y entrevistas con las personas más entendidas en los temas tratados. Una de las partes¹ del ICPN es completada por funcionarios gubernamentales, mientras que la otra² está a cargo de representantes de la sociedad civil y de organizaciones bilaterales o multilaterales. El proceso consultivo recomendado para responder al ICPN tiene como objetivo fomentar un marco propicio para la inclusión de ambas perspectivas, la gubernamental y la no gubernamental, en la respuesta unificada al ICPN que presenta el gobierno como parte del informe del UNGASS. Se recomienda firmemente que se organice un taller final con partes interesadas clave, incluidos los representantes de redes de personas que viven con el VIH y de poblaciones en mayor riesgo de infección y otras poblaciones vulnerables, para presentar, debatir y validar las respuestas al ICPN y redactarlo antes de la presentación final. En general, las respuestas de los gobiernos al ICPN son más optimistas que las que brindan los representantes no gubernamentales.

Puesto que hay más de 200 puntos de datos para el ICPN de cada uno de los países, no se incluyen todos en las tablas presentadas en este informe, pero se pueden consultar, junto con los informes individuales de los países, en el sitio web del ONUSIDA y en AIDSInfoOnline.org. Los datos validados de 171 Estados Miembros de las Naciones Unidas se incluyeron en los análisis resumidos del presente informe.

DESAFÍOS PARA LA VIGILANCIA DE LAS POBLACIONES CLAVE EN RIESGO

Garantizar que las muestras sean representativas a nivel nacional y establecer un sistema mundial de información respecto de la cobertura de los programas y de los comportamientos de riesgo para las poblaciones clave más expuestas al riesgo de infección por el VIH³ entrañan importantes dificultades técnicas y éticas. Se están desarrollando métodos para mejorar el muestreo de estos grupos de población con los que es difícil entrar en contacto (por ejemplo, el muestreo dirigido por encuestados). Si bien los nuevos métodos pueden

¹ Los funcionarios del gobierno responden las preguntas sobre el plan estratégico nacional, el apoyo político y las políticas y estrategias clave de los programas relacionados con el VIH.

² Los representantes de las organizaciones no gubernamentales responden las preguntas sobre la situación de los derechos humanos en el país con respecto al VIH; la participación de la sociedad civil en la respuesta al virus y sobre las políticas y estrategias clave de los programas relacionados con el VIH.

³ Antes, a estos grupos se los denominaba "poblaciones en mayor riesgo".

producir muestras más representativas, se reconoce que posiblemente nunca sea factible obtener una muestra nacional verdaderamente representativa. Sin embargo, aun cuando los países no puedan dar fe de la representatividad nacional de las muestras utilizadas para las encuestas de poblaciones clave en mayor riesgo de contraer el VIH, utilizar reiterativamente medidas con el mismo marco y metodología de muestreo puede producir datos confiables sobre las tendencias en comportamientos y cobertura de servicios.

Los datos obtenidos de las encuestas de vigilancia de conductas (EVC), que con frecuencia provienen de muestras de conveniencia urbanas en las zonas de influencia del programa, tienden a generar una desviación cuando se miden la cobertura de los servicios y los comportamientos de riesgo. Para posibilitar el seguimiento de las tendencias, se aconsejó a los países mantener constantes estas desviaciones mediante el uso de un marco de muestreo y una metodología uniformes. Para entender mejor las posibles desviaciones e interpretar fielmente los datos obtenidos en estas encuestas, se alentó a los países a facilitar datos para estos indicadores que hubieran sido revisados y avalados por expertos técnicos del país, como los grupos técnicos de trabajo en vigilancia y evaluación o los consejos nacionales de investigación.

Durante el análisis de los datos mundiales, se observaron varias diferencias metodológicas entre los países respecto del método utilizado para la recopilación de datos sobre las poblaciones clave en riesgo. En su mayoría, estas diferencias se relacionan con la definición de los grupos, los instrumentos de medición y el período utilizado para la recopilación de datos. Todas las diferencias detectadas se presentan sistemáticamente en las notas al pie de las tablas.

En el plano nacional, es importante interpretar estos datos de indicadores junto con el ICPN facilitado por el país, que ofrece una idea general sobre el marco normativo y la respuesta programática respecto de la mayoría de las poblaciones en riesgo de un país dado, tanto desde la perspectiva del gobierno como desde la de grupos no gubernamentales y de la sociedad civil.

CONSULTA NACIONAL

Si bien quizás son más pronunciadas en la vigilancia de comportamientos y cobertura de servicios para poblaciones clave en riesgo de VIH, las dificultades metodológicas afectan a los esfuerzos destinados a obtener estimaciones de los comportamientos y servicios. Por lo tanto, es importante evaluar las posibles desviaciones y otros errores de todos los datos disponibles a fin de obtener la evaluación más sólida posible del estado de la respuesta nacional.

Se aconseja encarecidamente a los países que lleven a cabo un proceso de consulta con todas las partes interesadas pertinentes para revisar y unificar los datos a nivel nacional. La finalidad de esta consulta es evaluar de forma conjunta los puntos fuertes y débiles de estos datos y lograr el consenso sobre su interpretación. Estos debates permiten una mejor comprensión de las respuestas nacionales y contribuyen al fortalecimiento de las respuestas multisectoriales.

La amplia mayoría de los Informes de progresos recibidos suministraron información sobre el proceso de consulta que se utilizó para la validación e interpretación de los datos. Estos informes se pueden consultar, en sus versiones completas y sin modificaciones, en el sitio web del ONUSIDA en www.unaids.org.

TABLAS DE DATOS DE LOS PAÍSES

Las siguientes tablas muestran los datos presentados al ONUSIDA en los Informes de progresos de los países, como parte del seguimiento del progreso realizado en la aplicación de la *Declaración de compromiso*. Para que el lector pueda analizar los cambios a través del tiempo, allí donde los indicadores y los métodos fueron consistentes para todos los años analizados, se proporcionan todos los datos disponibles de años anteriores. Siempre que fue posible, el año de recopilación de los datos se diferenció del año del informe. Los porcentajes y los números que aparecen en las tablas se redondearon al número entero más próximo. En el momento en que se elaboró este informe de referencia, aún se estaban revisando, en conjunto con los países, algunos de los datos de los Informes de progresos. En estos casos, así se indica explícitamente en una nota al pie en las Tablas de datos de los indicadores.

Es posible que los países no hayan presentado datos para un indicador determinado bien porque (1) no disponían de datos para elaborar el indicador según la definición del UNGASS, (2) el país utiliza una metodología o indicador alternativo para el seguimiento de este tema en particular o (3) el país eligió no informar sobre el indicador, puesto que no lo consideró pertinente a su epidemia. En algunos casos, cuando el país no presentó datos para ese indicador, se recurrió a una fuente alternativa para proporcionar valores. Un ejemplo de esta situación es el indicador de seguridad hematológica, para el que la Organización Mundial de la Salud (Departamento de Seguridad Transfusional) proporcionó valores complementarios. En los casos en que no se facilitaron datos para un indicador determinado ni tampoco hay datos disponibles de ese país provenientes de otra fuente equiparable, dicho país fue excluido de la tabla correspondiente.

Los valores incluidos en las tablas son los aprobados por los países. En algunos casos, estos valores difieren de los presentados originalmente debido al proceso de unificación. Por lo tanto, es posible que algunos de los valores que se presentan en estas tablas de datos difieran de los publicados en el Informe de progresos de cada país.

Además de los datos facilitados por los países, se ofrecen los valores obtenidos en la Encuesta de Demografía y Salud o la encuesta basada en indicadores múltiples más reciente. Ante la ausencia de intervalos de confianza y notas metodológicas detalladas que sirvan para interpretar los datos presentados originalmente por los países, estos valores permiten cierta triangulación muy sencilla de los datos. Sin embargo, en muchos casos, estas encuestas se utilizaron como fuente para el informe del país, lo que no debe malinterpretarse como una convergencia de valores de diferentes fuentes, sino como una repetición de los mismos datos.

SEGUIMIENTO DEL PROGRESO HACIA LA CONCRECIÓN DEL OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO 6

El seguimiento del progreso realizado hacia la concreción del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 6, “detener y comenzar reducir la epidemia de VIH”, se realiza mediante los datos presentados en los Informes de progresos de los países recibidos de los Estados Miembros de las Naciones Unidas. Estos informes incluyen datos sobre 25 indicadores básicos normalizados para hacer un seguimiento del progreso realizado en la aplicación de la *Declaración de compromiso* suscrita en el Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (UNGASS) de 2001.

Este informe describe y presenta datos por países para los 25 indicadores del UNGASS, cinco de los cuales también están explícitamente incluidos en el conjunto básico de indicadores utilizados para el seguimiento del progreso realizado hacia la concreción del ODM 6 y están disponibles en la base de datos de ODM en www.mdgs.un.org. Los datos correspondientes a estos cinco indicadores se obtienen de los Informes de progresos de los países, y el UNUSIDA, el UNICEF y la OMS los proporcionan a la División de Estadísticas de las Naciones Unidas. La Tabla A2.3 muestra las tasas de respuesta para estos indicadores en las cuatro rondas de informes del UNGASS.

Tabla A2.3

Tasas de respuesta sobre los indicadores para el seguimiento del progreso realizado hacia la concreción del Objetivo de Desarrollo del Milenio 6: detener y comenzar a reducir la epidemia de VIH

		2004	2006	2008	2010
TERAPIA ANTI-RRETROVÍRICA	Número de países que respondieron	113	118	117	154
	Tasa de respuesta	60%	61%	61%	80%
ASISTENCIA ESCOLAR ENTRE HUÉRFANOS	Número de países que respondieron	N/A	N/A	50	46
	Tasa de respuesta	N/A	N/A	26%	24%
CONOCIMIENTO ENTRE JÓVENES	Número de países que respondieron	38	16	110	119
	Tasa de respuesta	20%	8%	57%	62%
USO DEL PRESERVATIVO	Número de países que respondieron	34	20	91	106
	Tasa de respuesta	18%	10%	47%	55%
PREVALENCIA	Número de países que respondieron	N/A	N/A	91	106
	Tasa de respuesta	N/A	N/A	47%	55%

Indicadores del compromiso nacional

GASTO RELATIVO AL SIDA

A medida que continúa la ampliación de la respuesta nacional e internacional al sida, es cada vez más importante hacer un seguimiento detallado y preciso del origen de esos fondos y la forma en que se aplican a nivel nacional. Los datos se utilizan para medir el compromiso y la acción en el plano nacional, componentes importantes de la *Declaración de compromiso del UNGASS sobre el VIH/sida*. Cuando se agrupan entre varios países, los datos ayudan a evaluar la situación de la respuesta a nivel mundial. Además, los datos ayudan a los responsables de tomar decisiones en el ámbito nacional a vigilar el alcance y la eficacia de sus programas, y conforman las bases para la asignación de recursos y la mejora de los procesos de planificación estratégica.

Dado que los países pueden elegir entre diferentes metodologías e instrumentos para vigilar el flujo de los fondos para el sida (p. ej., Mediciones del Gasto en Sida [MEGAS]; subcuenta del sida de las cuentas nacionales de salud [CNS] y las Encuestas ad hoc sobre el Flujo de

los Recursos), la Matriz nacional de gasto relativo al sida incluye una hoja de cálculo que permite introducir, revisar y enviar fácilmente los datos financieros obtenidos con cualquiera de estas tres metodologías. Si bien las MEGAS brindan información sobre los gastos en actividades llevadas a cabo fuera del sistema de salud, se han desarrollado métodos que permiten la comparación entre las MEGAS y las CNS correspondientes a los gastos de salud destinados al sida. Por lo tanto, ambos instrumentos pueden hacer un seguimiento de los gastos de salud relativos al sida. Se inició un proceso de concordancia semejante para el Proyecto de Flujo de Recursos del Instituto Demográfico Interdisciplinario de UNFPA/ONUSIDA/Países Bajos.

Definición

Gasto nacional e internacional relativo al sida, por categorías y fuentes de financiación.

Metodología

Este indicador se mide utilizando una Medición del Gasto en Sida (MEGAS), que documenta los gastos reales clasificados en ocho categorías de gasto relativo al sida y en tres fuentes principales de financiación, incluido el gasto público de fuentes propias (es decir, de los ingresos fiscales, como los impuestos) y de fuentes internacionales.

Categorías de gasto

1. Prevención
2. Atención y tratamiento
3. Huérfanos y niños vulnerables
4. Fortalecimiento de la gestión y la administración de los programas
5. Incentivos para recursos humanos
6. Protección social y servicios sociales (excluidos huérfanos y niños vulnerables)
7. Desarrollo de entornos habilitantes y de la comunidad
8. Investigación (exceptuada la investigación operativa, incluida en gestión de programas).

Fuentes de financiación

1. Pública nacional
2. Internacional
3. Privada nacional (opcional para el informe del UNGASS)

Tabla A2.4

Tasas de respuesta para el gasto relativo al sida

		2004	2006	2008	2010
GASTO RELATIVO AL SIDA	Número de países que respondieron	N/A	95	106	137
	Tasa de respuesta	N/A	50%	55%	71%

En 2010, 137 países (71% de los Estados Miembros de las Naciones Unidas) informaron sobre el gasto nacional e internacional en materia de sida. Las tasas de respuesta para este indicador aumentaron de manera sistemática en cada ronda de informes. Un total de 95 países presentaron informes en 2006, 106 en 2008 y 137 en 2010. Europa oriental y Asia central, América Central y del Sur, Asia meridional y sudoriental y África subsahariana son las regiones con las tasas más altas de respuesta: más del 80% de los países de estas regiones informaron sobre el gasto relativo al VIH. No todos los países informaron de una matriz de gasto completa. Algunos facilitaron información sólo del gasto total (11%), por lo tanto, las cifras no se desglosaron entre las ocho categorías de gasto relativo al sida (prevención, tratamiento y atención, HNV, etc.). De los 122 países que informaron sobre el gasto utilizando las categorías de gasto relativo al sida, 112 informaron sobre el gasto en algunas o todas las subcategorías de las ocho categorías, por ejemplo: terapia antirretrovírica, atención domiciliaria, prevención de la transmisión materno-infantil o seguridad hematológica, entre otras.

POLÍTICAS GUBERNAMENTALES SOBRE VIH Y SIDA: ÍNDICE COMPUESTO DE POLÍTICA NACIONAL

Objetivo

Evaluar el progreso realizado en el desarrollo y la aplicación de políticas, estrategias y leyes en materia de VIH a nivel nacional.

El ICPN es un extenso cuestionario que tiene cerca de 200 preguntas. Es el cuestionario normalizado más completo que existe para evaluar las siguientes áreas generales de aplicación de políticas, estrategias y programas para la respuesta al VIH:

Parte A: respondida por funcionarios del gobierno

1. Plan estratégico
2. Apoyo político
3. Prevención
4. Tratamiento, atención y apoyo
5. Vigilancia y evaluación

Parte B: respondida por representantes de la sociedad civil

1. Derechos humanos
2. Participación de la sociedad civil
3. Prevención
4. Atención y apoyo

Si bien generalmente se hace referencia al ICPN como un “indicador” o índice, no se lo utiliza en ese sentido. El ICPN ofrece una oportunidad única para que diversas partes interesadas hagan un balance sobre el progreso realizado y analicen qué queda por hacer para respaldar una respuesta eficaz y eficiente al VIH. Muchos de los Informes de progresos de los países recibidos en 2010 describen el papel que ha desempeñado el ICPN en el fortalecimiento de la colaboración interna y el aumento de la apropiación compartida de la respuesta al VIH.

El ICPN es una parte integral del conjunto de indicadores del UNGASS desde la primera ronda. Algunas de las preguntas permanecen iguales desde 2004, y la mayoría de las preguntas de esta ronda de informes son similares a las de 2006 y 2008. Esto permite la realización de análisis de tendencias.

Muchas de las respuestas normalizadas se complementan con cuadros de texto abiertos. Estos cuadros de texto facilitan un mejor entendimiento de la situación actual del país, ofrecen ejemplos de buenas prácticas que sirven de enseñanza para otros y pueden señalar aquellas áreas que necesitan más mejoras.

De los 182 países que enviaron informes del UNGASS, 171 (94%) también presentaron el ICPN. Esta cifra supone un aumento esperanzador (en 2004 sólo 88 países presentaron informes del ICPN). Todos los países, excepto uno, presentaron tanto la parte A como la parte B en esta ronda de informes. Representantes de aproximadamente 2000 organizaciones, la mayoría de la sociedad civil, participaron en la preparación de los informes.

Tabla A2.5

Tasas de respuesta para el Índice compuesto de política nacional

	2004	2006	2008	2010
ÍNDICE COMPUUESTO DE POLÍTICA NACIONAL				
Número de países que respondieron	88	95	137	171
Tasa de respuesta	47%	50%	71%	89%

Los informes completos del ICPN, que incluyen las respuestas tanto a las preguntas normalizadas como a los cuadros de texto, se encuentran junto a los informes de cada país en el sitio web del ONUSIDA. Un pequeño subconjunto de la información disponible se presenta en las siguientes tablas. En www.AIDSInfo Online.org, se ofrece acceso completo a los datos de los ICPN.

Indicadores para las intervenciones del sector de la salud

SEGURIDAD HEMATOLÓGICA

El VIH se transmite con facilidad a través de la transfusión de sangre o productos sanguíneos pocos seguros. El establecimiento de sistemas para asegurar que se analicen todas las unidades de sangre donada para la detección de infecciones transmitidas por transfusión, incluido el VIH (y también la hepatitis B y C), es un componente fundamental de todos los programas nacionales de sangre. Sin embargo, a nivel mundial, existen variaciones significativas en cuanto al grado en que se analiza la sangre donada, las estrategias adoptadas para el análisis sistemático y la calidad y eficacia de este análisis. En consecuencia, en muchos países los receptores de sangre y productos sanguíneos siguen corriendo un riesgo inadmisiblemente alto de contraer infecciones potencialmente mortales que son fáciles de prevenir.

Objetivo

Evaluar el progreso en lo que respecta a garantizar el suministro de sangre segura. El indicador es válido para todos los países y se mide anualmente utilizando la base de datos mundial de la OMS sobre el Protocolo sobre Sangre Segura.

Definición

Porcentaje de unidades de sangre donada que se analizan sistemáticamente para la detección del VIH con criterios de garantía de calidad.

Numerador: Número de unidades de donación de sangre analizadas sistemáticamente para la detección del VIH en centros hematológicos o laboratorios que realizan el análisis sistemático de sangre y que: (1) han seguido los procedimientos operativos estándar y (2) han participado en algún sistema externo de garantía de calidad.

Denominador: Número total de unidades de sangre donada.

Tabla A2.6

Tasas de respuesta para la seguridad hematológica

		2004	2006	2008	2010
SEGURIDAD HEMATOLÓGICA	Número de países que respondieron	N/A	N/A	130	165
	Tasa de respuesta	N/A	N/A	68%	86%

TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA

Objetivo

Evaluar el progreso de los países en la provisión de terapia antirretrovírica combinada para adultos y niños con infección por el VIH en etapa avanzada. El indicador es válido para todos los países, y los datos para el numerador se recopilan de forma continua (mensual o trimestralmente), mientras que el denominador es una estimación.

Definición

Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH en etapa avanzada que reciben terapia antirretrovírica.

Numerador: Número de adultos y niños con infección por el VIH en etapa avanzada que reciben terapia antirretrovírica según el protocolo de tratamiento aprobado en el país (o las normas de la OMS y el ONUSIDA) al final del período de presentación de informes.

Denominador: Número estimado de adultos y niños con infección por el VIH en etapa avanzada.

Todos los análisis de este indicador reflejan numeradores que fueron conciliados entre el ONUSIDA, la OMS y el UNICEF. Para permitir la comparación entre países, se utilizaron para todos los análisis los denominadores estimados mediante la metodología del Grupo de Referencia del ONUSIDA y la OMS sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones. En la tabla de datos también se presentan denominadores facilitados por el país.

Tabla A2.7

Tasas de respuesta en torno al tratamiento para el VIH

		2004	2006	2008	2010
TRATAMIENTO PARA EL VIH	Número de países que respondieron	113	118	117	154
	Tasa de respuesta	60%	61%	61%	80%

RETENCIÓN EN LA TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA DESPUÉS DE 12 MESES

El objetivo de cualquier programa de terapia antirretrovírica es aumentar la supervivencia y la calidad de vida de las personas infectadas. Habida cuenta de la ampliación del acceso a la terapia antirretrovírica en todo el mundo, también es importante comprender por qué y de qué manera muchas personas abandonan los programas de tratamiento. Estos datos se pueden utilizar para demostrar la eficacia de dichos programas y para señalar los obstáculos que detienen su expansión y corregirlos.

Objetivo

Evaluar el progreso realizado en la retención de adultos y niños infectados en la terapia antirretrovírica.

Definición

Porcentaje de adultos y niños con VIH que se sabe que siguen con la terapia antirretrovírica 12 meses después de haberla comenzado.

Numerador: Número de adultos y niños que siguen con la terapia antirretrovírica 12 meses después de haberla comenzado.

Denominador: Número total de adultos y niños que iniciaron la terapia antirretrovírica, para quienes se esperaba que obtuvieran resultados en los primeros 12 meses dentro del período de creación de informes, incluidos aquellos que fallecieron después de comenzar el tratamiento, los que lo abandonaron y los registrados como que abandonaron su seguimiento al 12º mes.

Este indicador refleja las tasas de retención de pacientes que reciben terapia antirretrovírica, más que las tasas de supervivencia. Para determinar las tasas de supervivencia, sería necesario excluir a las personas que interrumpieron la terapia antirretrovírica o que abandonaron su seguimiento. En aquellos casos en que se sabe que un valor facilitado para un dato no concuerda con la definición, esta situación se advierte en una nota al pie de las tablas de datos.

Tabla A2.8

Tasas de respuesta para la supervivencia (retención) con la terapia antirretrovírica

		2004	2006	2008	2010
SUPERVIVENCIA CON LA TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA	Número de países que respondieron	N/A	11	106	143
	Tasa de respuesta	N/A	6%	55%	74%

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL

Sin intervenciones preventivas, los bebés que nacen de madres infectadas por el VIH y amamantados por ellas tienen alrededor de una probabilidad entre tres de contraer la infección. Esto puede suceder durante el embarazo, durante la preparación para el parto y el parto mismo, o después del parto, a través de la lactancia. Los programas integrales dirigidos a reducir el número de niños que se infectan por el VIH utilizan cuatro estrategias, conocidas como los “cuatro pilares”, para la prevención de la transmisión maternoinfantil. Éstos son: prevención primaria del VIH para las mujeres en edad reproductiva, prevención de embarazos no deseados en mujeres que viven por el VIH, profilaxis antirretrovírica para la madre y profilaxis antirretrovírica para el niño. El riesgo de transmisión maternoinfantil también se puede reducir mediante la utilización de prácticas seguras de parto y la lactancia materna segura. Este indicador mide uno de los cuatro pilares: la provisión de terapia antirretrovírica profiláctica a la madre.

Objetivo

Evaluar el progreso realizado en la prevención de la transmisión vertical del VIH.

Definición

Porcentaje de mujeres embarazadas infectadas por el VIH que recibieron medicamentos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil.

Numerador: Número de mujeres embarazadas infectadas por el VIH que recibieron medicamentos antirretrovíricos durante los últimos 12 meses para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil.

Denominador: Número estimado de mujeres embarazadas infectadas por el VIH en los últimos 12 meses.

Todos los análisis de este indicador reflejan numeradores que fueron unificados entre el ONUSIDA, la OMS y el UNICEF. Para permitir la comparación entre países, se utilizaron para todos los análisis los denominadores estimados mediante la metodología del Grupo de Referencia del ONUSIDA y la OMS sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones. En la tabla de datos también se presentan denominadores facilitados por el país.

En cuanto a los datos representativos de 2007, algunos países no facilitaron datos para los 12 meses. En estos casos, los datos se proyectaron para que reflejaran un período uniforme.⁴

Tabla A2.9

Tasas de respuesta para la prevención de la transmisión maternoinfantil

		2004	2006	2008	2010
PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL	Número de países que respondieron	52	45	100	135
	Tasa de respuesta	28%	24%	52%	70%

Las tablas de datos incluyen datos adicionales sobre la prevención de la transmisión maternoinfantil suministrados por la Organización Mundial de la Salud. Estos datos se obtuvieron a través del seguimiento conjunto de OMS/UNICEF/ONUSIDA del progreso realizado hacia el acceso universal en el sector de la salud.

GESTIÓN CONJUNTA DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS Y EL VIH

La tuberculosis (TB) es una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en personas que viven con el VIH, aun en aquellas que reciben terapia antirretrovírica. Para alargar y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH, son fundamentales la detección intensificada de casos y el acceso al diagnóstico, y el tratamiento de calidad en conformidad con las directrices internacionales y nacionales.

Objetivo

Evaluar el progreso realizado en la detección y el tratamiento de la TB en personas que viven con el VIH.

⁴ Método de proyección: todos los valores facilitados que representan un período menor a 12 meses se proyectan tomando el número de mujeres embarazadas VIH-positivas que reciben medicamentos antirretrovíricos por mes y dividiéndolo por el número de meses que los datos representan y multiplicándolo por 12 meses.

Definición

Porcentaje de casos nuevos de TB en personas VIH-positivas que recibieron tratamiento para la TB y para el VIH.

Numerador: Número de adultos con infección por el VIH en etapa avanzada que actualmente reciben terapia antirretrovírica combinada, según el protocolo de tratamiento aprobado en el país (o las normas de la OMS y el ONUSIDA) y que iniciaron el tratamiento para la TB (conforme a las directrices del programa nacional sobre TB) dentro del año del informe.

Denominador: Número estimado de casos nuevos de TB en personas que viven con el VIH.

Tabla A2.10

Tasas de respuesta para la gestión conjunta del tratamiento de la tuberculosis y el VIH

		2004	2006	2008	2010
GESTIÓN CONJUNTA DE LA TUBERCULOSIS Y EL VIH	Número de países que respondieron	N/A	N/A	88	119
	Tasa de respuesta	N/A	N/A	46%	62%

Indicadores de la población general

APOYO PARA NIÑOS AFECTADOS POR EL VIH Y EL SIDA

La atención y el apoyo para los niños huérfanos provienen de las familias y las comunidades. Dado que el número de huérfanos y niños vulnerables continúa aumentando, esas familias y comunidades requieren apoyo.

Objetivo

Evaluar el progreso en el suministro de apoyo a hogares que cuidan a huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad.

Definición

Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para el cuidado del niño.

Numerador: Número de huérfanos y niños vulnerables que viven en hogares que recibieron al menos uno de los siguientes cuatro tipos de apoyo para cada niño.

Denominador: Número total de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad.

A los efectos de este indicador, huérfano se define como un niño menor de 18 años de edad que ha perdido a uno o ambos padres.

Un niño vulnerable ante el VIH debe tener menos de 18 años y:

1. haber perdido a uno de sus padres o a ambos; o
2. uno de sus padres padece una enfermedad crónica (independientemente de que viva o no en la misma casa que el niño); o
3. vivir en un hogar en el que, en los últimos 12 meses, al menos un adulto haya fallecido y haya estado enfermo durante tres de los cuatro meses previos a su fallecimiento; o
4. vivir en un hogar en el que al menos un adulto haya estado gravemente enfermo durante al menos tres de los 12 meses anteriores.

Algunos países eligieron informar sobre este indicador utilizando datos obtenidos a través de los programas de pruebas del VIH. Estos datos no se pueden comparar con aquellos obtenidos en encuestas de la población general.

Tabla A2.11

Tasas de respuesta para el apoyo para niños afectados por el VIH y el sida

		2004	2006	2008	2010
APOYO PARA NIÑOS AFECTADOS POR EL VIH Y EL SIDA	Número de países que respondieron	N/A	8	36	42
	Tasa de respuesta	N/A	4%	19%	22%

ASISTENCIA ESCOLAR ENTRE HUÉRFANOS

El sida se cobra la vida de adultos jóvenes justo en la etapa en que están formando familias y criando niños. En consecuencia, la prevalencia de huérfanos aumenta de forma constante en muchos países, mientras que el hecho de que cada vez sean menos los parientes en una edad adulta apropiada para hacerse cargo de ellos hace que los niños enfrenten un futuro cada vez más incierto. A menudo, la orfandad viene acompañada de prejuicios y mayor pobreza, factores que limitan aún más las oportunidades de los niños de completar su educación escolar y pueden llevarlos a la adopción de estrategias de

supervivencia que aumenten su vulnerabilidad al VIH. Por lo tanto, es importante hacer un seguimiento del grado en que los programas de apoyo para los afectados por el sida logran su objetivo en relación con garantizar las oportunidades educativas de los niños huérfanos.

Objetivo

Evaluar el progreso realizado en eliminar la desigualdad en la asistencia escolar entre huérfanos en comparación con los no huérfanos.

Definición

Asistencia actual escolar entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad.

Parte A: Tasa actual de asistencia escolar entre huérfanos de 10 a 14 años de edad.

Numerador: Número de niños que han perdido a ambos padres y que asisten a la escuela.

Denominador: Número de niños que han perdido a ambos padres.

Parte B: Asistencia escolar actual entre niños de 10 a 14 años cuyos padres están vivos, y que viven con al menos uno de ellos.

Numerador: Número de niños cuyos dos padres están vivos, que viven con al menos uno de ellos y que van a la escuela.

Denominador: Número de niños cuyos dos padres están vivos que viven con al menos uno de ellos.

Tabla A2.12

Tasas de respuesta para la asistencia escolar entre huérfanos

		2004	2006	2008	2010
ASISTENCIA ESCOLAR DE NIÑOS HUÉRFANOS	Número de países que respondieron	N/A	N/A	50	46
	Tasa de respuesta	N/A	N/A	26%	24%

EDUCACIÓN ESCOLAR SOBRE EL VIH BASADA EN LAS APTITUDES PARA LA VIDA

La educación basada en las aptitudes para la vida utiliza ejercicios participativos para enseñar a los jóvenes comportamientos que los ayuden a lidiar con los desafíos y las exigencias de la vida cotidiana. Este tipo de educación incluye, por ejemplo, técnicas de toma de decisión y de resolución de problemas, pensamiento creativo y crítico, autoconocimiento, comunicación y relaciones interpersonales. También puede enseñar a los jóvenes a hacer frente a sus emociones y causas de estrés. Cuando se adapta específicamente a la educación escolar sobre el VIH, el enfoque basado en las aptitudes para la vida ayuda a los jóvenes a entender y evaluar los factores individuales, sociales y ambientales que aumentan o reducen el riesgo de transmisión del VIH. Si se lleva a la práctica de manera adecuada, puede influir positivamente en los comportamientos, como el retraso de la primera relación sexual y la reducción del número de parejas sexuales.

Objetivo

Evaluar el progreso realizado en la aplicación de la educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida en todas las escuelas.

Definición

Porcentaje de escuelas que impartieron educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último año académico.

Numerador: Número de escuelas que impartieron educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último año académico.

Denominador: Número de escuelas encuestadas.

Tabla A2.13

Tasas de respuesta para la educación escolar sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida

		2004	2006	2008	2010
EDUCACIÓN BASADA EN LAS APTITUDES PARA LA VIDA EN ESCUELAS	Número de países que respondieron	N/A	N/A	74	99
	Tasa de respuesta	N/A	N/A	39%	52%

CONOCIMIENTO DE LOS JÓVENES ACERCA DE LA PREVENCIÓN DEL VIH

Las epidemias de VIH se han sostenido principalmente a través de la transmisión sexual de la infección a las sucesivas generaciones de jóvenes. Los conocimientos sólidos sobre el VIH y el sida constituyen un requisito fundamental, aunque con frecuencia insuficiente, para la adopción de comportamientos que reducen el riesgo de transmisión.

Objetivo

Evaluar el progreso realizado hacia el conocimiento integral de los datos fundamentales acerca de la transmisión del VIH.

Definición

Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que rechazan los principales conceptos erróneos acerca de la transmisión del virus.

Numerador: Número de encuestados de 15 a 24 años de edad que respondieron correctamente a las cinco preguntas siguientes:

1. ¿Se puede reducir el riesgo de transmisión del VIH teniendo relaciones sexuales con sólo una pareja no infectada que, a su vez, no tenga otras parejas?
2. ¿Puede una persona reducir el riesgo de contraer el VIH usando preservativo cada vez que tiene relaciones sexuales?
3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener VIH?
4. ¿Puede una persona contraer el VIH por una picadura de mosquito?
5. ¿Puede una persona contraer el VIH por compartir una comida con alguien que está infectado?

Denominador: Número de encuestados de 15 a 24 años de edad.

Tabla A2.14

Tasas de respuesta para el conocimiento de los jóvenes

	2004	2006	2008	2010
CONOCIMIENTO DE LOS JÓVENES				
Número de países que respondieron	38	16	110	119
Tasa de respuesta	20%	8%	57%	62%

PRUEBAS DEL VIH EN LA POBLACIÓN GENERAL

El asesoramiento y las pruebas del VIH son un elemento crucial en la respuesta al virus, ya que facilitan el tratamiento y la atención y otros tipos de prevención. Además, las pruebas aumentan el conocimiento de las personas que viven con el VIH de su propio estado serológico, y las alientan a tomar medidas de protección. Por último, las pruebas del VIH aumentan la sensibilización social respecto del virus y pueden reducir el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con el VIH. Las tendencias en la utilización del asesoramiento y las pruebas del VIH se pueden evaluar en función de los resultados de las sucesivas encuestas llevadas a cabo en el mismo país a través del tiempo. Cabe destacar que, si bien este indicador mide la proporción de la población general que se ha sometido a una prueba en un período de 12 meses, no debe interpretarse que esto implica que todas las personas se deban realizar la prueba anualmente. La frecuencia para la realización de las pruebas se debe determinar según los patrones de comportamiento individuales y la naturaleza de la epidemia de VIH en el país.

Objetivo

Evaluar el progreso realizado en la aplicación del asesoramiento y las pruebas del VIH.

Definición

Porcentaje de personas de 15 a 49 años que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados.

Numerador: Número de encuestados de 15 a 49 años que se han sometido a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y que conocen los resultados.

Denominador: Número de encuestados de 15 a 49 años de edad.

Algunos países eligieron informar sobre este indicador utilizando datos obtenidos a través de los programas de pruebas del VIH. Estos datos no son comparables con los obtenidos a través de las encuestas realizadas en la población general, y llevan una nota al pie en la tabla de datos.

Tabla A2.15

Tasas de respuesta para las pruebas del VIH en la población general

		2004	2006	2008	2010
PRUEBAS DEL VIH EN LA POBLACIÓN GENERAL	Número de países que respondieron	N/A	N/A	102	116
	Tasa de respuesta	N/A	N/A	53%	60%

RELACIONES SEXUALES ANTES DE LOS 15 AÑOS DE EDAD

Una estrategia de prevención del VIH adoptada por muchos países es retrasar la edad a la que los jóvenes se inician en el sexo y desalentar la actividad sexual prematrimonial, para reducir la posible exposición al VIH. También existen pruebas suficientes para sugerir que la iniciación sexual a una edad más tardía reduce la susceptibilidad a la infección por acto sexual, al menos para las mujeres.

Objetivo

Evaluar el progreso realizado para aumentar la edad a la que las mujeres y los varones jóvenes de 15 a 24 años tienen su primera relación sexual.

Definición

Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años.

Numerador: Número de encuestados de 15 a 24 años de edad que declaran haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años.

Denominador: Número de encuestados de 15 a 24 años de edad.

Tabla A2.16

Tasas de respuesta para las relaciones sexuales antes de los 15 años

		2004	2006	2008	2010
RELACIONES SEXUALES ANTES DE LOS 15 AÑOS	Número de países que respondieron	N/A	23	108	117
	Tasa de respuesta	N/A	12%	56%	61%

RELACIONES SEXUALES DE MAYOR RIESGO

La propagación del VIH es, en gran parte, un efecto de las relaciones sexuales sin protección. Las personas que tienen varias parejas sexuales (de forma simultánea o sucesiva) corren mayor riesgo de transmisión del VIH que aquellas que no se vinculan con una red sexual extensa.

Objetivo

Evaluar el progreso realizado en la reducción del porcentaje de personas que tienen relaciones sexuales de mayor riesgo.

Definición

Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja.

Numerador: Número de encuestados de 15 a 49 años que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja.

Denominador: Número de encuestados de 15 a 49 años de edad.

Tabla A2.17

Tasas de respuesta para las relaciones sexuales de mayor riesgo

		2004	2006	2008	2010
RELACIONES SEXUALES DE MAYOR RIESGO	Número de países que respondieron	12	19	97	108
	Tasa de respuesta	6%	10%	51%	56%

USO DEL PRESERVATIVO DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES DE MAYOR RIESGO

El uso del preservativo es un método eficaz de protección contra el VIH y otras infecciones transmitidas por las relaciones sexuales. Las tasas de uso del preservativo son una medida importante de la protección frente al VIH, en especial entre las personas que tienen múltiples parejas sexuales.

Objetivo

Evaluar el progreso realizado en la prevención de la exposición al VIH a través de las relaciones sexuales sin protección con parejas no habituales.

Definición

Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y usaron preservativo en la última relación sexual.

Numerador: Número de encuestados de 15 a 49 años de edad que declararon haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y haber usado preservativo en la última relación sexual.

Denominador: Número de encuestados de 15 a 49 años que declararon haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.

Tabla A2.18

Tasas de respuesta para uso del preservativo durante las relaciones sexuales de mayor riesgo

		2004	2006	2008	2010
USO DEL PRESERVATIVO DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES DE MAYOR RIESGO	Número de países que respondieron	34	20	91	106
	Tasa de respuesta	18%	10%	47%	55%

Indicadores para poblaciones clave en mayor riesgo de contraer el VIH

CONOCIMIENTO ACERCA DE LA PREVENCIÓN DEL VIH ENTRE POBLACIONES CLAVE EN RIESGO

Las epidemias concentradas se sostienen por la transmisión sexual del VIH en las relaciones sexuales remuneradas, entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, o bien por la transmisión a través del uso de material contaminado de inyección. La información exacta sobre el VIH y el sida constituye un requisito indispensable para que las personas adopten comportamientos que reduzcan su riesgo de infección. Este indicador se debe calcular por separado para cada grupo de población que se considera que corre mayor riesgo de contraer el VIH: profesionales del sexo, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Objetivo

Evaluar el progreso realizado en la mejora del conocimiento de los datos fundamentales acerca de la transmisión del VIH entre poblaciones clave en riesgo.

Definición

Porcentaje de poblaciones clave en riesgo que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que también rechazan los principales conceptos erróneos acerca de la transmisión del VIH.

Numerador: Número de encuestados de las poblaciones en mayor riesgo de contraer el VIH que respondieron correctamente a las cinco preguntas siguientes:

1. ¿Se puede reducir el riesgo de transmisión del VIH teniendo relaciones sexuales con sólo una pareja no infectada que, a su vez, no tenga otras parejas?
2. ¿Puede una persona reducir el riesgo de contraer el VIH usando preservativo cada vez que tiene relaciones sexuales?
3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener VIH?
4. ¿Puede una persona contraer el VIH por una picadura de mosquito?
5. ¿Puede una persona contraer el VIH por compartir una comida con alguien que está infectado?

Denominador: Número de encuestados de las poblaciones en mayor riesgo de contraer el VIH que respondieron, incluida la respuesta “no lo sé”, a las cinco preguntas.

Tabla A2.19

Tasas de respuesta para el conocimiento entre las poblaciones clave en riesgo

		2004	2006	2008	2010
PROFESIONALES DEL SEXO	Número de países que respondieron	N/A	21	67	84
	Tasa de respuesta	N/A	11%	35%	44%
HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES	Número de países que respondieron	N/A	16	47	54
	Tasa de respuesta	N/A	8%	24%	28%
USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES	Número de países que respondieron	N/A	16	33	43
	Tasa de respuesta	N/A	8%	17%	22%

PRUEBAS DEL VIH EN POBLACIONES CLAVE EN MAYOR RIESGO DE CONTRAER EL VIH

El asesoramiento y las pruebas del VIH son un elemento crucial en la respuesta al virus, ya que facilitan el tratamiento y la atención y otros tipos de prevención. Además, las pruebas aumentan el conocimiento de las personas que viven con el VIH de su propio estado serológico y las alientan a tomar medidas de protección. Por último, las pruebas del VIH aumentan la sensibilización social respecto del virus y pueden reducir el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con el VIH. Las tendencias en la utilización del asesoramiento y las pruebas del VIH se pueden evaluar en función de los resultados de las sucesivas encuestas llevadas a cabo en el mismo país a través del tiempo. La frecuencia para la realización de las pruebas se debe determinar según los patrones de comportamiento individuales y la naturaleza de la epidemia de VIH en el país. En algunos contextos epidemiológicos, puede ser adecuado que las poblaciones clave en mayor riesgo se realicen la prueba del VIH anualmente. Se debe tener en cuenta que las pruebas del VIH deben ser voluntarias y confidenciales, y que se deben tomar las precauciones necesarias para proteger los derechos de las personas sometidas a las pruebas. Esto reviste especial importancia en contextos donde los comportamientos de poblaciones clave en riesgo de contraer el VIH son ilegales o están fuertemente estigmatizados y donde cualquier violación de la confidencialidad puede tener graves ramificaciones legales y sociales.

Objetivo

Evaluar el progreso realizado en la aplicación del asesoramiento y las pruebas del VIH entre las poblaciones clave en riesgo.

Definición

Porcentaje de encuestados de las poblaciones clave en riesgo que se sometieron a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados.

Numerador: Número de encuestados de las poblaciones clave en riesgo que se sometieron a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y que conocen los resultados.

Denominador: Número de encuestados de las poblaciones clave en riesgo incluidos en la muestra.

Tabla A2.20

Tasas de respuesta para las pruebas del VIH en las poblaciones clave en riesgo

		2004	2006	2008	2010
PROFESIONALES DEL SEXO	Número de países que respondieron	N/A	21	87	96
	Tasa de respuesta	N/A	11%	45%	50%
HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES	Número de países que respondieron	N/A	22	70	83
	Tasa de respuesta	N/A	12%	36%	43%
USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES	Número de países que respondieron	N/A	18	44	59
	Tasa de respuesta	N/A	9%	23%	31%

COBERTURA DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PARA POBLACIONES CLAVE EN MAYOR RIESGO DE CONTRAER EL VIH

Con frecuencia es difícil establecer contacto con las poblaciones clave en riesgo a través de los programas de prevención del VIH. Sin embargo, para evitar la propagación del virus en estas poblaciones y en la población general, es importante que estas personas accedan a los servicios ofrecidos. Este indicador se debe calcular por separado para cada grupo de población que se considera que corre mayor riesgo de contraer el VIH: profesionales del sexo, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Objetivo

Evaluar el progreso realizado en la ejecución de programas de prevención del VIH para las poblaciones clave en riesgo.

Definición

Porcentaje de las poblaciones clave en riesgo que acceden a los programas de prevención del VIH.

Numerador: Número de encuestados de poblaciones clave en riesgo que respondieron "sí" a las dos (a las tres en el caso de usuarios de drogas inyectables) preguntas siguientes:

¿Sabe dónde ir si desea hacerse una prueba del VIH?

¿Ha recibido preservativos en los últimos doce meses?

(Usuarios de drogas inyectables) ¿Ha recibido agujas y jeringas estériles en los últimos doce meses?

Denominador: Número total de encuestados de las poblaciones clave en riesgo que fueron entrevistadas.

Tabla A2.21

Tasas de respuesta para los programas de prevención del VIH en las poblaciones clave en riesgo

		2004	2006	2008	2010
PROFESIONALES DEL SEXO	Número de países que respondieron	N/A	27	63	74
	Tasa de respuesta	N/A	14%	33%	39%
HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES	Número de países que respondieron	N/A	18	43	53
	Tasa de respuesta	N/A	9%	22%	28%
USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES	Número de países que respondieron	N/A	22	30	39
	Tasa de respuesta	N/A	12%	16%	20%

USO DEL PRESERVATIVO ENTRE PROFESIONALES DEL SEXO

Son varios los factores que aumentan el riesgo de exposición al VIH entre los profesionales del sexo, entre ellos, el tener múltiples parejas sexuales no habituales y relaciones sexuales más frecuentes. Sin embargo, los profesionales del sexo pueden reducir considerablemente el riesgo de transmisión del VIH, de y a los clientes y las parejas habituales, mediante el uso sistemático y correcto de preservativos.

Objetivo

Evaluar el progreso realizado en la prevención de la exposición al VIH entre profesionales del sexo a través de relaciones sexuales sin protección con clientes.

Definición

Porcentaje de profesionales del sexo (hombres y mujeres) que afirman haber utilizado un preservativo con su último cliente.

Numerador: Número de encuestados que declararon haber usado preservativo con su último cliente en los últimos 12 meses.

Denominador: Número de encuestados que declararon haber tenido relaciones sexuales remuneradas en los últimos 12 meses.

Tabla A2.22

Tasas de respuesta para el uso del preservativo entre profesionales del sexo

		2004	2006	2008	2010
EL USO DEL PRESERVATIVO ENTRE PROFESIONALES DEL SEXO	Número de países que respondieron	N/A	32	91	101
	Tasa de respuesta	N/A	17%	47%	53%

USO DEL PRESERVATIVO ENTRE HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES

Los preservativos pueden reducir considerablemente el riesgo de transmisión sexual del VIH. Por lo tanto, es importante que los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres usen preservativos de forma sistemática y correcta, dado el alto riesgo de transmisión del VIH durante el coito anal sin protección. Además, es posible que los hombres que practican el coito anal con hombres también tengan parejas mujeres. Por lo tanto, el uso del preservativo durante las relaciones sexuales entre hombres puede ser un importante factor determinante de la transmisión entre cónyuges.

Objetivo

Evaluar el progreso realizado en la prevención de la exposición al VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales anales sin protección.

Definición

Porcentaje de hombres que afirman haber utilizado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales anales con una pareja masculina.

Numerador: Número de encuestados que afirmaron haber usado preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales anales.

Denominador: Número de encuestados que afirmaron haber tenido relaciones sexuales anales con una pareja masculina en los últimos seis meses.

Tabla A2.23

Tasas de respuesta para el uso del preservativo entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

		2004	2006	2008	2010
EL USO DEL PRESERVATIVO ENTRE HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES	Número de países que respondieron	N/A	29	68	82
	Tasa de respuesta	N/A	15%	35%	43%

USO DEL PRESERVATIVO ENTRE USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES

Las prácticas sexuales más seguras entre los usuarios de drogas inyectables son fundamentales aun en aquellos países en los que predominan otros modos de transmisión del VIH. El alto riesgo de transmisión del VIH debido al uso de material de inyección contaminado expone a las parejas sexuales de los usuarios de drogas inyectables a un mayor riesgo de contraer el virus. El uso del preservativo por parte de los usuarios de drogas inyectables es, por lo tanto, un aspecto importante de la prevención de la transmisión sexual del VIH.

Objetivo

Evaluar el progreso realizado en la prevención de la transmisión sexual del VIH.

Definición

Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que afirman haber utilizado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales.

Numerador: Número de encuestados que afirmaron haber usado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales.

Denominador: Número de encuestados que afirman haber tenido relaciones sexuales en el último mes.

Tabla A2.24

Tasas de respuesta para el uso del preservativo entre usuarios de drogas inyectables

		2004	2006	2008	2010
EL USO DEL PRESERVATIVO ENTRE USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES	Número de países que respondieron	N/A	N/A	43	51
	Tasa de respuesta	N/A	N/A	22%	27%

PRÁCTICAS DE INYECCIÓN SEGURAS ENTRE USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES

Las prácticas de inyección más seguras entre los usuarios de drogas inyectables son fundamentales aun en aquellos países en los que predominan otros modos de transmisión del VIH, debido al alto riesgo de transmisión del VIH por el uso de material de inyección contaminado. Los programas de reducción de daños tienen por objeto prevenir la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables a través de diversos servicios que intentan reducir el uso de drogas ilícitas, la frecuencia de las inyecciones y la reutilización del material de inyección. Si bien este indicador está diseñado para medir el resultado conductual de los servicios destinados a reducir el uso del material de inyección contaminado, cualquier cambio de comportamiento que se observe puede no ser necesariamente atribuible a esos servicios.

Objetivo

Evaluar el progreso realizado en la prevención de la transmisión del VIH asociada al uso de drogas inyectables.

Definición

Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declaran haber utilizado material de inyección estéril la última vez que se inyectaron.

Numerador: Número de encuestados que declaran haber utilizado material de inyección estéril la última vez que se inyectaron drogas.

Denominador: Número de encuestados que declaran haberse inyectado drogas en el último mes.

Tabla A2.25

Tasas de respuesta para prácticas de inyección seguras

		2004	2006	2008	2010
PRÁCTICAS DE INYECCIÓN SEGURAS	Número de países que respondieron	N/A	N/A	44	55
	Tasa de respuesta	N/A	N/A	23%	29%

INFORMES DE LOS PAÍSES SOBRE LOS GASTOS NACIONALES E INTERNACIONALES RELACIONADOS CON EL SIDA POR CATEGORÍAS DE SERVICIO Y FUENTES DE FINANCIACIÓN

PROPORCIÓN POR FUENTE DE FINANCIACIÓN

Año	Total de gasto público nacional e internacional en millones de USD	Proporción por fuente de financiación						
		Pública nacional (%)	Organismos bilaterales (%)	Fondo Mundial (%)	Naciones Unidas (%)	Todos los demás organismos multilaterales (%)	Todas las demás fuentes internacionales (%)	
Caribe								
Antigua y Barbuda ¹	2008	0,329	78,9%	0,0%	21,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Antigua y Barbuda ¹	2009	0,391	66,3%	0,0%	33,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Bahamas	2008	4,442	89,7%	2,8%	0,0%	3,4%	0,0%	4,0%
Bahamas	2009	4,889	90,0%	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%	6,2%
Barbados	2009	11,903	67,3%	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Cuba	2007	44,509	80,3%	0,0%	19,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Cuba	2008	46,616	79,7%	0,0%	20,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Cuba	2009	76,893	81,5%	0,0%	18,0%	0,0%	0,0%	0,5%
Dominica ⁵	2008	0,178	17,3%	42,2%	31,7%	8,5%	0,0%	0,3%
Dominica ⁵	2009	0,178	17,3%	42,2%	31,7%	8,5%	0,0%	0,3%
República Dominicana ⁸	2008	23,416	34,8%	6,8%	53,9%	2,9%	0,2%	1,3%
Granada	2008	0,484	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Granada	2009	0,194	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Saint Kitts y Nevis	2007	1,343	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Saint Kitts y Nevis	2008	1,487	92,3%	0,0%	7,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Saint Kitts y Nevis	2009	1,210	89,4%	0,0%	10,6%	0,0%	0,0%	0,0%
San Vicente y las Granadinas	2008	1,625	11,4%	0,0%	3,3%	0,0%	85,3%	0,0%
San Vicente y las Granadinas	2009	2,629	8,4%	0,0%	5,3%	1,1%	85,1%	0,0%
Trinidad y Tobago	2007	9,716	96,8%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	1,6%
Trinidad y Tobago	2008	15,033	90,6%	0,0%	0,2%	3,8%	0,0%	5,3%
Trinidad y Tobago	2009	13,533	84,4%	0,0%	0,0%	5,2%	10,3%	0,1%
América Central y del Sur								
Argentina	2007	209,455	97,4%	0,0%	2,4%	0,3%	0,0%	0,0%
Argentina	2008	248,773	97,4%	0,0%	2,3%	0,2%	0,0%	0,0%
Belice	2009	2,024	32,2%	0,0%	10,2%	8,6%	42,9%	6,1%
Bolivia	2008	5,394	17,5%	8,2%	46,8%	14,8%	1,2%	11,5%
Bolivia	2009	7,418	12,6%	4,9%	58,6%	14,0%	0,0%	9,9%
Brasil ²	2007	575,139	99,5%	0,1%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%
Brasil ²	2008	623,134	99,0%	0,1%	0,0%	0,5%	0,0%	0,4%
Chile ⁴	2008	88,012	99,0%	0,1%	0,8%	0,1%	0,0%	0,0%
Colombia	2007	69,262	99,1%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%
Colombia	2008	103,557	99,5%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%
Colombia	2009	108,792	99,5%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%
Costa Rica	2008	19,885	93,1%	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Ecuador	2008	25,972	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Ecuador	2009	31,900	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
El Salvador	2007	38,261	90,8%	1,3%	4,5%	0,3%	2,2%	0,9%
El Salvador	2008	39,227	79,7%	4,7%	7,1%	1,9%	0,0%	6,5%
Guatemala	2007	43,648	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Guatemala	2008	51,350	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Honduras	2007	18,420	43,2%	13,6%	28,4%	6,7%	0,2%	7,8%
Honduras	2008	24,320	38,3%	14,3%	36,1%	4,7%	0,0%	6,6%
Nicaragua	2007	12,665	45,4%	54,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Nicaragua	2008	14,909	42,3%	57,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Panamá	2008	13,628	86,6%	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Paraguay	2008	9,298	65,3%	14,9%	12,4%	5,8%	0,4%	1,2%

Indicador 1 del UNGASS

GASTOS TOTALES RELACIONADOS CON EL VIH EN SERVICIOS SELECCIONADOS (EN MILLONES DE DÓLARES USD ACTUALES)

Prevención						Atención y tratamiento		Huérfanos y niños vulnerables	Apoyo a programas			Otros gastos relacionados con el VIH
Total para prevención	Comunicación para el cambio social y de comportamiento	Asesoramiento y pruebas voluntarias	Programas para profes. del sexo y sus clientes, para HSH y para la reducción de daños de UDI	Comercialización social y provisión del sector público y comercial del preservativo masculino y femenino	Prevención de la transmisión maternoinfantil	Total para atención y tratamiento	Terapia anti-retrovírica		Total para el fortalecimiento de la gestión y administración de programas	Planificación, coordinación y gestión de programas	Vigilancia y evaluación	
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
0,708	0,007	0,241	NA/NR	0,035	0,182	3,492	0,693	NA/NR	0,033	NA/NR	NA/NR	0,208
0,399	NA/NR	0,245	NA/NR	NA/NR	0,102	3,093	0,292	NA/NR	1,114	NA/NR	NA/NR	0,281
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
8,967	5,584	0,801	NA/NR	2,582	NA/NR	32,604	11,314	NA/NR	0,176	0,176	NA/NR	2,762
5,543	0,313	0,088	0,102	4,167	0,003	15,420	13,163	0,014	21,148	2,758	NA/NR	4,491
16,422	2,124	0,061	0,106	10,537	0,044	26,035	15,184	0,044	31,945	12,072	NA/NR	2,447
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
5,450	0,481	0,497	0,283	0,561	0,721	7,220	2,657	0,024	9,036	4,650	0,329	1,686
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
0,033	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,012	NA/NR	NA/NR	1,290	0,015	0,019	0,008
0,035	0,017	0,007	NA/NR	0,003	NA/NR	0,184	0,090	NA/NR	1,228	0,050	NA/NR	0,040
0,106	0,013	0,012	NA/NR	0,013	NA/NR	0,065	0,028	NA/NR	1,010	0,025	NA/NR	0,029
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
4,535	2,329	0,033	0,350	0,001	0,194	3,481	2,535	NA/NR	1,310	0,111	NA/NR	0,390
6,864	3,335	0,132	0,211	NA/NR	0,340	5,016	3,350	NA/NR	2,870	0,455	0,004	0,283
5,739	3,290	0,005	0,051	NA/NR	0,471	6,538	4,221	0,048	0,774	0,618	NA/NR	0,434
28,705	3,065	NA/NR	0,017	2,867	5,826	156,449	46,787	0,269	10,302	8,418	0,044	13,730
35,216	4,665	NA/NR	0,010	2,813	5,795	186,732	50,532	0,353	5,823	3,667	0,016	20,649
0,541	0,246	0,011	NA/NR	0,031	0,035	0,402	0,198	0,043	0,800	0,618	0,080	0,238
2,178	0,193	NA/NR	0,004	0,096	0,369	1,384	0,164	0,010	0,566	0,158	0,174	1,256
2,775	0,727	NA/NR	0,072	NA/NR	0,126	2,303	0,404	0,008	0,753	0,187	0,170	1,580
82,027	15,222	8,896	0,022	37,915	3,694	438,853	362,674	0,036	19,692	6,561	2,274	34,531
41,759	16,241	7,967	0,100	0,092	3,799	522,611	427,759	NA/NR	23,447	6,063	2,324	35,316
20,321	0,550	1,952	2,349	0,348	1,332	57,672	53,450	0,005	0,784	0,681	0,033	9,230
9,193	0,821	1,731	0,122	0,388	1,043	56,118	24,853	0,077	1,664	0,272	0,164	2,210
20,788	1,066	3,583	0,107	0,232	2,713	77,010	33,783	0,075	3,594	1,675	0,185	2,092
21,464	2,426	2,577	0,127	0,644	1,996	83,036	37,316	0,073	2,037	0,565	0,214	2,182
6,480	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	11,987	NA/NR	NA/NR	0,576	NA/NR	NA/NR	0,842
13,596	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	9,093	NA/NR	0,043	1,534	NA/NR	NA/NR	1,706
16,195	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	12,250	NA/NR	0,052	1,643	NA/NR	NA/NR	1,759
11,209	0,962	1,355	0,286	1,037	0,534	21,090	7,103	0,347	3,409	1,230	0,390	2,206
8,338	0,845	0,682	0,441	0,071	0,435	25,957	8,163	0,130	3,588	2,025	0,061	1,214
10,447	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	28,613	NA/NR	0,035	3,998	NA/NR	NA/NR	0,555
14,000	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	30,927	NA/NR	0,039	5,835	NA/NR	NA/NR	0,548
9,844	1,060	2,483	0,358	0,493	0,968	4,727	1,482	0,582	2,388	0,852	0,195	0,878
14,420	1,408	0,881	0,764	0,591	1,286	5,749	3,139	0,609	1,883	0,490	0,448	1,660
3,703	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	2,234	NA/NR	NA/NR	1,519	NA/NR	NA/NR	5,209
4,669	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	2,261	NA/NR	0,029	2,428	NA/NR	NA/NR	5,522
0,922	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	11,302	NA/NR	0,093	0,658	NA/NR	NA/NR	0,652
1,164	0,164	0,427	NA/NR	0,078	0,053	6,990	1,902	0,024	0,623	0,417	0,097	0,497

A2

INFORMES DE LOS PAÍSES SOBRE LOS GASTOS NACIONALES E INTERNACIONALES RELACIONADOS CON EL SIDA POR CATEGORÍAS DE SERVICIO Y FUENTES DE FINANCIACIÓN

PROPORCIÓN POR FUENTE DE FINANCIACIÓN

País	Año	Total de gasto público nacional e internacional en millones de USD	Proporción por fuente de financiación					
			Pública nacional (%)	Organismos bilaterales (%)	Fondo Mundial (%)	Naciones Unidas (%)	Todos los demás organismos multilaterales (%)	Todas las demás fuentes internacionales (%)
Paraguay	2009	11,418	67,6%	10,4%	14,5%	5,1%	2,1%	0,3%
Perú	2007	34,892	37,6%	7,2%	13,1%	4,1%	0,0%	37,9%
Perú	2008	41,056	45,3%	1,1%	36,8%	2,7%	0,0%	14,1%
Perú	2009	43,639	54,8%	0,0%	36,4%	1,1%	0,0%	7,8%
Uruguay	2007	7,534	90,9%	0,0%	0,0%	5,2%	3,8%	0,1%
Venezuela	2007	79,818	99,9%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Venezuela	2008	71,723	99,8%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%
Venezuela	2009	78,801	99,9%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Asia oriental								
China	2008	323,834	72,9%	4,0%	13,6%	2,4%	0,0%	7,1%
China	2009	353,535	76,0%	3,1%	13,0%	2,0%	0,0%	5,8%
Japón	2009	73,197	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Mongolia	2008	5,044	31,2%	1,8%	46,1%	14,2%	2,8%	3,9%
Mongolia	2009	4,664	24,8%	4,8%	57,5%	4,2%	5,7%	2,9%
Europa oriental y Asia central								
Armenia	2008	2,605	21,4%	0,5%	56,9%	9,2%	0,0%	12,0%
Armenia	2009	2,301	27,5%	1,1%	51,6%	10,7%	0,0%	9,1%
Azerbaián	2008	5,002	63,7%	2,1%	25,4%	5,9%	0,0%	2,9%
Azerbaián	2009	6,062	68,4%	0,4%	19,1%	4,6%	0,0%	7,6%
Belarús	2008	18,616	72,7%	0,0%	19,3%	2,3%	2,1%	3,5%
Belarús	2009	16,660	68,1%	0,0%	24,8%	3,6%	0,0%	3,5%
Georgia	2008	8,043	15,8%	13,1%	58,1%	6,9%	0,0%	6,1%
Georgia	2009	8,387	26,6%	7,5%	59,4%	3,1%	0,0%	3,3%
Kazajstán	2009	22,778	71,4%	4,7%	22,7%	1,2%	0,0%	0,0%
Kirguistán	2008	8,796	16,5%	5,5%	58,5%	3,0%	10,8%	5,7%
Kirguistán	2009	9,987	18,1%	20,0%	45,3%	6,4%	6,5%	3,6%
Moldova	2008	12,871	38,6%	0,4%	23,2%	10,1%	27,7%	0,0%
Moldova	2009	11,482	48,3%	0,9%	32,8%	11,1%	6,9%	0,0%
Federación de Rusia ¹¹	2008	777,021	90,2%	0,1%	8,4%	1,3%	0,0%	0,0%
Tayikistán	2008	6,178	16,5%	0,0%	59,2%	7,2%	6,8%	10,3%
Tayikistán	2009	7,479	15,4%	0,0%	61,6%	4,5%	8,6%	9,9%
Ucrania	2007	77,575	60,3%	8,7%	23,6%	2,7%	3,6%	1,1%
Ucrania	2008	100,004	59,5%	8,7%	26,8%	1,7%	1,7%	1,6%
Uzbekistán	2009	15,940	51,7%	0,0%	40,6%	3,0%	4,7%	0,0%
Oriente Medio y África septentrional								
Algeria	2008	3,802	69,8%	0,4%	27,5%	2,4%	0,0%	0,0%
Algeria	2009	2,721	93,7%	4,2%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%
Djibouti	2007	3,691	0,0%	0,0%	7,1%	27,1%	65,8%	0,0%
Djibouti	2008	3,221	0,0%	0,0%	57,3%	11,8%	30,9%	0,0%
Djibouti	2009	2,007	0,0%	0,0%	30,5%	69,5%	0,0%	0,0%
Egipto	2007	5,737	59,7%	16,3%	0,0%	10,7%	0,6%	12,7%
Egipto	2008	7,538	50,3%	3,7%	17,8%	12,9%	1,2%	14,0%
Irán, República Islámica del	2008	36,011	87,6%	0,0%	8,7%	3,7%	0,0%	0,0%
Jordania	2009	3,099	40,2%	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Kuwait	2007	4,219	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Kuwait	2008	4,696	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Kuwait	2009	4,578	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Libano	2007	4,400	72,7%	0,0%	0,0%	10,2%	0,0%	17,0%

GASTOS TOTALES RELACIONADOS CON EL VIH EN SERVICIOS SELECCIONADOS (EN MILLONES DE DÓLARES USD ACTUALES)

Prevención						Atención y tratamiento		Huérfanos y niños vulnerables	Apoyo a programas			Otros gastos relacionados con el VIH
Total para prevención	Comunicación para el cambio social y de comportamiento	Asesoramiento y pruebas voluntarias	Programas para profes. del sexo y sus clientes, para HSH y para la reducción de daños de UDI	Comercialización social y provisión del sector público y comercial del preservativo masculino y femenino	Prevención de la transmisión maternoinfantil	Total para atención y tratamiento	Terapia anti-retrovirica		Total para el fortalecimiento de la gestión y administración de programas	Planificación, coordinación y gestión de programas	Vigilancia y evaluación	
1,342	0,187	0,171	0,031	0,091	0,147	8,698	1,899	0,021	0,940	0,667	0,106	0,416
7,393	1,012	NA/NR	2,196	0,033	1,044	10,689	4,841	0,171	1,562	0,727	0,359	15,075
14,135	0,860	NA/NR	2,493	0,022	4,355	16,864	10,541	1,120	1,992	1,130	0,756	6,944
13,550	0,410	NA/NR	4,870	0,000	3,521	22,307	18,359	0,679	2,230	1,181	0,794	4,873
1,607	0,163	0,299	0,014	0,152	0,064	4,823	4,187	NA/NR	0,076	0,021	NA/NR	1,028
3,471	0,138	NA/NR	0,159	0,437	0,960	75,245	73,636	NA/NR	0,172	NA/NR	NA/NR	0,930
5,662	0,133	NA/NR	0,116	0,385	0,835	64,145	59,561	NA/NR	0,263	NA/NR	NA/NR	1,653
6,013	0,095	NA/NR	0,309	NA/NR	0,697	69,644	65,588	NA/NR	0,325	NA/NR	NA/NR	2,819
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
2,756	0,149	0,145	0,015	0,099	NA/NR	0,600	0,004	0,005	1,371	0,564	0,046	0,311
2,589	0,085	0,101	0,006	0,022	NA/NR	0,104	0,005	0,005	1,649	0,407	0,024	0,315
1,100	0,104	0,197	0,253	0,023	0,089	0,705	0,142	NA/NR	0,425	0,257	0,080	0,375
0,894	0,051	0,153	0,172	0,024	0,082	0,690	0,156	NA/NR	0,305	0,163	0,071	0,413
3,512	0,152	0,003	0,422	0,089	0,393	0,621	0,065	0,000	0,241	0,084	0,005	0,629
3,940	0,101	0,002	0,248	0,050	0,468	0,917	0,114	NA/NR	0,343	0,081	0,024	0,861
12,365	0,323	0,890	0,995	0,000	0,213	2,578	1,060	0,094	2,010	0,291	0,142	1,569
10,057	0,101	0,833	1,341	0,000	0,461	2,856	1,028	0,100	2,370	0,269	0,201	1,278
3,218	0,260	0,424	1,380	0,259	0,090	2,408	1,352	NA/NR	0,591	0,081	0,011	1,826
2,995	0,132	0,500	1,534	0,024	0,098	2,794	0,954	NA/NR	1,278	0,060	0,018	1,320
15,923	0,373	0,662	2,996	NA/NR	0,291	2,463	0,689	NA/NR	4,042	0,595	0,423	0,351
5,547	0,257	0,188	2,921	0,020	0,035	0,351	0,086	0,067	1,883	0,022	0,061	0,949
6,422	0,261	1,863	2,265	0,020	0,157	0,781	0,031	0,065	1,683	0,005	0,154	1,037
8,966	0,070	0,452	0,402	0,048	0,088	2,060	0,673	0,138	1,259	0,221	0,106	0,448
6,565	0,049	0,443	0,667	NA/NR	0,058	2,634	1,299	0,078	1,081	0,096	0,117	1,125
181,902	7,859	10,100	8,083	2,002	9,398	447,312	228,410	64,972	45,272	5,244	0,763	37,563
2,930	0,094	0,104	0,485	NA/NR	0,168	0,407	0,055	NA/NR	2,397	0,791	0,137	0,444
2,878	0,112	0,181	0,794	NA/NR	0,208	0,722	0,068	NA/NR	3,065	0,738	0,185	0,814
28,679	0,592	7,377	8,779	0,955	1,964	37,445	7,669	0,504	5,406	1,131	0,706	5,541
22,808	0,936	3,806	9,687	1,481	1,867	48,799	21,632	2,562	21,256	2,978	2,176	4,578
3,153	0,031	0,141	0,014	NA/NR	0,228	4,250	0,134	1,029	4,556	0,227	0,154	2,951
0,432	0,361	0,003	0,034	0,013	NA/NR	2,788	2,430	NA/NR	0,107	0,069	0,003	0,475
0,736	0,071	0,002	0,006	0,004	NA/NR	1,819	1,681	NA/NR	0,078	0,060	NA/NR	0,087
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
2,420	0,345	0,350	0,194	NA/NR	0,002	1,325	0,824	0,005	0,747	0,027	0,007	1,239
2,601	0,295	0,301	0,307	NA/NR	0,010	1,492	0,464	0,007	1,324	0,147	0,093	2,115
20,402	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	4,302	NA/NR	NA/NR	4,639	NA/NR	NA/NR	6,667
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,508	1,508	NA/NR	2,711	0,273	NA/NR	0,000
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,785	1,785	NA/NR	2,910	0,293	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,860	1,860	NA/NR	2,718	0,276	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR

A2

INFORMES DE LOS PAÍSES SOBRE LOS GASTOS NACIONALES E INTERNACIONALES RELACIONADOS CON EL SIDA POR CATEGORÍAS DE SERVICIO Y FUENTES DE FINANCIACIÓN

PROPORCIÓN POR FUENTE DE FINANCIACIÓN

Año	Total de gasto público nacional e internacional en millones de USD	Internacional						
		Pública nacional (%)	Organismos bilaterales (%)	Fondo Mundial (%)	Naciones Unidas (%)	Todos los demás organismos multilaterales (%)	Todas las demás fuentes internacionales (%)	
Libano	2008	7,300	43,8%	0,0%	0,0%	44,5%	0,0%	11,6%
Libano	2009	4,450	71,9%	0,0%	0,0%	5,6%	0,0%	22,5%
Marruecos	2007	10,313	50,3%	5,8%	29,3%	7,8%	2,9%	3,9%
Marruecos	2008	12,566	44,4%	3,7%	36,7%	7,9%	0,0%	7,3%
Omán	2009	0,812	76,5%	0,0%	0,0%	23,5%	0,0%	0,0%
Arabia Saudita	2009	19,389	99,7%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%
Somalia ⁵	2008	5,995	0,2%	0,0%	83,5%	13,0%	2,9%	0,4%
Somalia ⁵	2009	5,982	0,0%	0,0%	83,7%	13,0%	2,9%	0,4%
República Árabe Siria	2007	1,638	91,5%	0,0%	0,0%	7,3%	0,0%	1,2%
República Árabe Siria	2008	1,986	88,1%	1,3%	0,0%	9,9%	0,0%	0,8%
República Árabe Siria	2009	1,977	91,1%	1,1%	0,0%	6,4%	0,0%	1,3%
Emiratos Árabes Unido	2009	17,584	99,8%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%
Yemen	2009	4,956	2,5%	0,0%	83,5%	14,0%	0,0%	0,0%
América del Norte								
México	2008	266,037	99,4%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,3%
México	2009	218,421	99,4%	0,1%	0,0%	0,4%	0,0%	0,2%
Oceania								
Fiji	2007	1,849	20,1%	49,6%	0,1%	25,9%	1,0%	3,3%
Fiji	2008	2,506	15,9%	44,1%	3,6%	24,6%	11,4%	0,4%
Fiji	2009	2,100	11,8%	35,7%	15,9%	27,6%	8,0%	1,0%
Islas Marshall	2008	0,578	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Islas Marshall	2009	0,539	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Micronesia, Estados Federados de	2008	0,355	0,0%	68,2%	8,1%	0,0%	12,5%	11,3%
Micronesia, Estados Federados de	2009	0,540	0,0%	45,9%	14,3%	0,0%	31,4%	8,3%
Nauru	2008	0,081	43,7%	0,0%	54,2%	2,1%	0,0%	0,0%
Nauru	2009	0,097	53,8%	0,0%	46,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Palau	2007	0,057	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Palau	2008	0,057	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Palau	2009	0,067	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Samoa	2009	0,792	78,1%	0,0%	21,9%	0,0%	0,0%	0,0%
Islas Salomón	2008	0,598	16,4%	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Islas Salomón	2009	0,575	18,8%	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Tonga	2008	0,210	0,0%	0,0%	47,2%	16,0%	36,8%	0,0%
Tonga	2009	0,279	26,5%	1,0%	42,2%	5,5%	24,8%	0,0%
Tuvalu	2008	0,054	11,8%	0,0%	88,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Tuvalu	2009	0,038	16,6%	0,0%	83,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Vanuatu	2008	1,092	6,6%	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Vanuatu	2009	1,115	6,5%	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Asia meridional y sudoriental								
Afganistán	2008	3,241	4,0%	7,8%	0,0%	5,8%	82,3%	0,0%
Afganistán	2009	5,159	2,6%	5,5%	21,1%	8,4%	62,4%	0,0%
Bangladesh	2008	37,265	0,0%	13,1%	38,6%	43,0%	5,4%	0,0%
Bangladesh	2009	26,938	0,0%	17,4%	38,4%	36,9%	7,4%	0,0%
Camboya	2007	53,259	11,4%	45,8%	31,1%	10,5%	0,0%	1,2%
Camboya	2008	51,847	10,1%	39,9%	36,8%	9,1%	4,1%	0,0%
India ⁶	2008	145,590	16,5%	19,1%	41,1%	0,7%	22,6%	0,0%
India ⁶	2009	140,002	16,5%	19,1%	41,1%	0,7%	22,6%	0,0%
Indonesia	2007	58,671	26,3%	57,2%	6,2%	9,2%	1,1%	0,0%

GASTOS TOTALES RELACIONADOS CON EL VIH EN SERVICIOS SELECCIONADOS (EN MILLONES DE DÓLARES USD ACTUALES)

Prevención						Atención y tratamiento		Huérfanos y niños vulnerables	Apoyo a programas			Otros gastos relacionados con el VIH
Total para prevención	Comunicación para el cambio social y de comportamiento	Asesoramiento y pruebas voluntarias	Programas para profes. del sexo y sus clientes, para HSH y para la reducción de daños de UDI	Comercialización social y provisión del sector público y comercial del preservativo masculino y femenino	Prevención de la transmisión maternoinfantil	Total para atención y tratamiento	Terapia anti-retrovírica		Total para el fortalecimiento de la gestión y administración de programas	Planificación, coordinación y gestión de programas	Vigilancia y evaluación	
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
3,911	0,812	0,502	0,491	0,171	0,012	4,457	1,666	NA/NR	1,680	1,006	0,374	0,264
4,685	0,797	0,475	0,962	0,325	0,106	4,848	1,429	NA/NR	1,612	1,210	0,300	1,421
0,217	0,044	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,039	0,297	0,134	0,045	0,162	NA/NR	NA/NR	0,091
5,968	NA/NR	5,146	NA/NR	NA/NR	NA/NR	10,094	9,209	NA/NR	3,264	NA/NR	NA/NR	0,063
1,088	0,264	0,023	NA/NR	0,004	NA/NR	1,040	0,048	0,016	2,400	0,697	0,263	1,451
1,088	0,264	0,023	NA/NR	0,004	NA/NR	1,040	0,048	0,016	2,400	0,697	0,263	1,438
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,027	0,424	NA/NR	0,506	0,486	NA/NR	0,104
0,007	NA/NR	0,007	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,211	0,502	NA/NR	0,596	0,576	NA/NR	0,172
0,050	NA/NR	0,050	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,381	0,548	NA/NR	0,461	0,461	NA/NR	0,085
0,018	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	2,826	2,390	NA/NR	14,638	NA/NR	NA/NR	0,102
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
50,606	6,496	3,569	1,765	0,440	13,897	200,711	156,923	0,014	8,617	4,178	0,121	6,089
48,242	3,252	3,751	1,680	0,507	15,805	163,405	122,275	0,012	5,537	3,738	0,124	1,226
0,800	0,382	0,051	0,019	0,002	0,044	0,091	NA/NR	NA/NR	0,486	0,348	0,083	0,472
0,917	0,141	0,027	0,015	0,022	0,056	0,095	NA/NR	NA/NR	0,713	0,569	0,025	0,782
0,635	0,264	0,002	0,017	0,050	0,001	0,079	NA/NR	NA/NR	0,704	0,582	0,041	0,681
0,302	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,000	NA/NR	NA/NR	0,275	NA/NR	NA/NR	0,000
0,158	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,084	NA/NR	NA/NR	0,289	NA/NR	NA/NR	0,008
0,184	0,015	0,009	NA/NR	0,000	NA/NR	0,040	NA/NR	NA/NR	0,033	0,016	0,012	0,098
0,170	0,004	0,012	NA/NR	0,005	NA/NR	0,041	NA/NR	NA/NR	0,110	0,043	0,010	0,219
0,040	0,007	0,002	NA/NR	0,002	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,041	0,032	NA/NR	0,000
0,030	0,006	0,001	NA/NR	0,001	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,058	0,038	0,005	0,009
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,031	0,013	NA/NR	0,027
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,014	0,014	NA/NR	0,038	0,034	NA/NR	0,005
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,018	0,018	NA/NR	0,036	0,028	NA/NR	0,013
0,765	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,027	0,027	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
0,204	0,018	0,000	0,005	0,022	0,009	0,038	NA/NR	NA/NR	0,158	0,061	0,015	0,198
0,122	0,028	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,014	NA/NR	NA/NR	0,134	0,015	0,008	0,305
0,013	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,001	NA/NR	0,103	NA/NR	NA/NR	0,015	0,015	NA/NR	0,078
0,021	0,005	NA/NR	NA/NR	0,001	NA/NR	0,104	NA/NR	NA/NR	0,032	0,027	0,004	0,123
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,054	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,000
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,038	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
1,472	0,069	0,003	0,725	NA/NR	0,009	0,019	NA/NR	NA/NR	0,615	0,365	0,013	1,135
2,456	0,154	0,275	0,950	0,001	0,016	0,107	NA/NR	0,001	1,162	0,435	0,063	1,433
25,566	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	2,408	NA/NR	NA/NR	7,175	NA/NR	NA/NR	2,117
17,334	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	2,403	NA/NR	NA/NR	6,378	NA/NR	NA/NR	0,823
23,273	2,269	1,537	4,078	2,912	1,524	13,482	7,052	2,788	9,494	7,134	0,919	4,222
19,929	2,538	0,821	2,477	4,077	0,742	14,809	4,467	2,225	10,280	6,836	0,901	4,605
98,974	18,647	21,843	NA/NR	3,178	0,071	24,171	23,636	NA/NR	21,535	NA/NR	4,314	0,910
71,989	9,524	14,110	NA/NR	0,316	0,002	52,245	52,152	NA/NR	15,468	NA/NR	1,500	0,299
24,369	0,532	0,008	1,961	0,136	0,017	9,270	0,083	NA/NR	20,191	0,030	0,056	4,841

A2

**INFORMES DE LOS
PAÍSES SOBRE LOS
GASTOS NACIONALES
E INTERNACIONALES
RELACIONADOS CON
EL SIDA POR
CATEGORÍAS DE
SERVICIO Y FUENTES
DE FINANCIACIÓN**

PROPORCIÓN POR FUENTE DE FINANCIACIÓN

País	Año	Total de gasto público nacional e internacional en millones de USD	Proporción por fuente de financiación					
			Pública nacional (%)	Organismos bilaterales (%)	Fondo Mundial (%)	Naciones Unidas (%)	Todos los demás organismos multilaterales (%)	Todas las demás fuentes internacionales (%)
Indonesia	2008	49,563	40,0%	39,5%	11,7%	4,5%	3,0%	1,1%
Rep. Democrática Popular Lao	2007	5,147	1,3%	19,4%	36,0%	20,3%	7,9%	15,0%
Rep. Democrática Popular Lao	2008	5,017	2,0%	13,5%	39,6%	29,9%	6,9%	8,1%
Rep. Democrática Popular Lao	2009	5,997	1,9%	19,4%	42,0%	22,2%	3,5%	11,0%
Malasia	2008	24,289	98,8%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%
Malasia	2009	27,700	98,4%	0,0%	0,0%	1,1%	0,0%	0,5%
Myanmar	2007	32,763	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	96,4%
Myanmar	2008	32,802	4,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	95,3%
Nepal	2007	17,662	3,5%	67,8%	14,9%	7,5%	0,0%	6,3%
Pakistán	2008	14,195	68,5%	2,8%	7,7%	18,5%	2,5%	0,0%
Pakistán	2009	19,999	78,4%	0,5%	5,5%	13,3%	1,8%	0,6%
Filipinas	2007	4,827	33,5%	47,3%	0,6%	16,5%	1,7%	0,3%
Filipinas	2008	6,577	25,5%	9,0%	44,0%	16,7%	4,0%	0,9%
Filipinas	2009	10,466	16,2%	7,3%	63,9%	11,7%	0,7%	0,2%
Singapur	2007	11,350	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Singapur	2008	15,338	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Singapur	2009	16,088	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sri Lanka	2008	1,568	29,5%	0,0%	17,3%	13,9%	39,2%	0,0%
Sri Lanka	2009	1,555	33,2%	0,0%	28,4%	18,6%	19,8%	0,0%
Tailandia	2007	199,645	82,7%	0,5%	16,0%	0,8%	0,0%	0,0%
Tailandia	2008	209,123	85,4%	1,2%	12,9%	0,5%	0,0%	0,0%
Tailandia	2009	213,775	93,3%	0,9%	5,1%	0,6%	0,0%	0,0%
Timor Leste	2008	1,827	0,0%	0,0%	87,9%	12,1%	0,0%	0,0%
Timor Leste	2009	1,803	1,2%	0,0%	96,7%	0,0%	0,0%	2,1%
Viet Nam	2007	66,281	12,0%	67,5%	3,5%	4,6%	11,8%	0,6%
Viet Nam	2008	108,814	8,0%	74,0%	3,5%	4,2%	9,8%	0,5%
Viet Nam	2009	102,988	2,1%	87,1%	0,1%	1,8%	8,1%	0,8%
África subsahariana								
Angola	2008	31,766	75,8%	0,0%	21,2%	0,4%	2,5%	0,0%
Angola	2009	24,839	64,6%	0,0%	32,5%	1,7%	1,2%	0,0%
Benin	2007	16,836	27,1%	28,0%	17,8%	17,9%	6,2%	3,0%
Benin	2008	20,770	19,9%	21,7%	28,7%	18,2%	5,5%	6,0%
Benin	2009	28,789	45,2%	9,4%	25,8%	11,7%	3,5%	4,3%
Botswana	2008	339,868	67,3%	21,3%	0,0%	0,4%	0,0%	10,9%
Burkina Faso	2007	36,336	25,0%	36,3%	15,2%	13,3%	5,1%	5,1%
Burkina Faso	2008	48,011	25,3%	21,3%	25,0%	14,4%	4,0%	10,1%
Burundi	2007	25,964	29,5%	21,3%	27,1%	12,5%	0,2%	9,3%
Burundi	2008	26,060	22,5%	25,2%	22,1%	12,4%	1,0%	16,9%
Camerún	2007	36,559	18,7%	9,7%	54,1%	8,8%	0,0%	8,7%
Camerún	2008	39,972	17,6%	18,7%	47,7%	10,5%	0,0%	5,4%
Cabo Verde	2008	2,570	1,2%	92,9%	0,0%	3,4%	2,1%	0,3%
Cabo Verde	2009	1,111	1,7%	85,9%	0,0%	3,5%	1,4%	7,6%
Rep. Centroafricana	2007	10,332	4,6%	18,8%	37,6%	36,2%	0,0%	2,7%
Rep. Centroafricana	2008	20,282	3,5%	13,3%	47,3%	33,7%	0,0%	2,2%
Chad	2007	8,617	34,1%	37,5%	7,8%	14,5%	3,1%	3,0%
Chad	2008	13,895	16,1%	41,2%	15,8%	17,6%	6,7%	2,6%

GASTOS TOTALES RELACIONADOS CON EL VIH EN SERVICIOS SELECCIONADOS (EN MILLONES DE DÓLARES USD ACTUALES)

Prevención						Atención y tratamiento		Huérfanos y niños vulnerables	Apoyo a programas			Otros gastos relacionados con el VIH
Total para prevención	Comunicación para el cambio social y de comportamiento	Asesoramiento y pruebas voluntarias	Programas para profes. del sexo y sus clientes, para HSH y para la reducción de daños de UDI	Comercialización social y provisión del sector público y comercial del preservativo masculino y femenino	Prevención de la transmisión maternoinfantil	Total para atención y tratamiento	Terapia anti-retrovirica		Total para el fortalecimiento de la gestión y administración de programas	Planificación, coordinación y gestión de programas	Vigilancia y evaluación	
24,703	0,649	3,021	5,641	0,183	0,003	7,325	5,504	0,032	10,307	3,528	1,353	7,197
2,582	0,393	0,026	0,443	0,561	0,189	0,339	0,182	0,015	1,065	0,608	0,119	1,145
1,571	0,211	0,079	0,107	0,029	0,049	0,791	0,643	0,016	1,330	0,722	0,123	1,309
2,160	0,406	0,083	0,343	0,085	0,101	0,962	0,503	0,099	1,466	0,679	0,158	1,310
11,000	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	9,861	9,286	0,000	3,429	3,429	NA/NR	0,000
13,459	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	10,447	9,559	0,000	3,529	3,529	NA/NR	0,265
16,844	1,310	0,031	8,032	NA/NR	1,132	11,758	5,556	0,419	2,191	0,195	0,142	1,552
15,546	NA/NR	0,041	8,301	NA/NR	1,672	12,680	10,629	0,674	1,578	0,608	0,245	2,324
8,187	0,638	0,487	2,186	NA/NR	0,126	2,936	0,667	0,159	5,110	1,553	0,253	1,269
9,709	2,317	NA/NR	3,739	NA/NR	NA/NR	1,443	1,443	NA/NR	2,360	2,360	NA/NR	0,683
15,522	3,483	NA/NR	8,288	NA/NR	NA/NR	1,521	1,521	NA/NR	2,521	2,521	NA/NR	0,436
3,845	0,017	0,025	0,090	2,763	0,009	0,151	0,005	NA/NR	0,473	0,023	0,018	0,358
3,462	0,109	0,096	0,522	0,082	0,004	0,679	0,081	0,123	1,334	0,282	0,012	0,979
5,860	0,077	0,278	0,607	0,000	0,037	0,911	0,184	0,036	2,703	0,481	0,122	0,956
2,721	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	7,965	NA/NR	NA/NR	0,664	NA/NR	NA/NR	0,000
4,241	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	9,330	NA/NR	NA/NR	1,767	NA/NR	NA/NR	0,000
4,125	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	9,075	NA/NR	NA/NR	2,888	NA/NR	NA/NR	0,000
1,030	NA/NR	NA/NR	0,064	NA/NR	NA/NR	0,071	0,047	NA/NR	0,088	0,087	NA/NR	0,379
0,917	NA/NR	NA/NR	0,130	NA/NR	NA/NR	0,076	0,054	NA/NR	0,102	0,099	NA/NR	0,459
28,186	0,188	5,497	1,029	2,529	3,542	143,334	93,625	3,006	19,449	10,948	1,511	5,669
45,287	0,920	0,694	0,566	1,529	4,110	137,646	61,295	1,507	11,984	6,425	0,143	12,699
29,259	1,424	1,096	1,418	0,708	3,893	162,604	92,680	1,535	7,421	0,575	0,274	12,956
0,570	0,211	0,060	NA/NR	NA/NR	0,016	0,019	0,019	NA/NR	1,003	0,728	NA/NR	0,236
0,358	0,053	0,008	NA/NR	0,003	0,002	0,061	0,061	NA/NR	1,166	0,694	NA/NR	0,218
24,553	4,874	3,459	0,051	0,007	2,226	25,900	12,670	0,578	9,326	2,607	2,540	5,924
39,344	7,050	4,911	0,117	0,051	4,226	42,324	21,245	1,818	16,312	3,714	7,628	9,016
35,872	3,736	5,634	0,012	NA/NR	4,573	47,383	21,868	3,231	10,278	1,755	6,781	6,223
12,215	1,733	0,897	0,244	1,418	5,430	13,105	4,615	NA/NR	5,562	1,793	NA/NR	0,884
7,263	1,292	1,418	0,453	0,604	2,030	8,636	3,714	NA/NR	7,135	2,544	0,531	1,806
4,667	0,472	1,134	NA/NR	0,785	0,937	6,776	2,664	0,231	4,228	3,718	0,091	0,935
5,745	1,017	0,937	NA/NR	1,349	0,431	5,902	4,408	0,500	7,295	5,003	1,029	1,328
9,530	0,359	1,078	NA/NR	1,335	1,197	6,578	3,645	0,727	9,721	6,763	0,518	2,233
29,766	2,160	8,566	NA/NR	3,127	5,621	165,330	48,827	80,607	49,952	40,913	2,617	14,213
7,064	2,132	0,544	NA/NR	0,948	1,010	13,060	9,248	2,930	9,130	4,185	0,765	4,153
12,956	1,945	1,993	0,362	1,630	0,918	15,661	6,495	2,632	10,487	6,528	1,780	6,275
5,899	1,015	0,766	0,073	0,941	0,861	7,420	3,210	2,616	7,175	5,783	1,195	2,852
5,736	0,783	0,865	0,069	0,846	0,857	8,684	2,501	2,664	6,134	4,719	0,792	2,842
10,000	1,646	0,946	0,004	0,931	1,376	15,297	11,474	2,251	5,920	2,907	0,369	3,092
11,435	2,313	1,561	NA/NR	2,780	0,565	16,036	11,055	3,148	6,089	5,260	0,486	3,263
0,749	0,253	0,012	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,233	0,624	0,074	0,366	NA/NR	NA/NR	0,147
0,153	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,415	0,214	0,133	0,381	0,212	0,137	0,029
2,387	0,224	NA/NR	NA/NR	0,878	0,176	4,207	1,008	0,113	2,915	1,890	0,151	0,710
3,031	0,493	0,195	0,000	1,208	0,178	8,230	NA/NR	0,979	5,665	3,672	0,454	2,377
3,324	0,704	0,158	0,039	0,970	0,116	3,210	3,035	0,025	1,417	1,235	0,077	0,640
5,323	1,821	0,033	NA/NR	1,903	0,300	4,088	3,036	0,188	3,402	2,252	0,133	0,894

A2

INFORMES DE LOS PAÍSES SOBRE LOS GASTOS NACIONALES E INTERNACIONALES RELACIONADOS CON EL SIDA POR CATEGORÍAS DE SERVICIO Y FUENTES DE FINANCIACIÓN

PROPORCIÓN POR FUENTE DE FINANCIACIÓN

Año	Total de gasto público nacional e internacional en millones de USD	Proporción por fuente de financiación						
		Pública nacional (%)	Organismos bilaterales (%)	Fondo Mundial (%)	Naciones Unidas (%)	Todos los demás organismos multilaterales (%)	Todas las demás fuentes internacionales (%)	
Congo	2007	9,442	10,2%	1,9%	51,3%	14,7%	21,8%	0,0%
Congo	2008	11,629	11,0%	5,8%	34,9%	2,8%	45,5%	0,0%
Congo	2009	17,395	52,5%	4,1%	25,0%	2,1%	16,4%	0,0%
Côte d'Ivoire	2007	67,012	9,1%	72,6%	13,4%	4,5%	0,0%	0,4%
Côte d'Ivoire	2008	62,011	8,4%	76,8%	11,4%	2,4%	0,0%	0,9%
Congo, República Democrática del	2008	85,964	3,6%	13,9%	40,0%	18,5%	16,8%	7,3%
Guinea Ecuatorial	2007	1,310	74,0%	6,7%	0,0%	19,3%	0,0%	0,0%
Guinea Ecuatorial	2008	2,827	33,5%	7,1%	41,9%	17,4%	0,0%	0,0%
Guinea Ecuatorial	2009	2,797	32,8%	4,2%	55,3%	7,6%	0,0%	0,0%
Eritrea	2008	14,457	5,9%	2,7%	46,7%	18,7%	26,0%	0,0%
Eritrea	2009	13,661	8,9%	4,7%	30,1%	23,8%	32,5%	0,0%
Gabón	2007	10,471	58,2%	2,6%	24,0%	10,9%	4,4%	0,0%
Gabón	2008	11,852	87,4%	4,6%	3,5%	4,4%	0,0%	0,0%
Gabón	2009	12,263	77,1%	2,1%	15,3%	5,5%	0,0%	0,0%
Gambia	2007	4,893	4,5%	0,8%	51,4%	17,3%	4,3%	21,6%
Gambia	2008	4,985	3,6%	1,9%	63,2%	14,6%	0,1%	16,7%
Ghana	2007	52,308	21,5%	12,9%	46,2%	1,0%	16,1%	2,3%
Ghana	2008	37,928	14,1%	11,9%	29,2%	7,2%	18,7%	19,0%
Guinea	2007	7,402	0,6%	35,5%	7,1%	21,9%	18,1%	16,9%
Guinea	2008	13,184	2,0%	19,9%	14,0%	15,8%	33,1%	15,3%
Guinea	2009	10,231	6,5%	25,7%	21,7%	23,6%	0,0%	22,5%
Guinea-Bissau	2008	3,648	7,3%	24,1%	11,0%	42,8%	3,3%	11,5%
Guinea-Bissau	2009	5,256	4,5%	28,1%	45,9%	19,0%	0,1%	2,3%
Kenya	2007	418,582	13,7%	68,3%	6,3%	1,5%	0,0%	10,2%
Kenya	2008	659,866	11,2%	79,3%	1,5%	2,4%	0,1%	5,6%
Kenya	2009	687,258	14,2%	75,2%	2,8%	2,2%	0,0%	5,5%
Lesotho	2007	53,737	37,2%	16,0%	16,1%	16,3%	3,9%	10,5%
Lesotho	2008	81,315	56,9%	18,5%	8,9%	5,0%	0,1%	10,6%
Madagascar	2008	11,954	45,3%	36,2%	0,5%	18,1%	0,0%	0,0%
Malawi	2008	106,722	1,8%	19,9%	65,1%	3,2%	1,6%	8,4%
Malawi	2009	103,907	1,4%	26,4%	54,7%	2,5%	6,0%	8,9%
Mali	2007	40,800	12,5%	19,2%	30,6%	31,3%	6,1%	0,3%
Mali	2008	40,390	10,9%	16,3%	25,9%	37,6%	8,8%	0,5%
Mozambique	2007	104,542	5,7%	68,0%	5,0%	8,5%	1,0%	11,8%
Mozambique	2008	144,946	3,5%	70,0%	2,8%	8,0%	5,9%	9,8%
Niger	2007	14,522	4,4%	10,0%	24,2%	37,5%	23,2%	0,7%
Niger	2008	12,457	4,5%	12,6%	25,5%	40,1%	5,6%	11,8%
Nigeria	2007	299,242	14,7%	65,9%	6,6%	3,1%	9,8%	0,0%
Nigeria	2008	394,664	7,6%	80,8%	6,9%	1,5%	3,1%	0,0%
Rwanda	2007	74,565	8,2%	62,7%	15,1%	4,3%	3,8%	5,9%
Rwanda	2008	110,812	5,5%	58,1%	24,3%	2,5%	2,9%	6,7%
Santo Tomé y Príncipe	2007	0,098	47,5%	0,0%	0,0%	0,0%	23,0%	29,5%
Santo Tomé y Príncipe	2008	0,093	45,8%	0,0%	0,0%	0,0%	19,5%	34,7%
Santo Tomé y Príncipe	2009	1,065	3,6%	0,0%	60,5%	31,9%	0,4%	3,5%
Senegal	2008	25,570	25,0%	40,7%	30,4%	3,9%	0,0%	0,0%
Seychelles	2007	0,479	96,1%	0,0%	0,0%	3,9%	0,0%	0,0%
Seychelles	2008	0,573	83,9%	0,0%	0,0%	12,1%	2,0%	1,9%
Seychelles	2009	0,575	80,4%	4,3%	0,0%	15,3%	0,0%	0,0%
Sierra Leona	2007	9,173	2,2%	15,0%	24,6%	20,1%	34,7%	3,3%

GASTOS TOTALES RELACIONADOS CON EL VIH EN SERVICIOS SELECCIONADOS (EN MILLONES DE DÓLARES USD ACTUALES)

Prevención						Atención y tratamiento		Huérfanos y niños vulnerables	Apoyo a programas			Otros gastos relacionados con el VIH
Total para prevención	Comunicación para el cambio social y de comportamiento	Asesoramiento y pruebas voluntarias	Programas para profes. del sexo y sus clientes, para HSH y para la reducción de daños de UDI	Comercialización social y provisión del sector público y comercial del preservativo masculino y femenino	Prevención de la transmisión maternoinfantil	Total para atención y tratamiento	Terapia anti-retrovirica		Total para el fortalecimiento de la gestión y administración de programas	Planificación, coordinación y gestión de programas	Vigilancia y evaluación	
3,787	0,091	0,455	0,009	1,015	0,287	1,145	0,422	0,956	2,586	1,764	0,083	0,968
4,118	0,008	0,243	0,080	0,961	0,217	0,332	NA/NR	2,044	3,694	2,119	0,280	1,440
2,826	0,078	0,441	0,032	0,374	0,412	8,557	6,038	0,874	3,953	1,422	0,371	1,184
18,448	0,925	1,118	1,698	5,043	1,005	28,610	NA/NR	1,962	15,310	8,249	1,007	2,681
19,417	1,726	1,477	2,011	4,966	0,239	17,631	NA/NR	1,631	18,411	9,406	0,675	4,922
18,115	0,801	1,730	0,291	2,978	1,727	25,521	NA/NR	4,703	28,544	21,112	1,600	9,082
0,013	0,006	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,003	0,007	NA/NR	NA/NR	1,169	0,197	0,003	0,120
0,329	0,117	0,001	NA/NR	0,017	0,084	0,228	0,178	0,046	2,029	0,683	0,078	0,195
0,258	0,060	NA/NR	NA/NR	0,022	0,078	0,231	0,213	NA/NR	2,190	1,165	NA/NR	0,117
3,574	0,340	0,459	NA/NR	0,200	0,061	3,943	0,408	1,384	3,200	0,257	0,588	2,356
3,641	0,680	NA/NR	NA/NR	0,273	0,118	4,130	NA/NR	1,155	2,464	NA/NR	0,136	2,270
3,728	0,055	0,198	0,042	0,235	0,006	3,333	2,214	0,344	2,494	0,784	0,301	0,573
4,542	NA/NR	NA/NR	0,032	0,065	NA/NR	2,524	1,819	0,117	4,358	0,290	0,165	0,310
4,488	0,045	NA/NR	0,022	0,080	0,010	3,898	3,196	0,110	3,478	0,173	0,065	0,289
0,700	0,209	0,085	NA/NR	NA/NR	0,106	0,651	0,163	0,265	2,046	0,227	0,434	1,231
0,563	0,067	0,124	NA/NR	NA/NR	0,183	1,019	0,225	0,227	2,048	0,170	0,374	1,129
6,336	1,742	0,339	0,577	1,190	NA/NR	21,026	6,119	0,153	18,466	2,292	0,482	6,327
8,307	2,596	2,303	0,080	0,043	0,514	9,554	NA/NR	0,422	11,562	2,823	1,091	8,083
3,675	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,820	NA/NR	0,020	1,322	NA/NR	NA/NR	0,565
4,087	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	2,875	NA/NR	0,001	4,965	NA/NR	NA/NR	1,256
2,650	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	5,626	NA/NR	0,192	1,063	NA/NR	NA/NR	0,700
1,238	0,577	0,274	0,000	0,041	0,196	1,009	0,801	0,052	0,944	0,712	0,004	0,406
1,001	0,389	0,042	0,176	0,017	0,224	1,495	1,140	0,109	1,949	1,753	0,019	0,701
87,310	13,472	30,670	0,581	4,075	15,043	257,239	147,934	31,067	36,432	23,880	0,000	6,533
158,619	45,742	32,005	0,500	4,758	29,333	379,551	226,436	50,887	67,159	39,811	0,061	3,650
181,152	39,484	41,119	0,500	6,246	29,847	376,273	207,071	55,427	68,239	39,060	0,061	6,167
4,802	0,246	1,848	NA/NR	0,473	1,377	25,393	17,211	4,699	7,918	5,007	0,612	10,924
9,869	0,409	1,694	NA/NR	0,531	4,125	41,210	9,995	10,839	14,968	3,979	0,868	4,429
5,003	1,179	0,151	0,247	1,328	0,008	0,112	NA/NR	NA/NR	4,959	3,421	0,478	1,881
20,598	2,398	7,043	0,243	NA/NR	4,132	33,459	6,379	7,623	24,246	6,450	3,627	20,796
17,704	0,868	3,058	0,335	NA/NR	3,602	39,925	0,781	4,448	23,127	8,409	2,940	18,702
10,857	2,324	1,334	0,216	1,498	0,597	9,413	6,352	1,341	12,292	8,676	0,438	6,897
11,987	0,895	3,169	0,525	1,001	0,665	7,787	4,805	1,544	12,397	8,003	0,728	6,675
25,779	4,774	2,440	0,000	0,029	5,166	28,690	14,308	8,983	32,587	25,987	2,160	8,503
38,543	4,581	4,481	0,462	0,003	8,681	41,850	21,237	13,022	35,818	28,114	2,501	15,714
5,168	0,091	1,335	0,207	0,850	0,062	3,700	2,752	0,586	3,910	3,671	0,124	1,158
2,822	0,035	0,358	0,008	0,749	0,025	2,615	1,288	0,639	4,837	4,485	0,325	1,545
37,654	4,606	3,741	0,228	2,336	7,501	135,088	67,342	5,715	102,825	33,919	11,476	17,959
57,949	8,043	7,852	0,527	2,025	12,599	185,912	79,196	9,972	117,521	38,549	13,137	23,310
17,115	2,176	2,069	NA/NR	0,628	2,710	27,794	1,671	9,359	10,791	5,809	1,879	9,506
29,308	1,895	1,981	NA/NR	1,425	3,131	44,670	14,411	12,850	13,273	6,588	3,415	10,711
0,052	0,009	0,010	0,001	0,014	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,028	0,028	NA/NR	0,019
0,044	0,004	0,014	0,003	0,015	0,001	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,026	0,026	NA/NR	0,023
0,453	0,123	0,112	0,004	0,052	0,005	0,069	0,015	0,035	0,119	0,045	NA/NR	0,389
7,148	1,028	1,766	0,645	1,773	1,100	4,373	3,699	1,478	10,460	6,733	1,304	2,112
0,029	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,014	0,327	0,171	NA/NR	0,119	0,119	NA/NR	0,005
0,098	0,027	NA/NR	0,012	NA/NR	0,008	0,271	0,141	0,123	0,020	0,020	NA/NR	0,062
0,133	0,025	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,008	0,212	0,102	0,091	0,073	0,018	NA/NR	0,066
5,611	1,554	0,113	0,215	0,312	0,224	1,043	0,663	0,193	1,545	1,075	0,196	0,779

INFORMES DE LOS PAÍSES SOBRE LOS GASTOS NACIONALES E INTERNACIONALES RELACIONADOS CON EL SIDA POR CATEGORÍAS DE SERVICIO Y FUENTES DE FINANCIACIÓN

PROPORCIÓN POR FUENTE DE FINANCIACIÓN

País	Año	Total de gasto público nacional e internacional en millones de USD	Proporción por fuente de financiación					
			Pública nacional (%)	Organismos bilaterales (%)	Fondo Mundial (%)	Naciones Unidas (%)	Todos los demás organismos multilaterales (%)	Todas las demás fuentes internacionales (%)
Sudáfrica	2008	1,694,000	77,0%	21,3%	0,7%	0,2%	0,4%	0,4%
Sudáfrica	2009	2,088,000	72,7%	26,3%	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%
Swazilandia	2007	49,447	39,6%	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Togo	2007	10,203	9,5%	4,1%	56,5%	10,8%	1,3%	17,7%
Togo	2008	15,368	7,0%	15,3%	47,4%	6,5%	23,7%	0,1%
Uganda	2007	270,011	2,5%	92,7%	0,0%	4,9%	0,0%	0,0%
Uganda	2008	296,650	13,0%	83,0%	0,8%	3,2%	0,0%	0,0%
Zimbabwe	2008	27,344	1,3%	34,7%	0,0%	2,4%	0,0%	61,7%
Zimbabwe	2009	39,548	19,5%	21,4%	17,1%	1,1%	0,0%	40,9%
Europa occidental y central								
Bélgica	2008	111,777	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Bosnia y Herzegovina	2008	2,760	10,9%	0,0%	70,8%	12,5%	5,9%	0,0%
Bosnia y Herzegovina	2009	3,584	8,4%	0,0%	76,4%	10,8%	4,4%	0,0%
Bulgaria ³	2007	6,666	50,8%	0,0%	43,4%	5,9%	0,0%	0,0%
Bulgaria ³	2008	9,212	66,0%	0,6%	30,6%	2,8%	0,0%	0,0%
Bulgaria ³	2009	10,702	52,7%	0,2%	44,4%	2,7%	0,0%	0,0%
Croacia	2007	8,908	99,1%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%
Croacia	2008	9,957	98,3%	0,0%	0,0%	1,7%	0,0%	0,0%
Croacia	2009	10,367	98,2%	0,0%	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%
República Checa	2007	56,998	97,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%
República Checa	2008	64,279	98,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%
República Checa	2009	69,311	96,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%
Estonia	2008	18,373	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Grecia	2008	96,058	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Hungría ⁵	2007	2,275	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Hungría	2008	3,673	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Hungría	2009	3,496	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Letonia	2009	2,264	94,4%	0,0%	0,0%	5,6%	0,0%	0,0%
Luxemburgo	2009	7,356	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Montenegro ⁷	2007	1,471	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Montenegro ⁷	2008	0,597	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Montenegro ⁷	2009	0,830	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Polonia	2007	41,202	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Polonia	2008	62,586	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Polonia	2009	55,520	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Rumania	2008	87,241	92,7%	0,0%	6,0%	0,9%	0,0%	0,5%
Rumania	2009	84,256	95,1%	0,0%	3,9%	0,5%	0,0%	0,4%
España	2007	551,413	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
España	2008	916,739	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
España	2009	1,031,381	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Suecia	2007	21,598	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Suecia	2008	22,155	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Suecia	2009	19,085	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
Suiza ⁹	2008	14,898	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Suiza ⁹	2009	14,843	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
ex República Yugoslava de Macedonia	2008	3,659	56,5%	0,7%	31,4%	10,8%	0,0%	0,7%
Reino Unido de Gran Bretaña	2007	1,204,082	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reino Unido de Gran Bretaña	2008	925,714	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

¹ No se informa sobre los gastos de 2008 y 2009 de Antigua y Barbuda para la hospitalización de pacientes VIH-positivos, ARV y visitas al centro de salud para atención y tratamiento.

² No se informa sobre el gasto subnacional en Brasil a nivel estatal, federal, de distritos y de municipios, excepto para la adquisición de medicamentos para infecciones oportunistas.

³ No se informa sobre los gastos en tratamiento de infecciones oportunistas para Bulgaria.

⁴ No se informó sobre los gastos relacionados con el VIH en las fuerzas armadas chilenas.

⁵ El país informó de cifras bianuales para el gasto en VIH. Por lo tanto, los gastos se dividieron entre dos y se distribuyeron en partes iguales en los dos años.

⁶ India: Los valores facilitados reflejan el gasto (público) de la NACO a partir de los fondos presupuestarios. Los gastos extrapresupuestarios aportados por donantes y otras fuentes no están reflejados en la tabla provista y aún se encuentran en proceso de compilación y análisis en un estudio aparte.

⁷ El gasto de Montenegro incluye únicamente las actividades presupuestadas de la propuesta de proyecto presentada al FMSTM.

⁸ República Dominicana: No se informó sobre los gastos en seguridad hematológica.

⁹ Sólo se informa sobre la financiación del gobierno central.

¹⁰ Timor Leste: La presentación original para 2008 correspondió a un período de un año y medio (agosto de 2007 a diciembre de 2008). La cifra actual para 2008 se obtuvo ajustando todas las cifras por 2/3.

¹¹ El gasto en seguridad hematológica facilitado por Rusia incluyó gastos como actualizaciones de equipos, algunos de los cuales no estaban relacionados con el VIH.

GASTOS TOTALES RELACIONADOS CON EL VIH EN SERVICIOS SELECCIONADOS (EN MILLONES DE DÓLARES USD ACTUALES)

Prevención						Atención y tratamiento		Huérfanos y niños vulnerables	Apoyo a programas			Otros gastos relacionados con el VIH
Total para prevención	Comunicación para el cambio social y de comportamiento	Asesoramiento y pruebas voluntarias	Programas para profes. del sexo y sus clientes, para HSH y para la reducción de daños de UDI	Comercialización social y provisión del sector público y comercial del preservativo masculino y femenino	Prevención de la transmisión maternoinfantil	Total para atención y tratamiento	Terapia anti-retrovírica		Total para el fortalecimiento de la gestión y administración de programas	Planificación, coordinación y gestión de programas	Vigilancia y evaluación	
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
8,567	3,167	2,243	NA/NR	0,713	0,344	9,384	6,244	15,027	6,933	3,136	0,879	9,535
4,245	0,483	0,114	0,146	0,671	0,216	2,074	1,480	0,189	2,727	2,131	0,197	0,969
5,887	2,005	0,614	0,139	0,378	0,246	2,496	1,011	0,805	5,130	3,289	0,566	1,049
70,370	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	114,934	NA/NR	25,749	55,450	NA/NR	NA/NR	3,508
64,185	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	147,367	NA/NR	15,246	65,502	NA/NR	NA/NR	4,349
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
6,576	0,206	NA/NR	2,426	NA/NR	NA/NR	102,713	79,482	NA/NR	2,488	NA/NR	0,358	0,000
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
2,880	0,418	0,553	0,598	NA/NR	NA/NR	2,935	2,027	NA/NR	0,349	0,122	0,139	0,501
4,711	0,214	1,265	0,832	NA/NR	NA/NR	3,502	2,831	NA/NR	0,321	0,108	0,136	0,677
5,710	0,198	1,645	1,084	0,122	NA/NR	3,421	2,713	0,200	0,881	0,514	0,350	0,489
2,219	NA/NR	0,284	0,580	NA/NR	NA/NR	6,531	NA/NR	NA/NR	0,159	0,111	NA/NR	0,000
2,128	NA/NR	0,272	0,615	NA/NR	NA/NR	7,677	NA/NR	NA/NR	0,153	0,107	NA/NR	0,000
2,287	NA/NR	0,307	0,869	NA/NR	NA/NR	7,562	NA/NR	NA/NR	0,152	NA/NR	0,100	0,366
32,921	0,103	0,456	8,289	0,003	2,446	15,687	10,779	NA/NR	0,147	0,030	0,010	8,243
34,591	0,088	0,415	8,565	NA/NR	2,442	19,867	12,204	NA/NR	0,617	0,031	0,009	9,204
36,831	0,022	0,326	8,309	0,003	2,629	21,537	13,746	0,026	0,477	0,024	0,016	10,440
5,989	NA/NR	0,523	2,671	NA/NR	0,024	12,010	NA/NR	NA/NR	0,375	NA/NR	0,212	0,000
13,969	NA/NR	0,897	NA/NR	NA/NR	NA/NR	81,231	79,063	NA/NR	0,781	NA/NR	NA/NR	0,077
1,733	0,029	0,052	0,124	0,003	NA/NR	0,449	0,051	NA/NR	0,075	NA/NR	NA/NR	0,017
2,546	0,295	0,055	0,016	0,027	0,109	0,448	0,045	NA/NR	0,531	NA/NR	NA/NR	0,148
2,492	0,293	0,052	0,068	0,026	NA/NR	0,423	0,042	NA/NR	0,493	NA/NR	NA/NR	0,089
0,736	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,494	NA/NR	NA/NR	0,034	NA/NR	0,012	0,000
1,661	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	4,942	4,517	NA/NR	0,023	0,003	0,021	0,730
0,812	NA/NR	0,065	0,322	NA/NR	NA/NR	0,185	NA/NR	NA/NR	0,277	0,277	NA/NR	0,197
0,313	NA/NR	0,025	0,126	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	0,168	0,168	NA/NR	0,116
0,480	NA/NR	0,027	0,197	NA/NR	NA/NR	0,048	NA/NR	NA/NR	0,154	0,154	NA/NR	0,147
4,237	0,261	0,149	2,774	NA/NR	0,682	36,614	35,292	0,013	0,018	NA/NR	0,017	0,319
5,420	0,430	0,784	0,148	NA/NR	0,881	56,035	56,035	NA/NR	0,023	0,013	0,003	1,107
2,661	0,211	0,409	0,145	NA/NR	0,960	51,726	51,726	NA/NR	0,025	0,013	0,003	1,108
4,726	NA/NR	0,003	0,411	0,037	NA/NR	54,667	54,040	0,003	0,748	0,030	0,054	27,097
3,372	0,066	0,066	0,459	0,070	NA/NR	54,767	54,067	0,001	0,388	0,017	NA/NR	25,727
36,532	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	500,918	500,918	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	13,963
40,374	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	859,361	859,361	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	17,004
21,649	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	997,670	997,670	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	12,063
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR
4,611	2,456	NA/NR	0,996	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,019	0,649	0,371	9,268
4,594	2,447	NA/NR	0,993	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	1,016	0,646	0,369	9,234
2,833	0,207	0,301	1,858	0,005	NA/NR	0,172	0,154	NA/NR	0,478	0,282	0,070	0,176
46,939	NA/NR	NA/NR	4,082	NA/NR	NA/NR	1,106,122	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	51,020
35,714	NA/NR	NA/NR	2,857	NA/NR	NA/NR	857,143	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	NA/NR	32,857

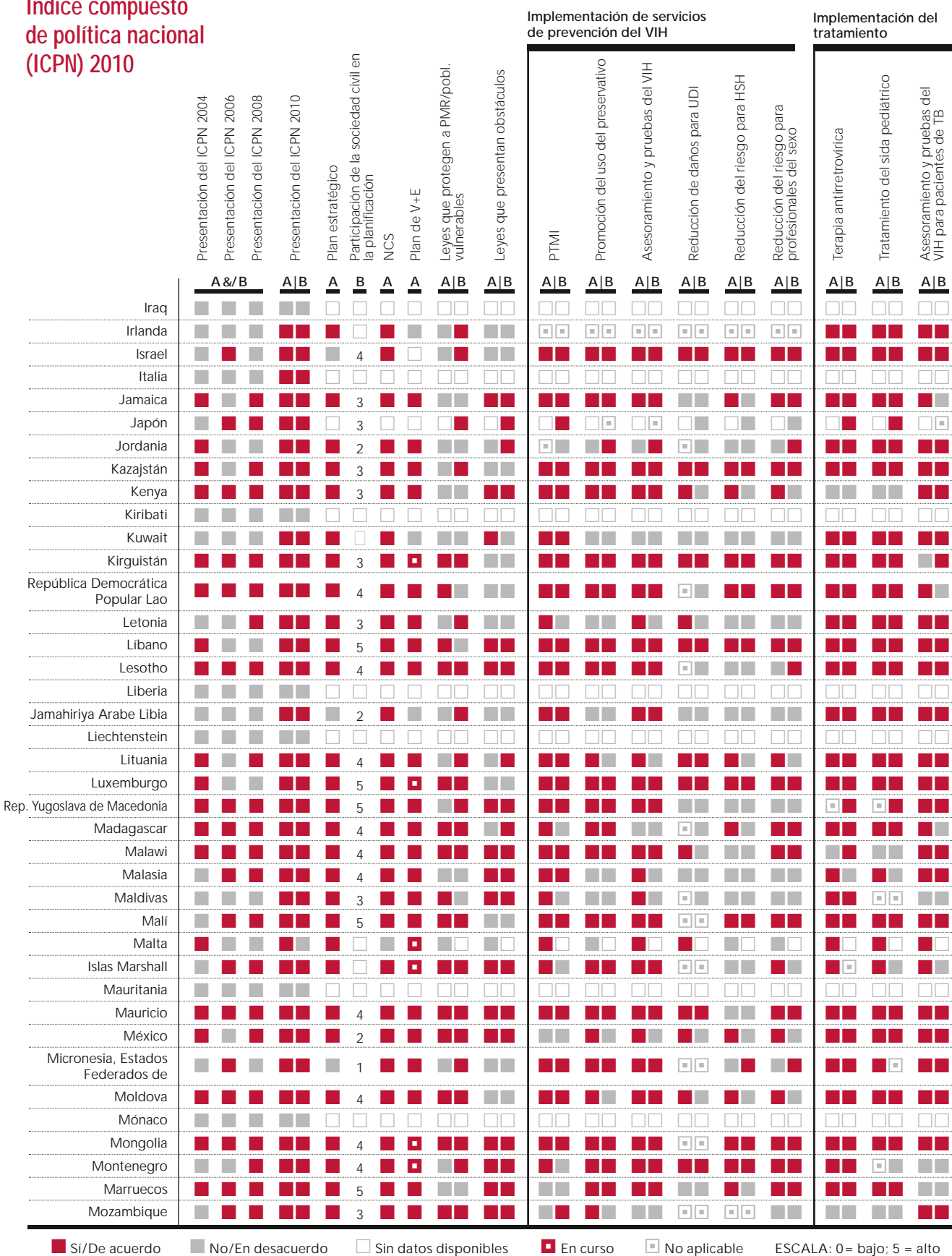
Índice compuesto de política nacional (ICPN) 2010

Indicador 2 del UNGASS

	Indicadores de política nacional (ICPN)									Implementación de servicios de prevención del VIH						Implementación del tratamiento			
	A&/B	A/B	A	B	A	A	A/B	A/B		A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	
Afganistán				4															
Albania																			
Algeria				5															
Andorra																			
Angola				3															
Antigua y Barbuda				3															
Argentina				2															
Armenia				4															
Australia				4															
Austria																			
Azerbaiyán				0															
Bahamas				4															
Bahrein				2															
Bangladesh				3															
Barbados				2															
Belarús				4															
Bélgica				1															
Belice				4															
Benin				4															
Bhután																			
Bolivia				3															
Bosnia y Herzegovina				4															
Botswana				4															
Brasil				3															
Brunei Darussalam																			
Bulgaria				4															
Burkina Faso				4															
Burundi				5															
Camboya				4															
Camerún				5															
Canadá				3															
Cabo Verde				3															
República Centroafricana				3															
Chad				5															
Chile				0															
China				2															
Colombia				1															
Comoras				4															
Congo, República Democrática del				3															
Costa Rica				5															

■ Sí/De acuerdo
 No/En desacuerdo
 Sin datos disponibles
 En curso
 No aplicable
 ESCALA: 0= bajo; 5= alto

Índice compuesto de política nacional (ICPN) 2010



■ Sí/De acuerdo
 No/En desacuerdo
 Sin datos disponibles
 ◼ En curso
 No aplicable
 ESCALA: 0= bajo; 5= alto

Índice compuesto de política nacional (ICPN) 2010

	Presentación del ICPN									Implementación de servicios de prevención del VIH						Implementación del tratamiento																							
	Presentación del ICPN 2004		Presentación del ICPN 2006		Presentación del ICPN 2008		Presentación del ICPN 2010		Plan estratégico	Participación de la sociedad civil en la planificación	NCS	Plan de V+E	Leyes que protegen a PMR/pobl. vulnerables	Leyes que presentan obstáculos	Implementación de servicios de prevención del VIH						Implementación del tratamiento																		
	A/B	A/B	A/B	A/B	A	B	A	B							A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B														
Myanmar	■	■	■	■	■	■	■	■	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Namibia	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Nauru	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Nepal	■	■	■	■	■	■	■	■	4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Países Bajos	■	■	■	■	■	■	■	■	5	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Nueva Zelandia	■	■	■	■	■	■	■	■	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Nicaragua	■	■	■	■	■	■	■	■	4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Níger	■	■	■	■	■	■	■	■	4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Nigeria	■	■	■	■	■	■	■	■	4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Paraguay	■	■	■	■	■	■	■	■	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Perú	■	■	■	■	■	■	■	■	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Filipinas	■	■	■	■	■	■	■	■	5	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Polonia	■	■	■	■	■	■	■	■	2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Portugal	■	■	■	■	■	■	■	■	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Qatar	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
República de Corea	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Rumania	■	■	■	■	■	■	■	■	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Federación de Rusia	■	■	■	■	■	■	■	■	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Rwanda	■	■	■	■	■	■	■	■	5	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Saint Kitts y Nevis	■	■	■	■	■	■	■	■	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Santa Lucía	■	■	■	■	■	■	■	■	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
San Vicente y las Granadinas	■	■	■	■	■	■	■	■	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Samoa	■	■	■	■	■	■	■	■	5	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
San Marino	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Santo Tomé y Príncipe	■	■	■	■	■	■	■	■	4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Arabia Saudita	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Senegal	■	■	■	■	■	■	■	■	5	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Serbia	■	■	■	■	■	■	■	■	4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Seychelles	■	■	■	■	■	■	■	■	2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sierra Leona	■	■	■	■	■	■	■	■	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Singapur	■	■	■	■	■	■	■	■	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Eslovaquia	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Eslovenia	■	■	■	■	■	■	■	■	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Islas Salomón	■	■	■	■	■	■	■	■	4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Somalia	■	■	■	■	■	■	■	■	2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sudáfrica	■	■	■	■	■	■	■	■	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
España	■	■	■	■	■	■	■	■	2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sri Lanka	■	■	■	■	■	■	■	■	2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sudán	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Suriname	■	■	■	■	■	■	■	■	2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

■ Si/De acuerdo ■ No/En desacuerdo □ Sin datos disponibles ■ En curso □ No aplicable ESCALA: 0= bajo; 5= alto

A2

Índice compuesto de política nacional (ICPN) 2010

	Presentación del ICPN 2004-2010									Implementación de servicios de prevención del VIH						Implementación del tratamiento				
	Presentación del ICPN 2004		Presentación del ICPN 2006		Presentación del ICPN 2008		Presentación del ICPN 2010		Plan estratégico	Participación de la sociedad civil en la planificación	NCS	Plan de V+E	Leyes que protegen a PMR/pobl. vulnerables	Leyes que presentan obstáculos	Implementación de servicios de prevención del VIH		Implementación del tratamiento			
	A/B	A/B	A/B	A/B	A	B	A	A	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	A/B	
Swazilandia	■	■	■	■	■	4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Suecia	■	■	■	■	■	□	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Suiza	■	■	■	■	■	4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
República Árabe Siria	■	■	■	■	■	4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Tayikistán	■	■	■	■	■	4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Tailandia	■	■	■	■	■	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Timor-Leste	■	■	■	■	■	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Noruega	■	■	■	■	■	2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Omán	■	■	■	■	■	1	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Pakistán	■	■	■	■	■	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Palau	■	■	■	■	■	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Panamá	■	■	■	■	■	5	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Papua Nueva Guinea	■	■	■	■	■	4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Togo	■	■	■	■	■	4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Tonga	■	■	■	■	■	□	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Trinidad y Tobago	■	■	■	■	■	2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Túnez	■	■	■	■	■	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Turquía	■	■	■	■	■	2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Turkmenistán	■	■	■	■	■	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
Tuvalu	■	■	■	■	■	5	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Uganda	■	■	■	■	■	5	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ucrania	■	■	■	■	■	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Emiratos Árabes Unidos	■	■	■	■	■	4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	■	■	■	■	■	2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
República Unida de Tanzania	■	■	■	■	■	□	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Estados Unidos de América	■	■	■	■	■	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Uruguay	■	■	■	■	■	4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Uzbekistán	■	■	■	■	■	□	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Vanuatu	■	■	■	■	■	5	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Venezuela	■	■	■	■	■	2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Viet Nam	■	■	■	■	■	2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Yemen	■	■	■	■	■	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Zambia	■	■	■	■	■	4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Zimbabwe	■	■	■	■	■	4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

■ Si/De acuerdo

■ No/En desacuerdo

□ Sin datos disponibles

■ En curso

□ No aplicable

ESCALA: 0= bajo; 5= alto

PORCENTAJE DE UNIDADES DE SANGRE DONADA QUE SE ANALIZAN SISTEMÁTICAMENTE PARA LA DETECCIÓN DEL VIH CON CRITERIOS DE GARANTÍA DE CALIDAD

	2007 ¹	2009
	Valor indicador	Valor indicador
Afganistán	39	52
Albania		100
Algeria	100	100
Angola		26
Antigua y Barbuda	33	100
Argentina	100	100
Armenia	100	100
Australia	100	100
Austria	100 ²	100
Azerbaiyán		100
Bahamas	100	100
Bahrein	100 ²	100
Bangladesh		100
Barbados	100	100
Belarus	100	100
Bélgica	100	100
Belice	100	100
Benin	99	99
Bhután	50 ²	
Bolivia	88	69
Bosnia y Herzegovina	0	0
Botswana	100	100
Brasil		100
Brunei Darussalam		100 ³
Bulgaria	100	100
Burkina Faso	66	75
Burundi	100	100
Côte d'Ivoire	100	100
Camboya	97	100
Camerún		100
Canadá	100	100
Cabo Verde	61	100
República Centroafricana	76	84
Chad	100	100
China	100	100
Colombia	100	100
Comoras	100	62
Congo, República Democrática del	100	100
Costa Rica	100	100
Croacia	86	100
Cuba	100	100
Chipre	100	100
República Checa	100 ²	100
Rep. Democrática del Congo	47	55
Dinamarca		100
Djibouti		100
Dominica	100	100
República Dominicana	100	86
Ecuador	100	100
Egipto		100
El Salvador	100	100

Indicador 3 del UNGASS

PORCENTAJE DE UNIDADES DE SANGRE DONADA QUE SE ANALIZAN SISTEMÁTICAMENTE PARA LA DETECCIÓN DEL VIH CON CRITERIOS DE GARANTÍA DE CALIDAD

	2007 ¹	2009
	Valor indicador	Valor indicador
Guinea Ecuatorial		0
Eritrea	100	100
Estonia	100	100
Etiopía	100	100
Fiji	100	100
Finlandia	100	100
Gabón	100	100
Georgia	0	0
Alemania	100	100
Ghana	100	100
Grecia		100
Granada	91	100
Guatemala	100	75
Guinea	53	100
Guinea-Bissau	100	0
Guyana	100	100
Haiti	100	100
Honduras	46	48
Hungría	100	100
India	100	100
Indonesia		100
Irán, República Islámica del	100	100
Irlanda	100	100
Israel	100	
Jamaica	100	100
Japón	100	100
Jordania	100	100
Kazajstán	95	100
Kenya	100	100
Kuwait	100 ²	100
Kirguistán	88	52
Rep. Democrática Popular Lao	100	100
Letonia	100	100
Líbano	100	100
Lesotho	100	100
Lituania	100	100
Luxemburgo	100 ²	100
Madagascar	99	100
Malawi	99	100
Malasia	100	100
Maldivas	0 ²	100
Mali	94	100
Malta	100 ²	
Islas Marshall	100	97
Mauritania	100	100
Mauricio	100	100
México	100	100
Micronesia, Estados Federados de		100
Moldova	74	100
Mónaco		94
Mongolia	72	70
Montenegro	100	0

	2007 ¹	2009
	Valor indicador	Valor indicador
Marruecos	100	100
Mozambique	36	70
Myanmar		76
Namibia	100 ²	100
Nauru		100
Nepal	100	39
Países Bajos	100 ²	100
Nueva Zelanda	100	100
Nicaragua	90	100
Niger	100	26
Nigeria	100	100
Noruega	100 ²	100
Omán		0
Pakistán	87	
Palau	100	100
Panamá	100	100
Papua Nueva Guinea	100	100
Paraguay	95	100
Perú	99	88
Filipinas		96
Polonia	100 ²	
Portugal		100
Qatar		100
Rep. de Corea	100 ²	
Rumania	100	100
Federación de Rusia		79
Rwanda	100	100
Saint Kitts y Nevis	100	100
Santa Lucía	100	100
San Vicente y las Granadinas	100	100
Samoa	100 ²	
Santo Tomé y Príncipe	0	100
Arabia Saudita		100
Senegal	78	86
Serbia	100	49
Seychelles	100	100
Sierra Leona	100	100
Singapur	100	100
Eslovaquia		100
Eslovenia	100	100
Islas Salomón		79
Somalia		0
Sudáfrica	100	100
España	100	100
Sri Lanka	42	100
Sudán		0
Suriname	100	100
Swazilandia	100	100
Suecia	100	100
Suiza	100	100
República Árabe Siria		0

	2007 ¹	2009
	Valor indicador	Valor indicador
Tayikistán	97	100
Tailandia	99	100
Timor-Leste	58 ²	100
Togo	85	92
Tonga		100
Trinidad y Tobago	100	100
Túnez	100	100
Turquía	100	100
Uganda	100	100
Ucrania	0	
Emiratos Árabes Unidos		100
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	100	100
República Unida de Tanzania	100	36
Uruguay	100	100
Uzbekistán		82
Vanuatu		91
Venezuela		100
Zambia	100	100
Zimbabwe	100	100

¹ Fecha de informe 2007, pero la recopilación de datos puede variar de 2005 a 2007.

² Datos facilitados por el Departamento de Seguridad en las Transfusiones de Sangre de la OMS.

³ La recopilación de datos comenzó antes de 2008.

NÚMERO DE PERSONAS QUE RECIBÍAN Y NECESITABAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA Y COBERTURA, 2008-2009. PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS^a

	NÚMERO DE PERSONAS QUE RECIBÍAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA, 2008 ^{b,c}	MES Y AÑO DEL INFORME	NÚMERO DE PERSONAS QUE RECIBÍAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA, 2009 ^{b,c}	MES Y AÑO DEL INFORME
Afganistán	0	Dic 08	12	Dic 09
Albania	110	Dic 08	114	Dic 09
Algeria	1 111	Dic 08	1 526	Dic 09
Angola	14 139 ^f	Dic 08	20 640	Dic 09
Argentina	40 240 ^f	Dic 08	42 815	Dic 09
Armenia	100	Dic 08	179	Dic 09
Azerbaiyán	159	Dic 08	238	Dic 09
Bangladesh	283	Dic 08	353	Dic 09
Belarús	1 249	Dic 08	1 776	Dic 09
Belice	630	Dic 08	855	Dic 09
Benin	12 078	Dic 08	15 401	Dic 09
Bhután	30	Dic 08	...	
Bolivia	758 ^f	Dic 08	1 115	Dic 09
Bosnia y Herzegovina	33	Dic 08	38	Dic 09
Botswana	117 045	Dic 08	145 190	Dic 09
Brasil	194 984 ^f	Dic 08	...	
Bulgaria	251	Dic 08	327	Dic 09
Burkina Faso	21 103	Dic 08	26 448	Dic 09
Burundi	14 343	Dic 08	17 661	Dic 09
Camboya	31 999	Dic 08	37 315	Dic 09
Camerún	59 960	Dic 08	76 228	Dic 09
Cabo Verde	360	Dic 08	611	Dic 09
República Centroafricana	10 551 ^f	Dic 08	14 474	Dic 09
Chad	17 900 ^f	Oct 08	32 288	Dic 09
Chile	10 904 ^f	Dic 08	12 762	Dic 09
China	48 254	Dic 08	65 481	Dic 09
Colombia	17 551 ^f	Dic 08	16 302	Dic 09
Comoras	8	Dic 08	12	Dic 09
Congo	9 400	Dic 08	7 998	Dic 09
Islas Cook	1	Dic 08	...	
Costa Rica	2 886 ^f	Dic 08	3 064	Dic 09
Côte d'Ivoire	51 820 ^f	Dic 08	72 011	Dic 09
Croacia	398	Dic 08	441	Dic 09
Cuba	3 999	Dic 08	5 034	Dic 09
República Popular Democrática de Corea	0	Dic 06	...	
Congo, República Democrática del	24 645 ^f	Dic 08	34 967	Dic 09
Djibouti	816	Dic 08	913	Dic 09
Dominica	36 ^f	Dic 08	38	Dic 09
República Dominicana	11 072 ^f	Dic 08	13 785	Dic 09
Ecuador	3 728	Dic 08	5 538	Dic 09
Egipto	291	Dic 08	359	Dic 09
El Salvador	7 104	Dic 08	8 348	Dic 09
Guinea Ecuatorial	839	Dic 08	1 645	Dic 09
Eritrea	4 299 ^f	Dic 08	4 955	Dic 09
Etiopía	132 379	Dic 08	176 632	Dic 09
Fiji	39	Dic 08	52	Nov 09
Gabón	7 773	Dic 08	9 976	Dic 09
Gambia	770	Dic 08	921	Sep 09
Georgia	498	Dic 08	655	Dic 09
Ghana	21 548 ^f	Dic 08	30 265	Dic 09

Indicador 4 del UNGASS
Indicador 6b de los ODM

NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS QUE NECESITABAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LA OMS DE 2010, 2009 ^{b,d}			COBERTURA ESTIMADA DE TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LA OMS DE 2010, 2009 ^b			NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS QUE NECESITABAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LA OMS DE 2006, 2009 ^{b,d}			COBERTURA ESTIMADA DE TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LA OMS DE 2006, 2009 ^{b,e}			NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS QUE NECESITABAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA SEGÚN EL INFORME DEL PAÍS, 2009 ^d
Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	
...		
...		
6 000	4 500	8 000	25%	19%	34%	3 700	2 700	4 900	42%	31%	56%	...
86 000	65 000	110 000	24%	19%	32%	59 000	43 000	79 000	35%	26%	48%	84 250
61 000	42 000	74 000	70%	58%	>95%	50 000	37 000	58 000	86%	74%	>95%	...
<1 000	<1 000	<1 000	24%	20%	29%	<500	<500	<1 000	39%	32%	47%	352
1 100	<1 000	1 400	21%	16%	29%	<1 000	<500	<1 000	36%	26%	51%	418
1 500	<1 000	2 000	23%	17%	39%	<1 000	<500	1 200	40%	28%	71%	740
6 000	4 700	7 800	29%	23%	37%	3 700	3 000	4 500	48%	40%	59%	2 852
2 100	1 800	2 500	40%	34%	47%	1 500	1 200	1 800	57%	49%	69%	1 394
29 000	24 000	34 000	53%	45%	64%	21 000	17 000	26 000	72%	59%	88%	20 396
<500	<200	<500	14%	10%	29%	<200	<100	<200	26%	16%	53%	...
6 000	4 700	7 600	19%	15%	24%	3 900	3 100	5 000	28%	22%	36%	5 050
...			...			...			...			50
170 000	150 000	190 000	83%	77%	>95%	140 000	120 000	150 000	>95%	94%	>95%	161 706
... ^g	220 000	390 000	...	50%	89%	... ^g	190 000	300 000	...	65%	101%	...
1 400	1 100	1 800	23%	18%	30%	<1 000	<1 000	1 100	38%	29%	50%	...
58 000	46 000	71 000	46%	37%	58%	44 000	34 000	55 000	60%	48%	77%	56 241
91 000	79 000	100 000	19%	17%	22%	65 000	53 000	78 000	27%	23%	33%	57 438
40 000	28 000	55 000	94%	68%	>95%	33 000	24 000	44 000	>95%	86%	>95%	40 483
270 000	230 000	310 000	28%	25%	33%	190 000	150 000	220 000	41%	34%	51%	164 070
...		
74 000	64 000	85 000	19%	17%	23%	51 000	41 000	61 000	28%	24%	35%	40 334
90 000	73 000	110 000	36%	30%	44%	61 000	47 000	79 000	53%	41%	68%	66 000
20 000	17 000	24 000	63%	53%	76%	16 000	12 000	19 000	81%	68%	>95%	15 520
... ^h	170 000	350 000	...	19%	38%	... ^h	97 000	210 000	...	31%	67%	190 000
95 000	79 000	120 000	17%	14%	21%	63 000	53 000	75 000	26%	22%	31%	22 924
<100	<100	<100	18%	13%	24%	<100	<100	<100	29%	21%	40%	12
35 000	30 000	41 000	23%	19%	27%	25 000	20 000	30 000	33%	26%	41%	...
...		
4 500	3 100	6 100	68%	50%	>95%	3 500	2 500	4 800	86%	64%	>95%	...
260 000	220 000	300 000	28%	24%	32%	180 000	150 000	220 000	39%	33%	47%	164 000
<1 000	<500	<1 000	80%	62%	>95%	<500	<500	<1 000	>95%	75%	>95%	...
3 500	2 900	4 100	>95%	>95%	>95%	2 900	2 400	3 400	>95%	>95%	>95%	5 034
<1 000	<1 000	<1 000	0%			<500	<500	<1 000	0%			...
... ^h	170 000	240 000	...	14%	21%	... ^h	110 000	180 000	...	20%	32%	283 055
6 400	4 700	8 200	14%	11%	20%	4 300	3 100	5 700	21%	16%	29%	4 235
...			...			...			...			13
29 000	25 000	34 000	47%	41%	55%	22 000	18 000	25 000	64%	55%	77%	19 410
19 000	14 000	26 000	30%	21%	40%	16 000	10 000	22 000	36%	25%	54%	13 128
3 300	1 600	3 000	11%	12%	22%	1 900	1 600	3 000	19%	12%	22%	1 500
16 000	10 000	22 000	53%	38%	84%	13 000	8 100	16 000	66%	51%	>95%	...
6 600	4 700	8 800	25%	19%	35%	4 300	2 800	6 000	39%	27%	58%	3 108
14 000	10 000	18 000	37%	28%	49%	9 700	7 300	13 000	51%	39%	68%	7 182
... ^h	280 000	390 000	...	45%	62%	... ^h	200 000	310 000	...	58%	86%	336 160
<200	<200	<500	30%	23%	40%	<200	<100	<200	52%	38%	73%	...
21 000	16 000	26 000	47%	38%	61%	15 000	12 000	19 000	66%	53%	86%	14 258
5 000	3 100	7 300	18%	13%	30%	3 300	2 000	5 000	28%	18%	45%	1 500
1 000	<1 000	1 300	65%	51%	91%	<1 000	<500	<1 000	>95%	77%	>95%	686
130 000	110 000	150 000	24%	21%	28%	85 000	69 000	100 000	36%	29%	44%	70 988

NÚMERO DE PERSONAS QUE RECIBÍAN Y NECESITABAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA Y COBERTURA, 2008-2009. PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS^a

	NÚMERO DE PERSONAS QUE RECIBÍAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA, 2008 ^{b,c}	MES Y AÑO DEL INFORME	NÚMERO DE PERSONAS QUE RECIBÍAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA, 2009 ^{b,c}	MES Y AÑO DEL INFORME
Granada	46 ^f	Dic 08	54	Dic 09
Guatemala	9 694	Dic 08	10 362	Dic 09
Guinea	9 212	Dic 08	14 999	Dic 09
Guinea-Bissau	1 832 ^f	Dic 08	2 764	Dic 09
Guyana	2 473	Dic 08	2 832	Dic 09
Haití	19 990 ^f	Dic 08	26 007	Dic 09
Honduras	6 288	Dic 08	7 075	Dic 09
Hungría	559 ^f	Dic 08	547	Dic 09
India	234 581 ^l	Dic 08	320 074 ^l	Dic 09
Indonesia	10 606 ^f	Dic 08	15 442	Nov 09
Irán, República Islámica del	878	Sep 08	1 486	Ene 10
Iraq	4	Dic 08	...	
Jamaica	4 444 ^f	Dic 08	7 244	Dic 09
Jordania	58	Dic 08	63	Dic 09
Kazajstán	707	Dic 08	1 035	Ene 10
Kenya	250 576 ^f	Dic 08	336 980	Dic 09
Kiribati	6	Dic 08	...	
Kirguistán	89	Dic 08	231	Ene 10
República Democrática Popular Lao	1 009	Dic 08	1 345	Dic 09
Letonia	334	Dic 08	439	Dic 09
Libano	285 ^f	Dic 08	354	Dic 09
Lesotho	45 262	Dic 08	61 736	Dic 09
Liberia	2 017 ^f	Dic 08	2 970	Dic 09
Jamahiriyá Árabe Libia	1 000	Dic 07	...	
Lituania	127	Dic 08	145	Dic 09
Madagascar	162	Dic 08	214	Dic 09
Malawi	147 497 ^f	Dic 08	198 846	Dic 09
Malasia	8 197	Dic 08	9 962	Mar 10
Maldivas	2	Dic 08	3	Dic 09
Mali	16 475 ^f	Dic 08	21 100	Dic 09
Islas Marshall	4	Dic 08	4	Dic 09
Mauritania	1 072 ^f	Dic 08	1 401	Dic 09
Mauricio	491 ^f	Ene 08	652	Dic 09
México	55 599 ^f	Dic 08	60 911	Dic 09
Micronesia, Estados Federados de	2 ^f	Dic 08	5	Dic 09
Mongolia	5	Dic 08	9	Dic 09
Montenegro	25	Dic 08	31	Mar 10
Marruecos	2 207	Dic 08	2 647	Dic 09
Mozambique	128 330	Dic 08	170 198	Dic 09
Myanmar	15 191	Dic 08	21 138	Dic 09
Namibia	59 376	Dic 08	70 498	Sep 09
Nauru	0	Dic 08	...	
Nepal	1 992 ^f	Jul 08	3 226	Jul 09
Nicaragua	744 ^f	Dic 08	1 063	Dic 09
Niger	2 846	Dic 08	6 445	Dic 09
Nigeria	238 659	Dic 08	302 973	Dic 09
Niue	0	Dic 08	...	
Omán	412	Dic 08	486	Dic 09
Pakistán	875 ^f	Dic 08	1 320	Dic 09

NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS QUE NECESITABAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LA OMS DE 2010, 2009 ^{b,d}			COBERTURA ESTIMADA DE TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LA OMS DE 2010, 2009 ^b			NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS QUE NECESITABAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LA OMS DE 2006, 2009 ^{b,d}			COBERTURA ESTIMADA DE TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LA OMS DE 2006, 2009 ^{b,e}			NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS QUE NECESITABAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA SEGÚN EL INFORME DEL PAÍS, 2009 ^d
Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	
...			...			...			...			59
24 000	18 000	31 000	44%	33%	59%	16 000	12 000	21 000	63%	48%	84%	14 966
38 000	30 000	46 000	40%	32%	50%	27 000	20 000	35 000	56%	43%	74%	22 500
9 100	7 300	11 000	30%	25%	38%	6 000	4 700	7 600	46%	36%	59%	5 885
2 900	1 700	4 200	>95%	68%	>95%	2 700	1 700	3 700	>95%	76%	>95%	3 390
60 000	49 000	71 000	43%	37%	53%	43 000	34 000	52 000	61%	50%	76%	38 491
21 000	16 000	27 000	33%	26%	44%	15 000	12 000	18 000	47%	38%	61%	13 356
2 100	1 600	2 600	27%	21%	34%	1 600	1 200	2 000	35%	28%	44%	...
1 200 000	1 100 000	1 400 000	26%	23%	28%	790 000	700 000	890 000	41%	36%	46%	580 000
73 000	50 000	110 000	21%	14%	31%	45 000	26 000	64 000	34%	24%	58%	40 200
40 000	33 000	48 000	4%	3%	4%	23 000	18 000	29 000	6%	5%	8%	16 540
...		
16 000	12 000	20 000	46%	36%	62%	11 000	8 500	13 000	67%	55%	85%	14 000
...		
3 800	2 600	5 400	27%	19%	40%	2 300	1 600	3 300	45%	31%	66%	1 900
710 000	610 000	800 000	48%	42%	55%	520 000	430 000	610 000	65%	55%	79%	555 000
...		
1 900	<1 000	2 700	12%	9%	24%	1 000	<1 000	1 600	22%	15%	46%	450
2 000	1 200	2 800	67%	48%	>95%	1 300	<1 000	1 900	>95%	71%	>95%	1 461
3 600	2 700	4 600	12%	9%	16%	2 100	1 600	2 800	21%	16%	28%	...
1 900	1 500	2 500	18%	14%	24%	1 200	<1 000	1 600	29%	22%	37%	1 171
130 000	110 000	140 000	48%	43%	54%	90 000	75 000	110 000	68%	58%	83%	122 818
22 000	17 000	27 000	14%	11%	17%	15 000	11 000	19 000	20%	15%	27%	10 023
...		
<1 000	<500	<1 000	27%	21%	34%	<500	<500	<500	42%	32%	52%	274
10 000	8 300	12 000	2%	2%	3%	6 000	4 900	7 600	4%	3%	4%	5 000
440 000	370 000	500 000	46%	40%	53%	310 000	260 000	370 000	63%	53%	77%	305 805
43 000	34 000	55 000	23%	18%	29%	26 000	22 000	31 000	38%	32%	44%	20 977
<100	<100	<100	17%	14%	23%	<100	<100	<100	28%	22%	36%	71
42 000	34 000	51 000	50%	41%	61%	32 000	26 000	40 000	65%	53%	81%	31 410
...			...			...			...			8
5 700	4 700	6 900	25%	20%	30%	3 500	2 800	4 300	41%	33%	51%	2 790
2 900	2 200	3 800	22%	17%	30%	1 700	1 300	2 300	38%	28%	51%	1 587
110 000	89 000	130 000	54% ^m	46%	68%	86 000	69 000	98 000	71%	62%	88%	74 000
...			...			...			...			5
<200	<100	<200	8%	6%	15%	<100	<100	<100	15%	10%	31%	53
...			...			...			...			388
9 800	7 500	13 000	27%	21%	35%	6 300	4 900	8 100	42%	33%	54%	5 266
570 000	500 000	650 000	30%	26%	34%	380 000	310 000	470 000	45%	36%	55%	445 672
120 000	98 000	140 000	18%	15%	22%	75 000	60 000	89 000	28%	24%	35%	74 058
93 000	77 000	110 000	76%	62%	92%	70 000	56 000	86 000	>95%	82%	>95%	76 727
...		
31 000	26 000	36 000	11%	9%	13%	19 000	16 000	23 000	17%	14%	21%	16 950
2 600	2 100	3 300	40%	32%	51%	1 700	1 400	2 200	62%	49%	79%	1 580
29 000	26 000	31 000	22%	21%	25%	19 000	15 000	23 000	33%	28%	42%	16 738
1 400 000	1 200 000	1 700 000	21%	18%	25%	990 000	790 000	1 200 000	31%	25%	38%	882 139
...		
<500	<500	<1 000	>95%	83%	>95%	<500	<200	<500	>95%	>95%	>95%	513
36 000	27 000	48 000	4%	3%	5%	21 000	16 000	27 000	6%	5%	8%	13 422

NÚMERO DE PERSONAS QUE RECIBÍAN Y NECESITABAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA Y COBERTURA, 2008-2009. PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS^a

	NÚMERO DE PERSONAS QUE RECIBÍAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA, 2008 ^{b,c}	MES Y AÑO DEL INFORME	NÚMERO DE PERSONAS QUE RECIBÍAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA, 2009 ^{b,c}	MES Y AÑO DEL INFORME
Palau	3	Dic 08	3	Dic 09
Panamá	3 972 ^f	Dic 08	4 463	Dic 09
Papua Nueva Guinea	5 195	Dic 08	6 751	Dic 09
Paraguay	1 613	Dic 08	2 073	Dic 09
Perú	10 232 ^f	Dic 08	14 780	Dic 09
Filipinas	532	Dic 08	750	Dic 09
Polonia	3 822	Dic 08	4 329	Dic 09
Moldova	682	Dic 08	984	Dic 09
Rumania	7 434	Dic 08	7 244	Dic 09
Federación de Rusia	54 900	Dic 08	75 900	Dic 09
Rwanda	63 149	Dic 08	76 726	Dic 09
Saint Kitts y Nevis	...		...
Santa Lucía	85 ^f	Dic 08	124	Dic 09
San Vicente y las Granadinas	120 ^f	Dic 08	162	Dic 09
Samoa	8	Dic 08	...	
Santo Tomé y Príncipe	109	Dic 08	169	Dic 09
Senegal	9 252 ^f	Dic 08	12 249	Dic 09
Serbia	842	Dic 08	790	Dic 09
Seychelles	113	Dic 08	139	Dic 09
Sierra Leona	1 950 ^f	Feb 09	3 660	Dic 09
Eslovaquia	97	Dic 08	...	
Islas Salomón	3 ^f	Dic 08	4	Dic 09
Somalia	413	Dic 08	578	Dic 09
Sudáfrica	730 183	Dic 08	971 556 ^j	Oct 09
Sri Lanka	142 ^f	Dic 08	207	Dic 09
Sudán	1 151 ^k	Dic 08	3 825 ^k	Dic 09
Suriname	858 ^f	Dic 08	996	Jul 09
Swazilandia	32 701	Dic 08	47 241	Dic 09
República Árabe Siria	73 ^f	Dic 08	99	Dic 09
Tayikistán	138 ^f	Dic 08	322	Dic 09
Tailandia	185 086 ^f	Sep 08	216 118	Sep 09
ex República Yugoslava de Macedonia	23	Dic 08	24	Dic 09
Timor-Leste	29	Dic 08	31	Dic 09
Togo	11 211	Dic 08	16 710	Dic 09
Tonga	2	Dic 08	...	
Túnez	326 ^f	Dic 08	412	Dic 09
Turquía	900	Dic 08	1 000	Dic 09
Turkmenistán	0	Dic 08	...	
Tuvalu	1	Dic 08	1	Dic 09
Uganda	153 718	Sep 08	200 413	Sep 09
Ucrania	10 629 ^f	Dic 08	15 871	Dic 09
República Unida de Tanzania	154 468	Dic 08	199 413	Dic 09
Uruguay	...		2 510	Dic 09
Uzbekistán	1 200	Dic 08	1 753	Dic 09
Vanuatu	2	Dic 08	2	Dic 09
Venezuela	27 240 ^f	Dic 08	32 302	Dic 09
Viet Nam	25 597	Dic 08	37 995	Dic 09
Yemen	189	Dic 08	274	Dic 09
Zambia	219 576 ^f	Dic 08	283 863	Dic 09
Zimbabwe	148 144 ^f	Dic 08	218 589	Feb 10

NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS QUE NECESITABAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LA OMS DE 2010, 2009 ^{b,d}			COBERTURA ESTIMADA DE TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LA OMS DE 2010, 2009 ^b			NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS QUE NECESITABAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LA OMS DE 2006, 2009 ^{b,d}			COBERTURA ESTIMADA DE TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LA OMS DE 2006, 2009 ^{b,e}			NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS QUE NECESITABAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA SEGÚN EL INFORME DEL PAÍS, 2009 ^d
Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	
...		
12 000	8 200	22 000	37%	21%	54%	8 400	6 100	14 000	53%	32%	73%	20 836
13 000	10 000	16 000	52%	42%	65%	8 800	6 500	11 000	77%	59%	>95%	9 061
5 600	4 200	7 400	37%	28%	49%	3 600	2 900	4 500	57%	46%	70%	3 066
40 000	33 000	48 000	37%	31%	44%	26 000	22 000	31 000	57%	47%	67%	20 201
2 000	1 000	2 800	37%	27%	75%	1 300	<1 000	1 800	60%	42%	>95%	919
20 000	14 000	27 000	22%	16%	31%	17 000	12 000	22 000	26%	19%	35%	5 000
5 800	4 800	7 200	17%	14%	20%	3 500	2 900	4 400	28%	22%	34%	2 780
9 000	5 300	13 000	81%	55%	>95%	7 700	4 700	10 000	95%	71%	>95%	7 244
... ^h	320 000	460 000	...	16%	24%	... ^h	180 000	280 000	...	27%	42%	79 116
88 000	71 000	100 000	88%	74%	>95%	72 000	55 000	88 000	>95%	87%	>95%	104 900
...		
...			...			...			...			134
...			...			...			...			182
...		
...			...			...			...			1 096
24 000	20 000	28 000	51%	43%	62%	17 000	13 000	21 000	72%	58%	92%	16 198
2 100	1 600	2 700	38%	30%	51%	1 400	1 100	1 800	55%	44%	75%	950
...			...			...			...			146
20 000	16 000	24 000	18%	15%	23%	13 000	9 400	16 000	29%	22%	39%	7 277
<200	<200	<500	62%	46%	86%	<200	<100	<200	78%	56%	>95%	...
...			...			...			...			4
10 000	7 300	13 000	6%	4%	8%	6 300	4 200	8 700	9%	7%	14%	5 213
2 600 000	2 500 000	2 800 000	37%	35%	39%	1 700 000	1 500 000	2 000 000	56%	48%	65%	1 630 000
1 100	<1 000	1 400	20%	15%	26%	<1 000	<500	<1 000	33%	24%	45%	510
74 000	60 000	90 000	5%	4%	6%	46 000	34 000	61 000	8%	6%	11%	45 466
1 900	1 400	2 600	53%	39%	72%	1 300	1 000	1 700	76%	57%	>95%	...
80 000	71 000	88 000	59%	53%	66%	56 000	47 000	65 000	85%	72%	>95%	52 965
...		
3 000	2 300	3 900	11%	8%	14%	1 700	1 300	2 300	19%	14%	25%	579
350 000	280 000	440 000	61%	50%	78%	290 000	230 000	350 000	76%	62%	95%	285 271
...			...			...			...			442
...			...			...			...			151
58 000	44 000	73 000	29%	23%	38%	40 000	29 000	51 000	42%	33%	57%	33 030
...		
<1 000	<1 000	1 000	53%	41%	72%	<1 000	<500	<1 000	79%	60%	>95%	470
1 600	1 200	2 100	62%	48%	84%	1 100	<1 000	1 500	90%	67%	>95%	1 400
...		
...			...			...			...			1
520 000	430 000	600 000	39%	33%	46%	380 000	300 000	450 000	53%	44%	67%	373 383
160 000	140 000	190 000	10%	9%	11%	99 000	85 000	110 000	16%	14%	19%	33 016
660 000	580 000	750 000	30%	27%	34%	450 000	380 000	550 000	44%	36%	53%	361 295
5 100	4 300	6 100	49%	41%	59%	3 700	3 100	4 400	67%	57%	81%	3 018
... ^g			...			...^g			...			2 850
...			...			...			...			2
... ^g			...			...^g			...			161 510
110 000	84 000	150 000	34%	26%	45%	85 000	67 000	110 000	45%	35%	56%	67 047
...			...			...			...			3 150
440 000	380 000	510 000	64%	56%	75%	330 000	270 000	390 000	85%	72%	>95%	416 533
640 000	580 000	720 000	34%	30%	38%	450 000	390 000	520 000	49%	42%	57%	389 895

NÚMERO DE PERSONAS QUE RECIBÍAN Y NECESITABAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA Y COBERTURA, 2008-2009. PAÍSES DE INGRESOS ALTOS^a

	NÚMERO DE PERSONAS QUE RECIBÍAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA, 2008 ^{b,c}	MES Y AÑO DEL INFORME	NÚMERO DE PERSONAS QUE RECIBÍAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA, 2009 ^{b,c}	MES Y AÑO DEL INFORME
Andorra	25	Dic 07	...	
Antigua y Barbuda	148	Sep 07	98	Dic 09
Australia	9 933	Dic 07	...	
Austria	2 250	Dic 08	1 800	Sep 09
Bahamas	1 244	Sep 07	1 506	Dic 09
Bahrein	...		...
Barbados	719	Dic 08	804	Dic 09
Bélgica	6 928	Dic 07	...	
Brunei Darussalam	10	Dic 08	15	Ene 10
Canadá	27 000	Dic 08	...	
Chipre	151	Dic 07	187	Dic 09
República Checa	570	Jun 07	706	Oct 09
Dinamarca	3 000	Dic 08	3 000	Oct 09
Estonia	772	Dic 07	1 263	Dic 09
Finlandia	450	Ago 06	...	
Francia	79 680	Dic 08	...	
Alemania	36 500	Dic 08	37 000	Jun 09
Grecia	3 746	Dic 07	...	
Islandia	100 ¹	<05	...	
Irlanda	1 600	Dic 05	...	
Israel	2 876	Dic 08	...	
Italia	95 000	Dic 08	...	
Japón	48	Dic 06	94	Mar 09
Kuwait	...		131	Dic 09
Luxemburgo	344	Dic 08	434	Dic 09
Malta	65	Jun 07	100	Dic 09
Mónaco	45	Dic 05	...	
Países Bajos	7 919	Abr 07	...	
Nueva Zelandia	...		1 204	Jun 09
Noruega	900	Dic 05	...	
Portugal	12 366	Dic 08	18 107	Dic 09
Qatar	...		70	Ene 09
República de Corea	...		...
San Marino	...		...
Arabia Saudita	865	Dic 08	...	
Singapur	...		...
Eslovenia	157	Jul 07	...	
España	82 710	Dic 08	79 500	Dic 09
Suecia	2 800	Dic 06	4 185	Dic 09
Suiza	...		...
Trinidad y Tobago	3 172	Dic 08	2 639	Dic 09
Emiratos Árabes Unidos	59	Sep 07	...	
Reino Unido de Gran Bretaña	39 556	Dic 07	39 704	Dic 09
Estados Unidos de América	268 000 ¹	<05	...	

... Datos no disponibles o que no corresponden.

^a Países clasificados por el Banco Mundial según su nivel de ingresos.

^b Datos sobre la terapia antirretrovírica por edad y disponibilidad.

^c En los casos en que estaban disponibles, se han incluido datos del sector privado en el número total de personas en tratamiento, pero sólo Sudáfrica y la India han especificado cómo gran parte del número total de personas en tratamiento lo recibieron en centros privados.

^d Las estimaciones de las necesidades se basan en los métodos descritos en las notas explicativas.

^e Las estimaciones de la cobertura se basan en los números estimados sin redondear de personas que recibían terapia antirretrovírica y la necesidad estimada sin redondear de terapia antirretrovírica (según la metodología del ONUSIDA y la OMS). Los rangos en las estimaciones de la cobertura se basan en los límites de verosimilitud en el denominador, es decir, estimaciones bajas y altas de la necesidad.

^f Valor de 2008 actualizado. Véase el anexo del año pasado (http://www.who.int/entity/hiv/data/tuapr2009_annex1.xls).

^g En la actualidad, las estimaciones del número de personas que necesitan terapia antirretrovírica están en proceso de revisión y se ajustarán, según corresponda, en función de la recopilación y el análisis de datos en curso.

^h A petición del país, sólo se presentan rangos en las estimaciones.

ⁱ En diciembre de 2009, el gobierno informó de que 285 074 personas recibían terapia antirretrovírica en centros del sector público. Un número estimado de 35 000 personas más recibieron tratamiento en el sector privado no organizado (la misma cifra que en 2008). En general, un número estimado de 320 074 personas recibían terapia antirretrovírica a finales de 2009, incluidas aquellas inscritas a través de establecimientos privados.

^j El número recopilado de los establecimientos de salud públicos sólo es de 919 923 pacientes y fue facilitado por el Departamento de Salud sobre la base de los datos de vigilancia de rutina. La mayoría de estos establecimientos informan de que actualmente tienen personas en tratamiento. La principal organización de gestión de la enfermedad del sida, Aid for AIDS, comunicó que tenían 51 633 pacientes en tratamiento en 2009, y el gobierno estimó que esto representó la mayoría de las personas en tratamiento en el sector privado.

^k Se recibieron dos informes separados de Sudán para 2009: Sudán septentrional, 1996; Sudán meridional, 1829. La cifra de 1151 para 2008 corresponde sólo a Sudán septentrional.

^l “ < 05 ” indica que existen datos pero que no se ha recibido ninguna actualización desde diciembre de 2004. Estos datos se deben interpretar con cautela, ya que pueden reflejar la situación a principios de 2004 o incluso de 2003.

^m La cobertura estimada de la terapia antirretrovírica utilizando el denominador facilitado en el informe del UNGASS de México en 2010 es del 82%.

PERSONAS QUE RECIBÍAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA EN PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS Y NÚMERO ESTIMADO DE NIÑOS QUE RECIBÍAN Y NECESITABAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA, Y COBERTURA, 2009 PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS^a

NÚMERO DE VARONES Y MUJERES QUE RECIBÍAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA

Mes y año del informe	Varones	% del total	Mujeres	% del total
Afganistán	...		...
Albania	...		...
Algeria Dic 09 ^d	762	51%	739	49%
Angola Dic 08 ^d	2 444	31%	5 440	69%
Argentina Dic 08 ^d	26 791	64%	15 250	36%
Armenia Dic 09	114	64%	65	36%
Azerbaiyán Dic 09	178	75%	60	25%
Bangladesh	...		...
Belarús Dic 09	1 032	58%	744	42%
Belice Dic 09	444	52%	411	48%
Benin Dic 09	6 468	42%	8 933	58%
Bhután Dic 08	14	47%	16	53%
Bolivia Dic 09	721	65%	394	35%
Bosnia y Herzegovina Dic 09 ^d	26	70%	11	30%
Botswana Dic 09	56 566	39%	88 624	61%
Brasil Dic 08 ^d	106 769	57%	79 867	43%
Bulgaria Dic 09	223	68%	104	32%
Burkina Faso Dic 09	8 609	33%	17 839	67%
Burundi Dic 09	5 869	33%	11 792	67%
Camboya Dic 09	17 873	48%	19 442	52%
Camerún Dic 09	25 196	33%	51 032	67%
Cabo Verde Dic 09	272	45%	339	55%
República Centroafricana Dic 08 ^e	4 321	45%	5 229	55%
Chad Dic 09	11 888	37%	20 400	63%
Chile Dic 09	10 376	81%	2 386	19%
China Dic 09 ^d	38 350	59%	26 659	41%
Colombia Dic 09	12 254	75%	4 043	25%
Comoras Dic 09	6	50%	6	50%
Congo Dic 08 ^{d,e}	3 565	40%	5 347	60%
Islas Cook	...		...
Costa Rica	...		...
Côte d'Ivoire Dic 09	21 603	30%	50 408	70%
Croacia Dic 09	366	83%	75	17%
Cuba Dic 09	4 027	80%	1 007	20%
República Popular Democrática de Corea	...		...
Congo, República Democrática del	...		...
Djibouti Dic 09	451	49%	462	51%
Dominica Dic 09 ^d	10	91%	1	9%
República Dominicana	...		...
Ecuador	...		...
Egipto	...		...
El Salvador Dic 08 ^e	4 262	60%	2 842	40%
Guinea Ecuatorial Dic 08 ^e	235	28%	604	72%
Eritrea Dic 09	2 153	43%	2 802	57%
Etiopia Dic 09 ^d	90 527	45%	111 693	55%
Fiji Nov 09	25	48%	27	52%
Gabón Dic 09	3 492	35%	6 484	65%
Gambia	...		...
Georgia Dic 09	468	71%	187	29%
Ghana Dic 09 ^d	10 477	33%	20 954	67%

Indicador 4 del UNGASS
Indicador 6b del ODM

NÚMERO DE ADULTOS Y NIÑOS QUE RECIBÍAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA

NÚMERO ESTIMADO DE NIÑOS QUE NECESITABAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA SEGÚN LOS MÉTODOS DEL ONUSIDA Y LA OMS, 2009^g

COBERTURA ESTIMADA DE LA TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA ENTRE NIÑOS, DICIEMBRE DE 2009^e

Mes y año del informe	Adultos (a partir de 15)	% del total	Niños (< 15)	% del total	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
Dic 09	12	100%	0	0%	...			...
Dic 09	99	87%	15	13%	...			...
Dic 09	1 429	94%	97	6%	...	<100	<500	...	36%	>95%
Dic 09	19 092	93%	1 548	8%	12 000	6 300	18 000	13%	8%	25%
Dic 08 ^e	40 041	95%	2 000	5%	...	<500	<1 000	...	>95%	>95%
Dic 09	172	96%	7	4%	...	<100	<100	...	54%	>95%
Dic 09	235	99%	3	1%	...	<100	<200	...	3%	9%
Dic 08 ^e	277	98%	6	2%	...	<100	<200	...	6%	16%
Dic 09	1 681	95%	95	5%	...	<100	<200	...	77%	>95%
Dic 09	775	91%	80	9%	...	<200	<500	...	28%	66%
Dic 09	14 266	93%	1 135	7%	2 700	1 500	4 100	41%	28%	77%
Dic 08	29	97%	1	3%	...	<100	<100	...	8%	33%
Dic 09	1 065	96%	50	4%	...	<200	<1 000	...	8%	28%
Dic 09	37	97%	1	3%	...			...
Ene 09	136 700	94%	8 490	6%	9 400	8 200	11 000	90%	76%	>95%
Dic 08 ^d	178 697	96%	7 939	4%	... ^f	8 200	12 000	...	65%	>95%
Dic 09	324	99%	3	1%	...	<100	<100	...	10%	33%
Dic 09	25 094	95%	1 354	5%	8 000	3 900	12 000	17%	11%	35%
Dic 09	16 065	91%	1 596	9%	14 000	8 500	20 000	11%	8%	19%
Dic 09	33 677	90%	3 638	10%	...	2 800	6 100	...	60%	>95%
Dic 09 ^e	73 114	96%	3 114	4%	28 000	15 000	41 000	11%	8%	20%
Dic 09	574	94%	37	6%	...			...
Dic 09	13 750	95%	724	5%	7 600	3 600	11 000	9%	6%	20%
Dic 09 ^d	31 514	98%	774	2%	12 000	6 600	19 000	6%	4%	12%
Dic 08 ^e	10 865	98%	186	2%	...	<500	<1 000	...	21%	59%
Dic 09	63 887	98%	1 594	2%	...	2 100	7 600	...	21%	74%
...	...	...	...	...	...	1 000	3 400	...	<1%	<1%
Ene 09	11	92%	1	8%	...	<100	<100	...	14%	50%
Dic 08 ^e	8 912	95%	488	5%	4 000	2 000	5 900	12%	8%	24%
Dic 08	1	100%	0	0%	...			...
Dic 09	3 003	98%	61	2%	...	<100	<200	...	33%	>95%
Dic 09	67 662	94%	4 349	6%	29 000	14 000	42 000	15%	10%	30%
Dic 09	438	99%	3	1%	...	<100	<100	...	30%	>95%
Dic 09	5 014	100%	20	0%	...	<100	<100	...	22%	59%
...	...	...	...	...	...	<100	<100	...		
Dic 08 ^e	20 470	83%	4 053	17%	... ^g	17 000	46 000	...	9%	23%
Dic 09	889	97%	24	3%	<1 000	<500	<1 000	4%	2%	8%
Dic 09	37	97%	1	3%	...			...
Dic 08 ^e	10 266	93%	782	7%	...	<1 000	2 900	...	27%	84%
Dic 09	5 131	93%	407	7%	...	<500	1 000	...	39%	>95%
Dic 09	332	92%	27	8%	...	<100	<500	...	12%	36%
Dic 09	8 048	96%	300	4%	...	1 100	1 500	...	20%	28%
Dic 09	1 618	98%	27	2%	<1 000	<500	1 500	3%	2%	7%
Dic 09	4 631	93%	324	7%	1 500	<1 000	2 400	21%	14%	45%
Dic 09	166 640	94%	9 992	6%	... ^g	27 000	74 000	...	14%	38%
Nov 09	51	98%	1	2%	...	<100	<100	...	20%	>95%
Dic 09	9 701	97%	275	3%	1 600	<1 000	2 500	17%	11%	34%
Dic 08 ^e	461	60%	309	40%	...	<500	1 300	...	25%	88%
Dic 09	627	96%	28	4%	...	<100	<100	...	62%	>95%
Dic 09	28 648	95%	1 617	5%	13 000	6 700	20 000	12%	8%	24%

A2

PERSONAS QUE RECIBÍAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA EN PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS Y NÚMERO ESTIMADO DE NIÑOS QUE RECIBÍAN Y NECESITABAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA, Y COBERTURA, 2009 PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS^a

NÚMERO DE VARONES Y MUJERES QUE RECIBÍAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA

	Mes y año del informe	Varones	% del total	Mujeres	% del total
Granada	Dic 09	27	53%	24	47%
Guatemala	Dic 09	5 904	57%	4 458	43%
Guinea	Dic 09	5 850	39%	9 149	61%
Guinea Bissau	Dic 09	840	30%	1 924	70%
Guyana	Dic 08 ^e	1 113	45%	1 360	55%
Haití	Dic 09	10 871	42%	15 136	58%
Honduras	Dic 09	3 323	47%	3 752	53%
Hungría	Dic 08 ^{d,e}	467	84%	86	16%
India	Dic 09 ^d	168 598	59%	115 036	41%
Indonesia	Dic 08 ^e	7 934	75%	2 682	25%
Irán, República Islámica del	Ene 10	1 198	81%	288	19%
Iraq	Dic 08	4	100%	0	0%
Jamaica		...		...
Jordania	Dic 08 ^e	44	76%	14	24%
Kazajstán	Ene 10	691	67%	344	33%
Kenya	Sep 09 ^{d,e}	107 401	36%	190 429	64%
Kiribati		...		...
Kirguistán	Ene 10	158	68%	73	32%
República Democrática Popular Lao	Dic 09	722	54%	623	46%
Letonia	Dic 08 ^e	240	72%	94	28%
Libano		...		...
Lesotho	Dic 09	22 471	36%	39 265	64%
Liberia	Dic 09	1 079		1 891	
Jamahiriyá Árabe Libia		...		...
Lituania	Dic 09	113	78%	32	22%
Madagascar	Dic 09	106		108	
Malawi		...		...
Malasia		...		...
Maldivas	Dic 09	3	100%	0	0%
Malí	Dic 09	7 596	36%	13 504	64%
Islas Marshall	Dic 09	1	25%	3	75%
Mauritania	Dic 09	723	52%	678	48%
Mauricio		...		...
México	Dic 09	47 384	78%	13 527	22%
Micronesia, Estados Federados de	Dic 09	2	40%	3	60%
Mongolia	Dic 09	1	11%	8	89%
Montenegro	Mar 10	26	84%	5	16%
Marruecos	Dic 09	1 372	52%	1 275	48%
Mozambique	Sep 09 ^{d,e}	43 159	37%	72 854	63%
Myanmar	Dic 09	11 987	57%	9 151	43%
Namibia	Sep 09 ^d	26 212	37%	44 365	63%
Nauru	Dic 08	0		0	
Nepal	Jul 09	1 928	60%	1 298	40%
Nicaragua	Dic 09	679	64%	384	36%
Niger	Dic 09	2 836	44%	3 609	56%
Nigeria	Dic 09	105 122	35%	197 851	65%
Niue	Dic 08	0		0	
Omán	Dic 08 ^e	262	64%	150	36%
Pakistán	Dic 09	944	72%	376	28%
Palau	Dic 09	1	33%	2	67%
Panamá		...		...

NÚMERO DE ADULTOS Y NIÑOS QUE RECIBÍAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA

NÚMERO ESTIMADO DE NIÑOS QUE NECESITABAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA SEGÚN LOS MÉTODOS DEL ONUSIDA Y LA OMS, 2009^b

COBERTURA ESTIMADA DE LA TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA ENTRE NIÑOS, DICIEMBRE DE 2009^c

Mes y año del informe	Adultos (a partir de 15)	% del total	Niños (< 15)	% del total	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
Dic 09	51	94%	3	6%	...			...
Dic 09	9 594	93%	768	7%	...	<1 000	2 500	...	31%	77%
Dic 09	14 325	96%	674	4%	4 400	2 100	6 900	15%	10%	32%
Dic 09	2 646	96%	118	4%	1 100	<1 000	1 700	10%	7%	21%
Dic 08 ^e	2 308	93%	165	7%	...	<200	<500	...	73%	92%
Dic 09	24 909	96%	1 098	4%	5 700	2 700	8 600	19%	13%	41%
Dic 09	6 356	90%	719	10%	...	<1 000	1 800	...	40%	81%
Dic 08 ^e	553	99%	6	1%	...	<100	<100	...	29%	>95%
Dic 09 ^e	302 122	94%	17 952	6%	...	30 000	76 000	...	24%	59%
Dic 08 ^e	10 260	97%	356	3%	...	<1 000	2 600	...	14%	48%
Ene 10	1 432	96%	54	4%	...	<500	1 300	...	4%	14%
Dic 08	4	100%	0	0%	...			...
Dic 09	6 808	94%	436	6%	...	<500	<1 000	...	52%	>95%
Dic 08 ^e	56	97%	2	3%	...			...
Ene 10	844	82%	191	18%	...	<100	<200	...	>95%	>95%
Dic 09	308 610	92%	28 370	8%	89 000	48 000	130 000	32%	22%	59%
Dic 08	6	100%	0	0%	...			...
Ene 10	130	56%	101	44%	...	<100	<100	...	>95%	>95%
Dic 09	1 250	93%	95	7%	...	<100	<500	...	36%	>95%
Dic 09	413	94%	26	6%	...	<100	<100	...	34%	>95%
Dic 07 ^{de}	...		9		...	<100	<200	...	9%	28%
Dic 08 ^e	42 224	93%	3 038	7%	13 000	7 800	18 000	23%	17%	39%
Dic 09 ^e	2 704	91%	266	9%	2 900	1 400	4 500	9%	6%	19%
Dic 09	143	99%	2	1%	...	<100	<100	...	20%	67%
Dic 09	209	98%	5	2%	...	<500	<1 000	...	1%	2%
Dic 09	181 482	91%	17 364	9%	61 000	34 000	84 000	29%	21%	51%
Dic 08 ^e	7 696	94%	501	6%	...	<1 000	<1 000	...	88%	94%
Dic 09	3	100%	0	0%	...	<100	<100	...	0%	0%
Dic 09	19 834	94%	1 266	6%	...	2 300	7 200	...	18%	55%
Dic 09	4	100%	0	0%	...			...
Dic 09	1 359	97%	42	3%	...	<200	<500	...	9%	28%
Dic 09	...		...		...	<100	<100	...		
Dic 09	59 317	97%	1 594	3%	...	1 300	3 200	...	50%	>95%
Dic 09	5	100%	0	0%	...			...
Dic 09	9	100%	0	0%	...	<100	<100	...	0%	0%
Mar 10	30	97%	1	3%	...			...
Dic 09	2 502	95%	145	5%	...	<200	<500	...	29%	>95%
Dic 09	160 805	94%	9 393	6%	66 000	36 000	93 000	14%	10%	26%
Dic 09	19 603	93%	1 535	7%	...	1 900	4 900	...	32%	83%
Sep 09	62 310	88%	8 188	12%	9 200	7 300	13 000	89%	65%	>95%
Dic 08	0		0		...			...
Jul 09	3 048	94%	178	6%	...	<1 000	2 600	...	7%	23%
Dic 09	1 007	95%	56	5%	...	<100	<200	...	34%	79%
Dic 09	6 187	96%	258	4%	...	1 800	5 900	...	4%	15%
Dic 09	284 881	94%	18 092	6%	180 000	94 000	270 000	10%	7%	19%
Dic 08	0		0		...			...
Dic 09	460	95%	26	5%	...	<100	<100	...	>95%	>95%
Dic 09	1 263	96%	57	4%	...	<1 000	2 300	...	2%	8%
Dic 09	3	100%	0	0%	...			...
Dic 09	4 207	94%	256	6%	...	<500	<500	...	79%	>95%

A2

PERSONAS QUE RECIBÍAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA EN PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS Y NÚMERO ESTIMADO DE NIÑOS QUE RECIBÍAN Y NECESITABAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA, Y COBERTURA, 2009 PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS^a

NÚMERO DE VARONES Y MUJERES QUE RECIBÍAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA

	Mes y año del informe	Varones	% del total	Mujeres	% del total
Papua Nueva Guinea	Dic 09	2 936	43%	3 815	57%
Paraguay	Dic 08 ^d	1 022	69%	461	31%
Perú	Dic 09	10 346	70%	4 434	30%
Filipinas	Dic 09	726	97%	24	3%
Polonia	Dic 09	3 130	72%	1 199	28%
Moldova	Dic 09	571	58%	413	42%
Rumania	Dic 09	3 538	49%	3 706	51%
Federación de Rusia		...		...
Rwanda	Dic 09	29 795	39%	46 931	61%
Saint Kitts y Nevis		...		...
Santa Lucía	Dic 09	59	48%	65	52%
San Vicente y las Granadinas	Dic 09	87	54%	75	46%
Samoa		...		...
Santo Tomé y Príncipe	Dic 09	62	37%	107	63%
Senegal	Dic 09	4 427	36%	7 822	64%
Serbia	Dic 09	598	76%	192	24%
Seychelles	Dic 09	78	56%	61	44%
Sierra Leona	Nov 08 ^{d,e}	1 542	37%	2 680	63%
Eslovaquia	Dic 08	70	72%	27	28%
Islas Salomón	Dic 09	1	25%	3	75%
Somalia		...		...
Sudáfrica	Oct 09 ^d	349 967	35%	649 939	65%
Sri Lanka	Dic 09	120	58%	87	42%
Sudán	Dic 09 ^{d,h}	1 141	57%	855	43%
Suriname		...		...
Swazilandia	Dic 09	17 300	37%	29 941	63%
República Árabe Siria	Dic 09	66	67%	33	33%
Tayikistán	Dic 09	218	68%	104	32%
Tailandia		...		...
ex República Yugoslava de Macedonia	Dic 09	18	75%	6	25%
Timor-Leste	Dic 09	15	48%	16	52%
Togo	Dic 09	5 307	32%	11 403	68%
Tonga		...		...
Túnez	Dic 09	262	64%	150	36%
Turquía		...		...
Turkmenistán		...		...
Tuvalu	Dic 09	1	100%	0	0%
Uganda	Sep 09 ^d	64 604	37%	110 763	63%
Ucrania	Dic 09	8 356	53%	7 515	47%
República Unida de Tanzania	Sep 09 ^d	70 558	36%	126 854	64%
Uruguay		...		...
Uzbekistán		...		...
Vanuatu	Dic 09	0	0%	2	100%
República bolivariana de Venezuela	Dic 09	23 338	72%	8 964	28%
Viet Nam	Sep 09 ^{d,e}	16 854	72%	6 558	28%
Yemen	Dic 08 ^e	123	65%	66	35%
Zambia	Dic 09	124 189	44%	159 674	56%
Zimbabwe	Dic 08 ^d	49 701	37%	85 625	63%

... Datos no disponibles o no aplicables.

^a Países clasificados por el Banco Mundial según su nivel de ingresos.

^b Las estimaciones de las necesidades se basan en los métodos descritos en las notas explicativas de los anexos. Las estimaciones de cada país pueden variar en función de los métodos locales utilizados.

^c Las estimaciones de la cobertura se basan en los números estimados sin redondear de niños que recibían terapia antirretrovírica y la necesidad estimada sin redondear de terapia antirretrovírica (según la metodología del ONUSIDA y la OMS). Los intervalos en las estimaciones de la cobertura se basan en los límites de verosimilitud en el denominador, es decir, estimaciones bajas y altas de la necesidad.

^d Los rangos y las estimaciones puntuales se ofrecen para países con epidemias generalizadas, mientras que para los países con epidemias bajas o concentradas, se ofrecen solo rangos.

^e Los últimos desgloses disponibles corresponden a conjuntos de datos parciales o globales y no reflejan los datos a nivel nacional.

^f Los últimos desgloses disponibles no son tan recientes como los últimos datos facilitados por los países.

^g En la actualidad, las estimaciones del número de niños que necesitan terapia antirretrovírica están en proceso de revisión y se ajustarán, según corresponda, en función de la recopilación y el análisis de datos en curso.

^h A petición del país, sólo se presentan intervalos en las estimaciones.

ⁱ Las distribuciones por sexo y grupos de edad solo fueron facilitadas por Sudán septentrional, por que los datos se deben interpretar cuidadosamente.

NÚMERO DE ADULTOS Y NIÑOS QUE RECIBÍAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA					NÚMERO ESTIMADO DE NIÑOS QUE NECESITABAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA SEGÚN LOS MÉTODOS DEL ONUSIDA Y LA OMS, 2009 ^g			COBERTURA ESTIMADA DE LA TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA ENTRE NIÑOS, DICIEMBRE DE 2009 ^e		
Mes y año del informe	Adultos (a partir de 15)	% del total	Niños (< 15)	% del total	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
Dic 09	6 324	94%	427	6%	1 700	<1 000	2 600	26%	17%	49%
Dic 08 ^e	1 483	92%	130	8%	...	<200	<500	...	49%	>95%
Dic 09	14 263	97%	517	3%	...	<500	1 400	...	36%	>95%
Dic 08 ^e	521	98%	11	2%	...	<100	<200	...	8%	30%
Dic 09	4 192	97%	137	3%	...	<100	<100	...	>95%	>95%
Dic 09	950	97%	34	3%	...	<100	<100	...	45%	>95%
Dic 09	7 052	97%	192	3%	...	<500	<500	...	52%	71%
Dic 08 ^e	52 902	96%	1 998	4%	...	3 400	12 000	...	17%	60%
Dic 09	70 047	91%	6 679	9%	11 000	7 000	17 000	60%	40%	>95%
...
Dic 09	121	98%	3	2%	...	...	...	...	...	...
Dic 09	159	98%	3	2%	...	...	...	...	...	...
...
Dic 08 ^e	104	95%	5	5%	...	...	...	...	...	...
Dic 09	11 455	94%	794	6%	...	1 600	4 300	...	18%	51%
Dic 09	779	99%	11	1%	...	<100	<100	...	55%	>95%
Dic 09	130	94%	9	6%	...	...	...	...	...	...
Dic 09	3 423	94%	237	6%	1 700	<1 000	2 600	14%	9%	25%
Dic 08	97	100%	0	0%	...	<100	<100	...	0%	0%
Dic 09	4	100%	0	0%	...	...	...	...	...	...
Dic 08 ^e	404	98%	9	2%	...	<1 000	1 900	...	0%	1%
Oct 09	885 286	91%	86 270	9%	160 000	92 000	210 000	54%	41%	94%
Dic 09	196	95%	11	5%	...	<100	<100	...	34%	92%
Dic 09 ^{d,h}	...	...	188	...	8 700	4 400	13 000	2% ^h	1%	4%
Dic 08 ^e	778	91%	80	9%	...	<100	<200	...	74%	>95%
Dic 09	42 469	90%	4 772	10%	6 800	4 400	9 000	70%	53%	>95%
Dic 09	91	92%	8	8%	...	...	...	...	...	...
Dic 09	313	97%	9	3%	...	<100	<200	...	5%	21%
Sep 09	208 042	96%	8 076	4%	...	7 900	11 000	...	73%	>95%
Dic 09	23	96%	1	4%	...	...	...	...	...	...
Dic 09	28	90%	3	10%	...	...	...	...	...	...
Dic 09	15 682	94%	1 028	6%	5 200	1 800	8 800	20%	12%	58%
Dic 08	2	100%	0	0%	...	...	...	...	...	...
Dic 09	400	97%	12	3%	...	<100	<100	...	35%	86%
Dic 07 ^{d,e}	...	...	9	...	...	<100	<100	...	10%	21%
...
Dic 09	1	100%	0	0%	...	...	...	...	...	...
Sep 08	187 000	93%	13 413	7%	76 000	41 000	110 000	18%	12%	33%
Dic 09	14 151	89%	1 720	11%	...	1 500	2 500	...	69%	>95%
Dic 08	186 591	94%	12 822	6%	75 000	38 000	110 000	17%	11%	34%
Dic 06	2 350	94%	160	6%	...	<100	<200	...	81%	>95%
Dic 07 ^{d,e}	...	...	225	...	...^f	...	...	...	...	...
Dic 09	1	50%	1	50%	...	...	...	...	...	...
Dic 09	31 518	98%	784	2%	... ^f	...	...	...	...	...
Dic 09	36 008	95%	1 987	5%	...	1 700	3 700	...	54%	>95%
Dic 08 ^e	265	97%	9	3%	...	...	...	...	...	...
Dic 09	262 743	93%	21 120	7%	59 000	32 000	82 000	36%	26%	65%
Feb 10	197 068	90%	21 521	10%	71 000	43 000	95 000	30%	23%	50%

PORCENTAJE DE ADULTOS Y NIÑOS CON VIH QUE SE SABE QUE SIGUEN CON EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO 12 MESES DESPUÉS DE HABERLO COMENZADO¹

	2005				
	Varones	Mujeres	Ambos sexos		Total
			<15	15+	
Albania					
Algeria					
Angola					
Antigua y Barbuda					
Argentina					
Armenia					
Austria					
Azerbaiyán					
Bahamas					
Bangladesh					
Barbados	93	94			93
Belarús					
Belice					
Benin					
Bolivia					
Bosnia y Herzegovina					
Botswana			92		
Brasil					
Brunei Darussalam					
Bulgaria					
Burkina Faso					
Burundi					
Camboya					
Camerún					
Cabo Verde					
República Centroafricana					
Chad					
Chile					
China					
Colombia					
Comoras					
Costa Rica					
Côte d'Ivoire					
Croacia					
Cuba					
Chipre					
Congo, República Democrática del					
Djibouti					
Dominica					
República Dominicana					
Ecuador					
Egipto					
El Salvador					
Guinea Ecuatorial					
Eritrea					
Etiopía	90	86			89
Fiji					
Finlandia					
Gabón					
Gambia					
Georgia	85	100			88
Alemania					
Ghana					
Grecia					

Indicador 24 del UNGASS

2007

2009

Varones	Mujeres	Ambos sexos		Total	Varones	Mujeres	Ambos sexos		Total
		<15	15+				<15	15+	
									89
									98
					59	62	73	61	61
53	57			55 ²					78
				90					
80	100		84	84	77	75		77	77
					90	90			90
57	43		86	86 ³	72	94		77	77
68	71	90	68	70	83	98	30	97	91
									90
93	96		95	95	89	89	100	88	89
74	77	97	74	75	78	79	100	77	78
									76
				73	87	88	98	87	88
97	96	100	97	97	81	75	75	79	79
				100 ³					72
82	86			85 ⁴					91
					98	99	99	99	99
					67			67	67
89	93	33	97	91	91	86		90	90
77	71	77	73	73	87	80	86	82	83
77	82	77	81	80	88	91	88	90	90
		94	87	88			94	87	87
96	96	97	96	96	90	93	97	92	92
93	86	100	88	89			92	88	88
85	85	89	85	85					81
					38	54	14	50	47
				89					94
84	91	96	85	85	81	86	86	82	82
				76					
40	60	0	100	100 ³	100	100	100	100	100
				91					94
86	91	82	90	89					67
100	88	0	97	97	89	100		89	89
96	96	100	96	96	93	98	100	94	94
									11
66	72	62	70	70					77
				82	78	77		77	77
					100	100		100	100
		89	90	90					83
									95
							95	74	75
				85			87	95	90
									70
				93					
				70					72 ⁸
		100	78	79	96	93		83	83
				90					95
50	62	63	58	58	83	88	50	87	86
				92					
71	86	75	71	75 ⁵	79	87	82	81	81
77	80			78					79
									90
95	96	100	95	96	97	98	100	97	97

A2

PORCENTAJE DE ADULTOS Y NIÑOS CON VIH QUE SE SABE QUE SIGUEN CON EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO 12 MESES DESPUÉS DE HABERLO COMENZADO¹

	2005				
	Varones	Mujeres	Ambos sexos		Total
			<15	15+	
Granada					
Guatemala					
Guinea					
Guinea-Bissau					
Guyana					
Haití					
Honduras					
Hungría					
India					
Indonesia					
Irán, República Islámica del					
Jamaica					
Japón					
Jordania					
Kazajstán					
Kenya					
Kuwait					
Kirguistán					
República Democrática Popular Lao					
Libano					
Lesotho					82
Lituania					
Luxemburgo					
Madagascar					100
Malawi					83
Malasia					
Maldivas					
Malí					
Islas Marshall					
Mauritania					
Mauricio					
México					
Micronesia, Estados Federados de					
Moldova					
Mongolia					
Montenegro					
Marruecos					
Mozambique					
Myanmar					
Namibia					91 ²
Nepal					
Nueva Zelandia					
Nicaragua					
Niger					
Nigeria					98 ⁶
Omán					
Pakistán					
Palau					
Panamá					
Papua Nueva Guinea					
Paraguay					
Perú					
Filipinas					

2007

2009

2007					2009				
Varones	Mujeres	Ambos sexos		Total	Varones	Mujeres	Ambos sexos		Total
		<15	15+				<15	15+	
83	100	100	83	88	56	67	100	50	60
				91	82	83	90	82	83
					75	79	19	81	78 ⁷
				62	81	85	65	84	84
70	78	97	73	75	70	75	65	73	72
				84					
				91	76	81	95	78	79
99	98	83	99	99	99	99	100	99	99
				80					89
									65 ⁸
78	79	75	78	78	69	72	68	70	70
			88	88					92
				100					99 ⁸
				98	95	100	100	95	96
72	61	8	73	68	73	80	100	69	75
				87					80 ⁷
					100	100	0	100	100
70	57	100	66	68	67	85	82	66	73
90	90	93	90	90	93	97	100	95	95
				100					100
74	75	79	73	74					81
54	71		58	58	83	100		88	88
					87	89		89	89
				94	91	97	100	95	95
				69			79	79	79 ⁸
				87					87
					100			100	100
72	72	72	72	72					72
	100		100	100 ³	50	50		50	50
				92	92	97	93	95	95
84	90		85	85	94	85		93	93
					88	89	35	96	88
					100	100		100	100
82	93	88	87	87	90	85	100	88	88
67			67	67 ³	100			100	100
75	20		60	60 ³	83	50		75	75 ⁸
				93	89	93	100	91	91
				97					
					90	85	94	87	88
		82	69	71			80	80	80
				85	88	94	98	90	91
				98					98 ⁸
				100					67
		36	47	47	95	95	67	96	95
		92	95	95	67	72	70	70	70
					84	79	100	83	83
				87					
100	100		100	100 ³					38
				96			94	76	77
67	56	10	67	61	91	91	67	91	82
30	14	6	44	49					85
85	87	95	85	85			82	87	86
96	96		96	96					90

A2

PORCENTAJE DE ADULTOS Y NIÑOS CON VIH QUE SE SABE QUE SIGUEN CON EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO 12 MESES DESPUÉS DE HABERLO COMENZADO¹

2005

	2005		Ambos sexos		Total
	Varones	Mujeres	<15	15+	
Portugal					
Qatar					
Rumania					
Federación de Rusia					
Rwanda					
Saint Kitts y Nevis					
Santa Lucía					80
San Vicente y las Granadinas					
Santo Tomé y Príncipe					
Senegal					
Seychelles					
Sierra Leona					
Eslovaquia					
Islas Salomón					
Somalia					
Sudáfrica					
Sri Lanka					
Sudán					
Suriname					
Swazilandia					
Suecia					
Suiza					
República Árabe Siria					
Tayikistán					
Tailandia					
ex República Yugoslava de Macedonia					
TimorLeste					
Togo					
Trinidad y Tobago					
Túnez					
Turquía					
Tuvalu					
Uganda					
Ucrania	69	75	70	100	72
Emiratos Árabes Unidos					
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte					
República Unida de Tanzania					
Uruguay					
Uzbekistán					
Venezuela					
Viet Nam					
Zambia					
Zimbabwe					

¹ Los valores de datos representan 1 cohorte con una supervivencia mínima de 12 meses; a menos que se indique lo contrario, se incluyen en el denominador los pacientes perdidos en el seguimiento y las defunciones.

² Representa la supervivencia acumulada.

³ Representa < 10 personas vivas y que siguen con la TARV en los últimos 12 meses.

⁵ Representa 2006.

⁶ Representa una supervivencia de 8 meses.

⁷ Representa 2007.

⁸ Representa una supervivencia superior a 12 meses.

2007

Varones	Mujeres	Ambos sexos		Total
		<15	15+	
				84
				100
				93
				79
				91
				100
				98
100	97	100	98	98
				100
43	80	50	63	62
65	82	100	74	75
79	94			89
62	43	100	53	55
				81
				84
				89
				100
				100
				72
				53
				64
				96
				86
				93
				57
				80
				62
63	65	65	64	64
				78
				77
				77
				99
				98
				100
				100
				100
55	61		57	57
85	85	88	85	85
				78
				93
				90
				85
				85 ^h
43	50		44	44 ³
				71
				100
				78
				78
				90
				90
				90
				9
				77
				86
93	90			92
				100
				96
				96 ^h
26	16	3	24	23
				100
				100
				88
				86
73	83	91	76	78
				88
				85
				99
				92
				84
				79
				89
				89
				65
				74
				87
				87
				84
				80
				81
				86
				80
				87
				84
				84
				82
				81
				84
				84
87	90	93	81	82
				81
				84
				84
				88
				88
				93
				72
				77
				75

2009

Varones	Mujeres	Ambos sexos		Total
		<15	15+	
				84
100	100	0	100	100
				93
				79
				91
				100
				98
100	97	100	98	98
				100
43	80	50	63	62
65	82	100	74	75
79	94			89
62	43	100	53	55
				81
				84
				89
				100
				100
				72
				53
				64
				96
				86
				93
				57
				80
				62
63	65	65	64	64
				78
				77
				77
				99
				98
				100
				100
				100
55	61		57	57
85	85	88	85	85
				78
				93
				90
				85
				85 ^h
43	50		44	44 ³
				71
				100
				78
				78
				90
				90
				90
				9
				77
				86
93	90			92
				100
				96
				96 ^h
26	16	3	24	23
				100
				100
				88
				86
73	83	91	76	78
				88
				85
				99
				92
				84
				79
				89
				89
				65
				74
				87
				87
				84
				80
				81
				86
				80
				87
				84
				84
				82
				81
				84
				84
87	90	92	88	88
				88
				93
				72
				77
				75

A2

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIH EN PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS, 2009^a

NÚMERO DE MUJERES EMBARAZADAS QUE VIVÍAN CON EL VIH Y RECIBIERON ANTIRRETROVÍRICOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL^b

		PERÍODO
Afganistán	...	
Albania	...	
Algeria	65	Ene 09-Dic 09
Angola	3 053	Ene 09-Dic 09
Argentina	2 039	Ene 08-Dic 08
Armenia	13	Ene 09-Dic 09
Azerbaiyán	11	Ene 09-Dic 09
Bangladesh	7	Ene 08-Dic 08
Belarús	194	Ene 09-Dic 09
Belice	63	Ene 09-Dic 09
Benin	1 703	Ene 09-Dic 09
Bhután	19	Ene 08-Dic 08
Bolivia (Estado Plurinacional de)	105	Ene 09-Dic 09
Bosnia y Herzegovina	1	Ene 08-Dic 08
Botswana	12 406	Ene 09-Dic 09
Brasil	5 988	Ene 09-Dic 09
Bulgaria	9	Ene 09-Dic 09
Burkina Faso	2 084	Ene 09-Dic 09
Burundi	1 837	Ene 09-Dic 09
Camboya	798	Ene 09-Dic 09
Camerún	9 092	Ene 09-Dic 09
Cabo Verde	61	Ene 09-Dic 09
República Centroafricana	2 157	Ene 09-Dic 09
Chad	989	Ene 09-Dic 09
Chile	121	Ene 09-Dic 09
China	1 554	Ene 09-Dic 09
Colombia	519	Ene 09-Dic 09
Comoras	1	Ene 09-Dic 09
Congo	441	Ene 09-Dic 09
Islas Cook	...	
Costa Rica	31	Ene 08-Dic 08
Côte d'Ivoire	11 064	Ene 09-Dic 09
Croacia	2	Ene 09-Dic 09
Cuba	50	Ene 09-Dic 09
República Popular Democrática de Corea	...	
Congo, República Democrática del	2 232	Ene 09-Dic 09
Djibouti	63	Ene 09-Dic 09
Dominica	2	Ene 09-Dic 09
República Dominicana	949	Ene 09-Dic 09
Ecuador	477	Ene 09-Dic 09
Egipto	11	Ene 09-Dic 09
El Salvador	170	Ene 08-Dic 08
Guinea Ecuatorial	365	Ene 09-Dic 09
Eritrea	464	Ene 09-Dic 09
Etiopía	6 721	Ene 09-Dic 09
Fiji	5	Ene 09-Nov 09
Gabón	577	Ene 09-Dic 09
Gambia	885	Ene 09-Sep 09
Georgia	12	Ene 09-Dic 09
Ghana	3 643	Ene 09-Dic 09

Indicador 5 del UNGASS

NÚMERO ESTIMADO DE MUJERES EMBARAZADAS QUE VIVÍAN CON EL VIH Y QUE NECESITABAN ANTIRRETROVÍRICOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL SEGUN LOS METODOS DEL ONUSIDA Y LA OMS^a

PORCENTAJE ESTIMADO DE MUJERES EMBARAZADAS QUE VIVÍAN CON EL VIH Y RECIBIERON ANTIRRETROVÍRICOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL^c

Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
...			...		
...			...		
...	<200	<500	...	14%	59%
16 000	8 400	25 000	19%	12%	36%
...	<1 000	2 400	...	86%	>95%
...	<100	<100	...	65%	>95%
...	<100	<500	...	5%	17%
...	<100	<200	...	4%	13%
...	<100	<500	...	>95%	>95%
...	<200	<500	...	22%	61%
3 700	1 900	5 800	46%	29%	92%
...	<100	<100	...	95%	>95%
...	<200	<500	...	22%	83%
...			...		
13 000	6 900	17 000	>95%	74%	>95%
...	3 700	12 000	...	49%	>95%
...	<100	<100	...	23%	82%
6 500	3 500	11 000	32%	19%	60%
15 000	8 400	21 000	12%	9%	22%
...	<1 000	3 000	...	26%	>95%
34 000	18 000	50 000	27%	18%	50%
...			...		
6 300	3 200	9 500	34%	23%	67%
16 000	8 300	29 000	6%	3%	12%
...	<500	<1 000	...	15%	55%
...	2 600	11 000	...	14%	59%
...	<1 000	3 900	...	13%	55%
...	<100	<100	...	10%	33%
3 800	1 900	5 600	12%	8%	23%
...			...		
...	<100	<200	...	17%	53%
20 000	10 000	31 000	54%	36%	>95%
...	<100	<100	...	15%	67%
...	<100	<200	...	39%	>95%
...	<100	<100	...		
... ^d	20 000	54 000	...	4%	11%
<1 000	<500	1 000	10%	6%	21%
...			...		
...	<1 000	3 000	...	32%	95%
...	<500	<1 000	...	48%	>95%
...	<200	<500	...	3%	10%
...	<500	<1 000	...	19%	71%
1 400	<1 000	2 300	26%	16%	50%
1 400	<1 000	2 200	34%	21%	71%
... ^d	17 000	51 000	...	13%	40%
...	<100	<100	...	28%	>95%
1 900	<1 000	2 900	30%	20%	60%
...	<1 000	2 000	...	43%	>95%
...	<100	<100	...	19%	86%
13 000	6 900	20 000	27%	18%	53%

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIH EN PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS, 2009^a

NÚMERO DE MUJERES EMBARAZADAS QUE VIVÍAN CON EL VIH Y RECIBIERON ANTIRRETROVÍRICOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL^b

		PERÍODO
Granada	2	Ene 09-Dic 09
Guatemala	440	Ene 09-Dic 09
Guinea	783	Ene 09-Dic 09
Guinea-Bissau	383	Ene 09-Dic 09
Guyana	183	Ene 09-Dic 09
Haití	2 960	Ene 09-Dic 09
Honduras	255	Ene 09-Dic 09
Hungría	5	Ene 09-Dic 09
India	11 319	Ene 09-Dic 09
Indonesia	196	Ene 08-Dic 08
Irán, República Islámica del	25	Mar 08-Feb 09
Iraq	0	Ene 08-Dic 08
Jamaica	379	Ene 09-Dic 09
Jordania	0	Ene 09-Dic 09
Kazajstán	193	Ene 09-Dic 09
Kenya	58 591	Ene 09-Dic 09
Kiribati	0	Ene 08-Dic 08
Kirguistán	58	Ene 09-Dic 09
República Democrática Popular Lao	24	Ene 09-Dic 09
Letonia	56	Ene 09-Dic 09
Libano	...	
Lesotho	8 846	Ene 09-Dic 09
Liberia	377	Ene 09-Dic 09
Jamahiriya Arabe Libia	...	
Lituania	12	Ene 09-Dic 09
Madagascar	17	Ene 09-Dic 09
Malawi	33 156	Ene 09-Dic 09
Malasia	300	Ene 09-Dic 09
Maldivas	0	Ene 09-Dic 09
Mali	1 710	Ene 09-Dic 09
Islas Marshall	1	Nov 08-Sep 09
Mauritania	68	Ene 09-Dic 09
Mauricio	41	Ene 09-Dic 09
México	124	Ene 09-Dic 09
Micronesia, Estados Federados de	...	
Mongolia	1	Ene 09-Dic 09
Montenegro	0	Ene 09-Dic 09
Marruecos	90	Ene 09-Dic 09
Mozambique	68 248	Ene 09-Dic 09
Myanmar	2 398	Ene 09-Dic 09
Namibia	6 744	Abr 08-Mar 09
Nauru	...	
Nepal	56	Jul 08-Jun 09
Nicaragua	91	Ene 09-Dic 09
Niger	1 737	Ene 09-Dic 09
Nigeria	44 723	Ene 09-Dic 09
Niue	...	
Omán	9	Ene 09-Dic 09
Pakistán	25	Ene 09-Dic 09
Palau	...	

NÚMERO ESTIMADO DE MUJERES EMBARAZADAS QUE VIVÍAN CON EL VIH Y QUE NECESITABAN ANTIRRETROVÍRICOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL SEGUN LOS METODOS DEL ONUSIDA Y LA OMS^a

PORCENTAJE ESTIMADO DE MUJERES EMBARAZADAS QUE VIVÍAN CON EL VIH Y RECIBIERON ANTIRRETROVÍRICOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL^c

Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
...			...		
...	<1 000	2 900	...	15%	56%
4 600	2 300	7 200	17%	11%	34%
1 600	<1 000	2 400	24%	16%	49%
...	<100	<500	...	88%	>95%
5 000	2 600	7 500	60%	39%	>95%
...	<500	1 300	...	20%	82%
...	<100	<100	...	14%	63%
...	23 000	65 000	...	17%	48%
...	1 100	4 600	...	4%	17%
...	<500	1 300	...	2%	7%
...			...		
...	<200	<1 000	...	46%	>95%
...			...		
...	<200	<1 000	...	38%	>95%
81 000	41 000	120 000	73%	50%	>95%
...			...		
...	<100	<500	...	23%	>95%
...	<200	<500	...	5%	20%
...	<100	<200	...	52%	>95%
...	<100	<100	...		
14 000	8 400	18 000	64%	48%	>95%
2 400	1 100	3 700	16%	10%	33%
...			...		
...	<100	<100	...	92%	>95%
...	<500	1 100	...	1%	5%
57 000	31 000	83 000	58%	40%	>95%
...	<100	<1 000	...	55%	>95%
...	<100	<100	...	0%	0%
...	2 100	6 700	...	26%	82%
...			...		
...	<200	<1 000	...	12%	37%
...	<100	<200	...	33%	>95%
...	1 500	4 500	...	3% ^e	9%
...			...		
...	<100	<100	...	10%	33%
...			...		
...	<200	<1 000	...	13%	49%
97 000	53 000	130 000	70%	51%	>95%
...	1 800	5 600	...	43%	>95%
7 700	4 100	11 000	88%	61%	>95%
...			...		
...	<1 000	2 100	...	3%	10%
...	<100	<500	...	45%	>95%
...	2 300	7 000	...	25%	74%
210 000	110 000	300 000	22%	15%	42%
...			...		
...	<100	<100	...	29%	>95%
...	1 000	3 700	...	1%	2%
...			...		

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIH EN PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS, 2009^a

NÚMERO DE MUJERES EMBARAZADAS QUE VIVÍAN CON EL VIH Y RECIBIERON ANTIRRETROVÍRICOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL^b PERÍODO

Panamá	118	Ene 09-Dic 09
Papua Nueva Guinea	263	Ene 09-Dic 09
Paraguay	148	Ene 09-Dic 09
Perú	550	Ene 09-Dic 09
Filipinas	3	Ene 09-Dic 09
Polonia	81	Ene 09-Dic 09
Moldova	109	Ene 09-Dic 09
Rumania	152	Ene 09-Dic 09
Federación de Rusia	9 380	Ene 09-Dic 09
Rwanda	7 030	Ene 09-Dic 09
Saint Kitts y Nevis	1	Ene 09-Dic 09
Santa Lucía	6	Ene 09-Dic 09
San Vicente y las Granadinas	14	Ene 09-Dic 09
Samoa	...	
Santo Tomé y Príncipe	11	Ene 09-Dic 09
Senegal	917	Ene 09-Dic 09
Serbia	2	Ene 08-Dic 08
Seychelles	12	Ene 09-Dic 09
Sierra Leona	637	Ene 09-Dic 09
Eslovaquia	2	Ene 09-Dic 09
Islas Salomón	1	Ene 09-Dic 09
Somalia	0	Ene 09-Dic 09
Sudáfrica	188 200	Ene 09-Dic 09
Sri Lanka	4	Ene 09-Dic 09
Sudán	245	Ene 09-Dic 09
Suriname	83	Ene 08-Dic 08
Swazilandia	8 182	Ene 09-Dic 09
República Árabe Siria	2	Ene 09-Dic 09
Tayikistán	25	Ene 09-Dic 09
Tailandia	5 457	Oct 08-Sep 09
ex República Yugoslava de Macedonia	0	Ene 09-Dic 09
Timor-Leste	1	Ene 08-Dic 08
Togo	1 451	Ene 09-Dic 09
Tonga	...	
Túnez	3	Ene 09-Dic 09
Turquía	4	Ene 06-Dic 06
Turkmenistán	...	
Tuvalu	...	
Uganda	46 948	Ene 09-Dic 09
Ucrania	3 645	Ene 09-Dic 09
República Unida de Tanzania	58 833	Ene 09-Dic 09
Uruguay	70	Ene 08-Dic 08
Uzbekistán	304	Ene 09-Dic 09
Vanuatu	...	
Venezuela (República Bolivariana de)	233	Ene 09-Dic 09
Viet Nam	1 372	Ene 09-Dic 09
Yemen	13	Ene 09-Dic 09
Zambia	47 175	Ene 09-Dic 09
Zimbabwe	28 208	Ene 09-Dic 09

^a Países clasificados por el Banco Mundial según su nivel de ingresos.

^b Las estimaciones de las necesidades se basan en los métodos descritos en las notas explicativas de los anexos. Las estimaciones para países individuales pueden diferir según los métodos locales que se utilicen.

^c Las estimaciones de la cobertura se basan en los números de embarazadas que vivían con el VIH y recibieron antirretrovíricos y la necesidad estimada sin redondear de antirretrovíricos (según los métodos del ONUSIDA y la OMS). Los rangos en las estimaciones de la cobertura se basan en los límites de verosimilitud en el denominador, es decir, estimaciones bajas y altas de la necesidad. Se suministran estimaciones puntuales y rangos para países con epidemia generalizada, mientras que para países con una epidemia de bajo nivel o concentrada se presentan sólo rangos.

^d Los datos pueden incluir doble conteo.

^e La cifra para México indica las mujeres con recuentos de CD4 superiores a 350 que recibieron servicios de terapia antirretrovírica de la Secretaría de Salud, como un porcentaje de todas las mujeres embarazadas que viven con el VIH.

NÚMERO ESTIMADO DE MUJERES EMBARAZADAS QUE VIVÍAN CON EL VIH Y QUE NECESITABAN ANTIRRETROVÍRICOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL SEGUN LOS METODOS DEL ONUSIDA Y LA OMS^a

PORCENTAJE ESTIMADO DE MUJERES EMBARAZADAS QUE VIVÍAN CON EL VIH Y RECIBIERON ANTIRRETROVÍRICOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL^c

Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
...	<200	<1 000	...	19%	>95%
2 000	<1 000	3 000	13%	9%	27%
...	<200	<500	...	38%	>95%
...	<500	1 700	...	33%	>95%
...	<100	<500	...	1%	4%
...	<100	<500	...	27%	>95%
...	<100	<200	...	71%	>95%
...	<100	<500	...	76%	>95%
...	5 100	16 000	...	57%	>95%
11 000	5 400	16 000	65%	43%	>95%
...			...		
...			...		
...			...		
...			...		
...	2 000	5 900	...	16%	45%
...	<100	<100	...	3%	10%
...			...		
3 300	1 800	5 100	19%	12%	36%
...	<100	<100	...	50%	>95%
...			...		
...	1 000	3 700	...	0%	0%
210 000	120 000	290 000	88%	66%	>95%
...	<100	<100	...	9%	31%
14 000	7 300	22 000	2%	1%	3%
...	<100	<200	...	82%	>95%
9 300	5 700	12 000	88%	68%	>95%
...			...		
...	<100	<500	...	9%	36%
...	4 900	8 300	...	66%	>95%
...			...		
...			...		
5 600	2 200	9 400	26%	15%	67%
...			...		
...	<100	<100	...	6%	25%
...	<100	<200	...	3%	13%
...			...		
...			...		
88 000	48 000	130 000	53%	37%	>95%
...	1 200	4 800	...	76%	>95%
84 000	45 000	120 000	70%	48%	>95%
...	<100	<500	...	31%	>95%
... ^d			...		
...			...		
...			...		
...			...		
...	1 700	4 700	...	29%	79%
...			...		
68 000	37 000	94 000	69%	50%	>95%
50 000	28 000	69 000	56%	41%	>95%

A2

**PRUEBAS MATERNAS E
INFANTILES DEL VIH Y
PROFILAXIS INFANTIL
EN PAÍSES DE INGRESOS
MEDIOS Y BAJOS^a**

**MUJERES EMBARAZADAS SOMETIDAS A
PRUEBAS DEL VIH**

	Número informado	Cobertura estimada
Afganistán	...	
Albania	...	
Algeria	...	
Angola	203 463	26%
Argentina	598 123 ^d	87%
Armenia	40 679	86%
Azerbaiyán	172 153 ^d	>95%
Bangladesh	91	<1%
Belarús	150 186 ^e	>95%
Belice	6 310	85%
Benin	171 532 ^f	49%
Bhután	...	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	73 369	28%
Bosnia y Herzegovina	1 012	3%
Botswana	44 386 ^h	93%
Brasil	2 381 280 ^d	79%
Bulgaria	...	
Burkina Faso	310 583	42%
Burundi	113 053	40%
Camboya	153 884	42%
Camerún	291 473	41%
Cabo Verde	8 500	71%
República Centroafricana	43 775	28%
Chad	32 119	6%
Chile	144 772	57%
China	3 741 337 ^k	20%
Colombia	353 764	39%
Comoras	1 034	5%
Congo	28 699	23%
Islas Cook	...	
Costa Rica	...	
Côte d'Ivoire	342 698	47%
Croacia	...	
Cuba	122 611 ^e	>95%
República Popular Democrática de Corea	...	
República Democrática del Congo	253 297	9%
Djibouti	9 371	39%
Dominica	947	...
República Dominicana	114 046	51%
Ecuador	286 211 ^e	>95%
Egipto	1 750 ^g	<1%
El Salvador	65 712	53%
Guinea Ecuatorial	16 228	63%
Eritrea	46 544 ^d	25%
Etiopía	488 554	16%
Fiji	9 041 ^d	52%
Gabón	9 321	23%
Gambia	31 071	50%
Georgia	58 769 ^d	>95%
Ghana	388 254	51%

Datos complementarios recibidos de la Organización Mundial de la Salud, obtenidos a través del seguimiento del progreso realizado hacia el acceso universal en el sector de la salud

LACTANTES NACIDOS DE MADRES QUE VIVÍAN CON EL VIH QUE RECIBIERON ANTIRRETROVÍRICOS PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL		LACTANTES NACIDOS DE MUJERES QUE VIVÍAN CON EL VIH QUE RECIBIERON PROFILAXIS CON COTRIMOXAZOL DENTRO DE LOS DOS PRIMEROS MESES DE VIDA		LACTANTES NACIDOS DE MUJERES QUE VIVÍAN CON EL VIH QUE RECIBIERON UNA PRUEBA VIROLÓGICA EN TORNO A LOS DOS PRIMEROS MESES DE VIDA	
Número informado	Cobertura estimada	Número informado	Cobertura estimada	Número informado	Cobertura estimada
...		
...		
...		
2 435	15%	2 435	15%	...	
2 280 ^d	>95%	2 160 ^d	>95%	...	
9	75%	2	17%	0	0%
14 ^d	11%	13 ^d	10%	15 ^d	12%
12	12%	16	16%	...	
195	>95%	148	>95%	192	>95%
51	26%	...		53	27%
1 473	39%	1 473	39%	...	
13 ^d	>95%	7 ^d	58%	...	
28 ^a	10%	27 ^d	10%	23 ^d	8%
0	...	0	...	0	...
14 073 ⁱ	>95%	8 232 ⁱ	65%	...	
7 511 ^d	>95%	...		2 306 ^d	32%
...		
2 140	33%	1 815	28%	199	3%
1 332	9%	1 332	9%	...	
730	45%	203 ^a	12%	...	
8 378	25%	8 378	25%	8 940	26%
67	...	67	...	67	...
1 380	22%	887	14%	40	1%
676	4%	676	4%	...	
...		
1 701	28%	...		...
248	12%	...		83	4%
1	17%	1	17%	0	0%
615	16%	548	15%	444	12%
...		
38	33%	44	38%	44	38%
6 696	33%	...		...
...		
0	0%	1 ^a	1%	50	67%
...		
2 232	6%	396	1%	...	
36 ^d	6%	22	4%	...	
1	...	1	...	1	...
1 133	59%	...		391 ^d	20%
315	56%	...		5	1%
2 ^a	1%	...		5 ^a	3%
216	42%	176	34%	...	
164	11%	...		...
424 ^d	31%	225 ^d	17%	...	
5 025	15%	1 076	3%	1 375	4%
1 ^d	10%	2 ^d	20%	1 ^d	10%
312	16%	219 ^d	12%	...	
230	20%	99	8%	...	
19 ^d	58%	19 ^d	58%	19 ^d	58%
1 730 ^m	13%	...		...

A2

**PRUEBAS MATERNAS E
INFANTILES DEL VIH Y
PROFILAXIS INFANTIL
EN PAÍSES DE INGRESOS
MEDIOS Y BAJOS^a**

**MUJERES EMBARAZADAS SOMETIDAS A
PRUEBAS DEL VIH**

	Número informado	Cobertura estimada
Granada	1 229	60%
Guatemala	102 957	23%
Guinea	39 893	10%
Guinea-Bissau	13 864 ^o	21%
Guyana	14 283 ^e	>95%
Haití	154 835	57%
Honduras	103 562	51%
Hungría	8 357 ^d	8%
India	5 717 819	21%
Indonesia	10 026	<1%
Irán, República Islámica del	158 ^a	<1%
Iraq	1 550 ^d	<1%
Jamaica	28 659 ^d	55%
Jordania	0	0%
Kazajstán	434 548 ^e	>95%
Kenya	961 990	63%
Kiribati	1 159	...
Kirguistán	171 480 ^o	>95%
República Democrática Popular Lao	3 094	2%
Letonia	20 608	88%
Libano	...	...
Lesotho	29 626	50%
Liberia	32 659	22%
Jamahiriyá Árabe Libia	...	...
Lituania	30 057	95%
Madagascar	140 261	20%
Malawi	316 000	52%
Malasia	403 287 ^s	73%
Maldivas	3 911	67%
Mali	86 814	16%
Islas Marshall	...	...
Mauritania	6 371 ^d	6%
Mauricio	15 026	83%
México	757 863 ^d	37%
Micronesia, Estados Federados de	...	...
Mongolia	...	...
Montenegro	...	...
Marruecos	2 723 ^d	<1%
Mozambique	672 020	77%
Myanmar	182 760	18%
Namibia	51 970	88%
Nauru	...	...
Nepal	65 791	9%
Nicaragua	81 686	58%
Níger	158 695	19%
Nigeria	820 865	13%
Niue	...	...
Omán	30 875	50%
Pakistán	10 277	<1%
Palau	...	...
Panamá	59 334	85%

LACTANTES NACIDOS DE MADRES QUE VIVÍAN CON EL VIH QUE RECIBIERON ANTIRRETROVÍRICOS PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL		LACTANTES NACIDOS DE MUJERES QUE VIVÍAN CON EL VIH QUE RECIBIERON PROFILAXIS CON COTRIMOXAZOL DENTRO DE LOS DOS PRIMEROS MESES DE VIDA		LACTANTES NACIDOS DE MUJERES QUE VIVÍAN CON EL VIH QUE RECIBIERON UNA PRUEBA VIROLÓGICA EN TORNO A LOS DOS PRIMEROS MESES DE VIDA	
Número informado	Cobertura estimada	Número informado	Cobertura estimada	Número informado	Cobertura estimada
2	...	2	...	0	...
159 ^d	9%	222 ^d	13%	...	...
231 ⁿ	5%	801 ⁿ	17%	...	...
143 ^d	9%	...	...	0	0%
206	>95%	97 ^p	>95%	...	...
...	...	448 ^d	9%	...	...
255	35%	...	...	309	42%
5	26%	5	26%	...	...
11 593	27%	...	...	...	...
165 ^d	6%	25 ^g	1%	...	...
24 ^d	3%	20 ^d	3%	7 ^d	1%
0 ^d	...	0 ^d	...	...	...
605 ^d	>95%	...	...	...	...
0	...	0	...	0	...
198	68%	204	70%	188	64%
39 482	49%	4 043	5%	...	...
0	...	0	...	0	...
60	51%	70	59%	0	0%
18 ^d	7%	17 ^d	7%	...	...
...	...	52	84%	...	...
0	0%	...	...	...	...
4 240	31%	1 542 ^d	11%	4 621	33%
194	8%	45 ^r	2%	109 ^r	5%
...
12	>95%	...	...	10	>95%
8	1%	...	...	...	...
23 773	41%	28 079	49%	...	...
163	54%	163	54%	163	54%
0	0%	0	0%	0	0%
810	19%	722	17%	531	13%
...
15 ^d	4%	18 ^g	5%	...	...
53	73%	48	66%	...	...
58 ^d	2%	...	...	...	...
...
1	17%	1	17%	1	17%
1 ^g	...	...	...	...	...
20 ^d	5%	19 ^d	5%	4 ^d	1%
41 266	43%	...	...	...	...
1 697	46%	858	23%	...	...
7 120	93%	...	...	...	...
...
89	7%	75	6%	10	1%
81	63%	81	63%	81	63%
708	15%	309	6%	...	...
15 905	8%	3 927 ^t	2%	6 101 ^t	3%
...
4	21%	4	21%	4	21%
16	1%	0	0%	15	1%
...
154 ^{d,u}	56%	62 ^{d,u}	23%	...	...

A2

**PRUEBAS MATERNAS E
INFANTILES DEL VIH Y
PROFILAXIS INFANTIL
EN PAÍSES DE INGRESOS
MEDIOS Y BAJOS^a**

**MUJERES EMBARAZADAS SOMETIDAS A
PRUEBAS DEL VIH**

	Número informado	Cobertura estimada
Papua Nueva Guinea	43 942	21%
Paraguay	73 123	47%
Perú	599 012 ^e	>95%
Filipinas	...	
Polonia	...	
Moldova	45 557 ^e	>95%
Rumania	100 589	47%
Federación de Rusia	1 468 091 ^{d,w}	95%
Rwanda	294 457	71%
Saint Kitts y Nevis	...	
Santa Lucía	...	
San Vicente y las Granadinas	2 635 ^e	>95%
Samoa	...	
Santo Tomé y Príncipe	6 475 ^e	>95%
Senegal	166 830	35%
Serbia	5 665 ^d	5%
Seychelles	1 650	...
Sierra Leona	99 256	44%
Eslovaquia	...	
Islas Salomón	41 ^d	<1%
Somalia	1 131	<1%
Sudáfrica	1 099 712 ^e	>95%
Sri Lanka	13 475	4%
Sudán	33 127 ^x	3%
Suriname	8 885 ^d	91%
Swazilandia	25 769	73%
República Árabe Siria	4 ^g	<1%
Tayikistán	76 297	39%
Tailandia	797 047	82%
ex República Yugoslava de Macedonia	...	
Timor-Leste	71 ^d	<1%
Togo	42 101	20%
Tonga	...	
Túnez	...	
Turquía	...	
Turkmenistán	...	
Tuvalu	...	
Uganda	968 157 ^r	64%
Ucrania	555 535 ^e	>95%
República Unida de Tanzania	1 194 172	66%
Uruguay	47 428 ^d	95%
Uzbekistán	414 346 ^{***}	74%
Vanuatu	1 499 ^{d†}	21%
Venezuela (República Bolivariana de)	...	
Viet Nam	480 814 [†]	32%
Yemen	4 211	<1%
Zambia	532 484 ^e	>95%
Zimbabwe	175 223	46%

LACTANTES NACIDOS DE MADRES QUE VIVÍAN CON EL VIH QUE RECIBIERON ANTIRRETROVÍRICOS PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL

LACTANTES NACIDOS DE MUJERES QUE VIVÍAN CON EL VIH QUE RECIBIERON PROFILAXIS CON COTRIMOXAZOL DENTRO DE LOS DOS PRIMEROS MESES DE VIDA

LACTANTES NACIDOS DE MUJERES QUE VIVÍAN CON EL VIH QUE RECIBIERON UNA PRUEBA VIROLÓGICA EN TORNO A LOS DOS PRIMEROS MESES DE VIDA

Número informado	Cobertura estimada	Número informado	Cobertura estimada	Número informado	Cobertura estimada
251	13%	19	1%	...	
148	62%	85	36%	...	
426	43%	...		...
2	1%	3	2%	2	1%
69	41%	69	41%	69	41%
118	>95%	33	37%	112	>95%
192	>95%	7	6%	192	>95%
8 744 ^d	>95%	...		...
6 684	62%	7 222	67%	5 646	52%
...		
...		
15	...	14	...	14	...
...		
17	...	17	...	...
433	11%	...		339	9%
1	2%	0	0%	1	2%
7	...	7	...	0	...
518 ^d	16%	363 ^d	11%	0 ^d	0%
...		
1 ^d	...	0 ^d	...	...
6	0%	0	0%	...	
119 395 ^d	56%	43 394	20%	...	
4	15%	4	15%	0	0%
56 ^y	<1%	34 ^z	<1%	...	
91 ^d	>95%	...		9	16%
7 655	82%	9 189	>95%	...	
...		
19	12%	23	15%	1 ^g	1%
5 722	88%	2 074	32%	...	
...		
1 ^d	...	...		...
1 508	27%	945	17%	614	11%
...		
1	4%	0	0%	0	0%
...		
...		
...		
24 554	28%	...		5 607	6%
3 840	>95%	3 021	>95%	2 033	69%
43 119	51%	8 348 ^h	10%	11 345	13%
...		
399	...	...		2	...
0 ^d	...	...		...
...		
274	...	...		...
1 511	48%	944	30%	...	
10	...	8	...	0	...
26 743	39%	25 139	37%	35 824	53%
17 331	35%	13 852	28%	...	

A2

PRUEBAS MATERNAS E INFANTILES DEL VIH Y PROFILAXIS INFANTIL EN PAÍSES DE INGRESOS MEDIOS Y BAJOS^a

- ^a Países clasificados por el Banco Mundial según su nivel de ingresos.
- ^b Sin referencia b.
- ^c Sin referencia c.
- ^d Los últimos datos facilitados cubren hasta diciembre de 2008.
- ^e El número facilitado de mujeres embarazadas que se realizaron las pruebas del VIH era mayor que el número estimado de mujeres embarazadas, lo que significa que la cobertura supera el 100%. El último año, la cobertura era ya mayor al 95% en estos países, por lo que se ajustaron los datos de los análisis regionales y mundiales.
- ^f Los datos provienen de 323 de 364 hospitales de salud materna con servicios de PTMI.
- ^g Los últimos datos facilitados cubren hasta diciembre de 2007.
- ^h Se facilitaron los números de pruebas, ya que no se pueden eliminar los duplicados de las pruebas para mujeres sometidas a más de una prueba en atención prenatal, parto o posparto.
- ⁱ Los datos pueden incluir doble conteo.
- ^j Los datos no pueden especificar si los datos facilitados correspondían a niños antes de cumplir los 2 primeros meses de vida, pero la política para todos los bebés es iniciar el cotrimoxazol a las 6 semanas de vida. Los datos sugieren que alrededor de dos tercios de los bebés que iniciaron el tratamiento con cotrimoxazol lo hicieron antes de cumplir los 2 meses.
- ^k Los datos se recopilaron de 453 condados prioritarios de un total de 2860.
- ^l Sin referencia l.
- ^m Los datos facilitados en 2009 son inferiores al valor de 2450 en 2008. Esto se debe a la transición del antiguo esquema terapéutico de una dosis única de nevirapina al nuevo esquema de una dosis única de nevirapina al nacimiento y zidovudina y lamivudina durante 1 o 6 semanas según corresponda, pues ambos esquemas aún se usaban en 2008. Ahora, sólo se utiliza el nuevo esquema terapéutico, que sigue ampliándose.
- ⁿ Sólo se recopilaron datos parciales.
- ^o Los datos se basan en el número de mujeres embarazadas con acceso a clínicas de atención prenatal u hospitales de salud materna y que conocen su estado serológico respecto al VIH.
- ^p Los datos se recopilan en un formulario de datos mensual a las 6 semanas, no a los 2 meses. Por lo tanto, es posible que algunos bebés hayan abandonado el tratamiento.
- ^q Los últimos datos facilitados cubren hasta agosto de 2007.
- ^r Es posible que los datos facilitados no sean completos.
- ^s Sólo se facilitaron datos públicos, que representan alrededor del 70% de los casos totales de atención prenatal.
- ^t Cuatro de diez asociados en la ejecución informaron sobre este indicador.
- ^u Los datos provienen de tres de cuatro clínicas de atención pediátrica.
- ^v Se informó de un valor de datos de 26. El valor de datos se obtuvo de un solo centro y corresponde al período septiembre-noviembre de 2009.
- ^w La Federación de Rusia informó de 4 827 215 mujeres embarazadas sometidas a pruebas del VIH. Dado que es probable que el número de mujeres embarazadas sometidas a pruebas refleje un doble o triple conteo, el 95% del número estimado de nacimientos en Rusia (1 545 359) se usó como medida representativa y muy probablemente represente el número total de pruebas realizadas entre embarazadas.
- ^x Se recibieron dos informes separados de Sudán: Sudán septentrional informó de 19 986 casos para el período de enero-diciembre de 2009; Sudán meridional informó de 13 141 casos hasta noviembre de 2009, lo que da un total de 33 127.
- ^y Se recibieron dos informes separados de Sudán: Sudán septentrional informó de 34 para el período de enero-diciembre de 2009; Sudán meridional informó de 22 casos hasta noviembre de 2009, lo que da un total de 56.
- ^z Se recibieron dos informes separados de Sudán: Sudán septentrional informó de 34 casos para el período de enero-diciembre de 2009; Sudán meridional contestó "sin datos", aclarando que los servicios acaban de iniciarse y que el cotrimoxazol en un principio no formaba parte de los medicamentos para la PTMI. Se espera que los datos de Sudán meridional estén listos en el próximo período de informes.
- [^] Los datos facilitados cubren el período de julio de 2008 a julio de 2009.
- ^{^^} Los datos facilitados no son completos.
- ^{^^^} En 2009, hubo un aumento considerable en el número de mujeres embarazadas sometidas a pruebas del VIH, con respecto al último valor facilitado de 58 063 en 2007. Anteriormente, sólo se recomendaba APV a aquellas mujeres embarazadas con comportamiento de riesgo o aquellas que tenían parejas sexuales con comportamiento de riesgo. Ahora se recomienda APV a todas las mujeres embarazadas; sin embargo, sólo el 77% de las mujeres embarazadas recibían APV a finales de 2009.
- [†] Los datos fueron recopilados en Northern District Hospital, Vila Central Hospital, Leneakel Hospital, Lolowai Hospital y Norsup Hospital.
- [‡] Los datos se basan en el número total que se realizó las pruebas y recibió los resultados.

**PORCENTAJE ESTIMADO DE
NUEVOS CASOS DE TB EN
PERSONAS SEROPOSITIVAS
QUE RECIBIERON
TRATAMIENTO PARA LA TB
Y EL VIH**

TRATAMIENTO PARA LA TUBERCULOSIS Y EL VIH

	2007		2009	
	Adultos tratados	Porcentaje de pacientes tratados	Adultos tratados	Porcentaje de pacientes tratados
Afganistán	2	<1	4	1
Albania			4	
Algeria	82	87 ¹	111	99
Angola			359	20
Argentina	415	55	250	83
Armenia	15	59 ¹	6	
Austria			12	100
Azerbaiyán	3	4	62	53
Bahamas	26	81	15	100
Barbados	2	100		
Belarús	136	72	138	73
Belice	9	69		
Benin	157	31	629	16
Bolivia	60	41	94	51
Bosnia y Herzegovina			25	25
Brasil			3333	26 ⁵
Brunei Darussalam			1	50
Bulgaria	32	²	23	
Burkina Faso	199	1	503	4
Burundi			594	3
Cote d'Ivoire	994	10	1633	31
Camboya			526	5
Camerún			117	3
Cabo Verde	3	3	61	61
República Centroafricana	3671	15	414	36
Chad			7560	70
China	901	13		
Colombia			343	45
Comoras			0	0
Costa Rica	13	100	36	100
Croacia	3	100		
Cuba	46	90	31	97
República Checa			3	60
Congo, República Democrática del	162	<1	724	5
Djibouti			170	23
Dominica	1	100	2	67
República Dominicana	322	115 ¹	260	42
Ecuador	150	40		
Egipto			3	2
El Salvador	63	100	37	50
Guinea Ecuatorial			205	11 ⁵
Etiopía	2658	13	4515	41
Fiji	2	40	0	
Finlandia	0			90
Gabón	521	13	366	33
Georgia	34	71	76	67
Ghana			531	
Granada	0	²	1	100
Guatemala	109	33	342	11
Guinea	245	61	335	6

Indicador 6 del UNGASS

A2

**PORCENTAJE ESTIMADO DE
NUEVOS CASOS DE TB EN
PERSONAS SEROPOSITIVAS
QUE RECIBIERON
TRATAMIENTO PARA LA TB
Y EL VIH**

TRATAMIENTO PARA LA TUBERCULOSIS Y EL VIH

	2007		2009	
	Adultos tratados	Porcentaje de pacientes tratados	Adultos tratados	Porcentaje de pacientes tratados
Guinea Bissau			171	10
Guyana			75	94
Haití	61	5	2409	24
Honduras	383	71	203	33
Hungría	7	<1 ³	1	100
India	19 400	23	2693	4
Indonesia			2976	3
Irán, República Islámica del	52	20	120	32
Jamaica	18	72		
Japón	10	83	16	94
Jordania	0		0	
Kazajstán	76	33	103	43
Kenya			14116	23
Kuwait			0	0
Kirguistán			177	52
República Democrática Popular Lao			85	
Letonia	27	57	8	13
Libano	3	148 ¹		
Lesotho			2235	27
Liberia			926	
Lituania	5	38	5	38
Malawí	18 910	70	4929	16
Malasia	72	33	390	30
Malta			6	100
Islas Marshal			2	100
Mauritania	95	86 ^{1,4}	55	6
Mauricio	3	16	7	100
México	806	78	216	77
Moldova	23	10	63	39
Marruecos	88	73	103	22
Mozambique	1008	4 ¹	5622	10
Myanmar			959	11 ⁵
Nepal	321	46 ¹		
Nueva Zelanda			8	100
Nicaragua	13	14	40	77
Niger	197	1	271	3
Nigeria	28 625	56	18 788	69
Omán			3	100
Panamá	270	5	171	35
Papua Nueva Guinea	320	35	127	20
Paraguay	20	14	72	
Perú	93	11	529	71
Filipinas	99	49		80
Polonia	70	176 ¹		
Portugal			309	100
Qatar			0	
Federación de Rusia	463	39 ^{1,4}	6679	40
Rwanda			1148	9
Saint Kitts y Nevis	2	100		
Santa Lucía	2	50	1	100

**PORCENTAJE ESTIMADO DE
NUEVOS CASOS DE TB EN
PERSONAS SEROPositIVAS
QUE RECIBIERON
TRATAMIENTO PARA LA TB
Y EL VIH**

TRATAMIENTO PARA LA TUBERCULOSIS Y EL VIH

	2007		2009	
	Adultos tratados	Porcentaje de pacientes tratados	Adultos tratados	Porcentaje de pacientes tratados
San Vicente y las Granadinas	4	100	3	27
Santo Tomé y Príncipe	0	²	10	77
Senegal	319	15	259	6
Seychelles	11	100	2	100
Eslovaquia			0	0
Eslovenia	0	²		
Somalia	14	2	59	3
Sudáfrica	159 382	50 ³	42 576	42
Sri Lanka			3	10
Sudán			823	8
Suriname			15	60
Suecia			57	100
República Árabe Siria			0	
Tayikistán	6	8	52	14
Tailandia	2260	23 ¹	4151	26
ex República Yugoslava de Macedonia	2	²		
Togo	44	2 ¹	94	4
Trinidad y Tobago			6	6
Túnez			11	55
Turquía	47	²		
Uganda			18 062	60
Ucrania	411	15	740	21
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte			310	100
República Unida de Tanzania	188	12	5918	30
Uruguay	20	25	18	18
Venezuela			81	22
Viet Nam	390	15	1818	28
Yemen			25	
Zambia	21103	35	6951	41

¹ Estimación del denominador facilitado por la OMS (*Global TB Control Report, 2008*).

² No se dispone de denominador.

³ El denominador es el número total de casos de TB registrados en 2007.

⁴ Para Mauritania, se dispone de datos para un período de 2 años únicamente; por lo tanto, el indicador para 2007 presupone casos con distribución uniforme en cada año. Para la Federación de Rusia, se facilitaron datos de 4 regiones geográficas únicamente: el Óblast de Ulyanovskaya, el Óblast de Saratovskaya, el Óblast de Tverskaya y Altayskiy Kray.

⁵ La recopilación de datos comenzó antes de 2008.

TRATAMIENTO Y PRUEBAS DEL VIH PARA PACIENTES DE TUBERCULOSIS

	Año	Pacientes de TB (nuevos y en retratamiento) con resultado de la prueba de VIH incluido en el registro de TB	Pacientes de TB (nuevos y en retratamiento) registrados como VIH-positivos	Pacientes de TB VIH-positivos que iniciaron o continuaron el tratamiento preventivo con cotrimoxazol (TPC)	Pacientes de TB VIH-positivos que iniciaron o continuaron la terapia antirretroviral (TARV)	Personas registradas como VIH-positivas sometidas a pruebas de detección de TB al menos una vez al año	Personas registradas como VIH-positivas que recibieron profilaxis con isoniazida (tratamiento de la infección latente por TB)
Afganistán	2009	1175	5		5	93	
Albania	2009	211	6	4	6	51	3
American Samoa	2009	4	0	0	0	0	0
Andorra	2009	0	0	0	0	0	0
Angola	2009	2023	306	42	29		
Antigua y Barbuda	2009	4	0	0	0	1	0
Argentina	2009	131	115				
Armenia	2009	521	17	8	6	167	0
Australia	2009	297	15				
Bahamas	2009	46	15	6	9		
Bahrein	2009	256	9	0	1		
Bangladesh	2009	662	36	35	36	57	
Barbados	2009	2	0	0	0		0
Belarús	2009		190				
Belice	2009	89	17	17	17		
Benin	2009	3845	629				
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2009	1105	38	8	29		
Bosnia y Herzegovina	2009						
Botswana	2009	6128	4036	1467	1467	159 112	11 732
Brasil	2009	39 744	8668		7935	8668	
Burkina Faso	2009	4817	981	959	503		
Burundi	2009	2857	1305	617	423	768	617
Camboya	2009	28 246	3597	1081	526		66
Camerún	2009	18 677	7494	0	0	18 677	0
Cabo Verde	2009	282	57				0
República Centroafricana	2009	3749	1230	808	427		0
Chad	2009	0	0	0	0	0	0
China	2009	63 227	2511	2176	1072		
China, Hong Kong SAR	2009	3993	40	9	11	606	78
China, Macao SAR	2009	336	1	0	0	17	1
Colombia	2009	5031	1018		237		
Comoras	2009	117	0	0	0	1	0
Congo	2009	205	99	99	99		
Islas Cook	2009	0	0	0	0	0	0
Costa Rica	2009	476	41			41	
Côte d'Ivoire	2009	17 253	5207	3674	1633	88	0
Cuba	2009	687	3	0	3	1249	1561
República Popular Democrática de Corea	2009	0	0	0	0	0	0
Congo, República Democrática del	2009	20 630	4173	1435	656	5161	0
Djibouti	2009	1819	197	0	152		
Dominica	2009	4	1	0	1	12	2
Ecuador	2009	2262	443		443		
Egipto	2009	3204	11	11	11	89	1
El Salvador	2009	1650	204	58	71	67	97
Guinea Ecuatorial	2009	720	121	0	0		
Estonia	2009	380	39	0	21		0

Datos complementarios recibidos de la Organización Mundial de la Salud, obtenidos a través de los informes anuales de los programas nacionales de tuberculosis

TRATAMIENTO Y PRUEBAS DEL VIH PARA PACIENTES DE TUBERCULOSIS

	Año	Pacientes de TB (nuevos y en retratamiento) con resultado de la prueba de VIH incluido en el registro de TB	Pacientes de TB (nuevos y en retratamiento) registrados como VIH-positivos	Pacientes de TB VIH-positivos que iniciaron o continuaron el tratamiento preventivo con cotrimoxazol (IPC)	Pacientes de TB VIH-positivos que iniciaron o continuaron la terapia antirretroviral (TARV)	Personas registradas como VIH-positivas sometidas a pruebas de detección de TB al menos una vez al año	Personas registradas como VIH-positivas que recibieron profilaxis con isoniazida (tratamiento de la infección latente por TB)
Etiopia	2009	56 040	11 098	7516	4515	24 112	2403
Fiji	2009	144	0	0	0	30	0
Polinesia francesa	2009	12	0	0	0		0
Gabón	2009	1130	667	348	348		
Gambia	2009	2045	326		35	1238	
Ghana	2009	9870	2218	1601	531	10 730	0
Granada	2009	5	1	1	1	1	0
Guam	2009	63	0	0	0	7	0
Guatemala	2009	1920	342	342	342	525	250
Guinea	2009	5444	1288	520	84		
Guyana	2009	562	156	116	87	893	162
Honduras	2009	1619	192	192	170	764	96
India	2009	258 037	31 058			280 903	
Indonesia	2009	2782	479		201	2812	0
Irán, República Islámica del	2009	700	223	28	47	11 400	418
Iraq	2009	6121	1	1	0	7	0
Israel	2009	20	20		8	20	
Jamaica	2009	96	29				
Jordania	2009	387	0	0	0	15	2
Kenya	2009	96 676	42 294	38 989	14 250	14 116	
Kiribati	2009	152	0	0	0		
Kuwait	2009	933	4	4	4	11	0
Kirguistán	2009	6615	88		12		58
Rep. Democrática Popular Lao	2009	686	179	159			
Letonia	2009	830	73		44		0
Libano	2009	298	25	25	25	97	19
Lesotho	2009	10 563	8084	7636	2235		
Liberia	2009	5964	72	30	35	0	0
Libyan Arab Jamahiriya	2009	950	144			148	
Lituania	2009		14				
Malawi	2009	19 289	13 329	12 748	6185	0	0
Malasia	2009	15 192	1644	164	164	2156	0
Mali	2009	3760	585	263	61		0
Malta	2009	30	4				
Islas Marshall	2009	98	2	0	2	4	0
Mauritania	2009	199	23				
Mauricio	2009	110	7	7	5	210	0
México	2009	4196	945	945	216	2368	676
Micronesia, Estados Federados de	2009	49	0	0	0	0	0
Mónaco	2009						
Mongolia	2009	3993	0	0	0	53	0
Montenegro	2009	91	0	0	0	1	0
Montserrat	2009						
Marruecos	2009	77	0	0	0	4972	0
Mozambique	2009	38 087	25 056	22 183	5622	24 330	2429
Myanmar	2009	4174	1015	981	681	489	333
Namibia	2009	9849	5676	5192	1995	87 529	17 737
Nauru	2009					0	0

TRATAMIENTO Y PRUEBAS DEL VIH PARA PACIENTES DE TUBERCULOSIS

Año	Pacientes de TB (nuevos y en tratamiento) con resultado de la prueba de VIH incluido en el registro de TB	Pacientes de TB (nuevos y en tratamiento) registrados como VIH-positivos	Pacientes de TB VIH-positivos que iniciaron o continuaron el tratamiento preventivo con cotrimoxazol (TPC)	Pacientes de TB VIH-positivos que iniciaron o continuaron la terapia antirretroviral (TARV)	Personas registradas como VIH-positivas sometidas a pruebas de detección de TB al menos una vez al año	Personas registradas como VIH-positivas que recibieron profilaxis con isoniazida (tratamiento latente por TB)
Nueva Zelanda	2009	137	4			
Nicaragua	2009	1081	30	30	30	60
Niger	2009	2424	300			
Nigeria	2009	64 246	16 813	7730	5486	195 112
Niue	2009	0	0	0	0	0
Îles Mariannes du Nord	2009	32	0	0	0	1
Omán	2009	334	3	3	3	116
Pakistán	2009	4714	7	7	7	2917
Palau	2009	19	0	0	0	0
Panamá	2009	1494	107		107	196
Papua Nueva Guinea	2009	1305	196			
Paraguay	2009	239	133	0	72	273
Perú	2009	11 893	697		121	1361
Filipinas	2009	1136	1	0	0	1
Puerto Rico	2009	59	8	3	3	4
Qatar	2009	619	0	0	0	5
Rumania	2009	5755	209		169	188
Fédération de Russie	2009	204 624	7442		1448	235 753
Rwanda	2009	7448	2529	2329	1239	12 152
Saint Kitts y Nevis	2009	4	0	0	0	
Santa Lucía	2009	11	4		4	
San Vicente y las Granadinas	2009	13	7		1	1
Samoa	2009	0	0	0	0	
San Marino	2009					
Santo Tomé y Príncipe	2009	79	10	10	3	10
Arabia Saudita	2009	1929	49			
Senegal	2009	6906	455	386	123	0
Seychelles	2009	15	3	3	2	52
Sierra Leona	2009	8625	987			
Singapur	2009	1121	52			
Islas Salomón	2009	0	0	0	0	8
Somalia	2009	698	96	89	7	0
Sudáfrica	2009	197 448	114 523	80 954	48 314	433 662
Sudán	2009	16 168	692	296	375	1482
Suriname	2009	154	49	6	25	
Swazilandia	2009	8272	6895			
Tayikistán	2009	3714	49	0	22	435
Tailandia	2009	49 955	8202	5930	4151	25 172
ex República Yugoslava de Macedonia	2009	43	0	0	0	12
Timor-Leste	2009	108	0	0	0	12
Togo	2009	1429	357		94	0
Tonga	2009	8	0	0	0	1
Trinidad y Tobago	2009	306	95	22	17	335
Túnez	2009	130	2	0	2	35
Tuvalu	2009	0	0	0	0	0
Uganda	2009	31 695	17 131	14 731	3766	57 679
Ucrania	2009		3380		915	

TRATAMIENTO Y PRUEBAS DEL VIH PARA PACIENTES DE TUBERCULOSIS

Año	Pacientes de TB (nuevos y en retratamiento) con resultado de la prueba de VIH incluido en el registro de TB	Pacientes de TB (nuevos y en retratamiento) registrados como VIH-positivos	Pacientes de TB VIH-positivos que iniciaron o continuaron el tratamiento preventivo con cotrimoxazol (TPC)	Pacientes de TB VIH-positivos que iniciaron o continuaron la terapia antirretrovírica (TARV)	Personas registradas como VIH-positivas sometidas a pruebas de detección de TB al menos una vez al año	Personas registradas como VIH-positivas que recibieron profilaxis con isoniazida (tratamiento de la infección latente por TB)	
República Unida de Tanzania	2009	56 162	21 031	19 007	6639	5526	153
Estados Unidos de América	2009	7032	703				
Uruguay	2009	666	109	0	18		
Uzbekistán	2009	21 453	357	89	37	3022	1056
Vanuatu	2009	11	0	0	0	3	0
Venezuela (República Bolivariana de)	2009	4856	487	0	102	30 158	102
Viet Nam	2009	34 907	5934	5265	354	7092	1500
Islas de Wallis y Futuna	2009	9	0	0	0	0	0
Cisjordania y Franja de Gaza	2009	35	0	0	0	0	0
Yemen	2009						
Zambia	2009	34 992	23 584	15 041	10 009		
Zimbabwe	2009	28 006	21 967				

**PORCENTAJE DE NIÑOS
HUÉRFANOS Y VULNERABLES
DE 0 A 17 AÑOS CUYOS
HOGARES RECIBIERON UNA
AYUDA EXTERNA BÁSICA Y
GRATUITA PARA EL CUIDADO
DEL NIÑO**

	2005		2007	
	Año de encuesta	Cobertura	Año de encuesta	Cobertura
Angola				
Barbados				
Benin			2006	69 ¹
Botswana	2004	34		
Burkina Faso			2007	5 ¹
Burundi			2006	50 ¹
Côte d'Ivoire			2006	9 ¹
Camerún			2006	9
República Centroafricana			2006	20 ²
Chad				
Congo, República Democrática del				
Costa Rica			2006	100 ¹
Croacia			2007	100 ¹
Cuba				
Congo, República Democrática del				
Djibouti				
República Dominicana			2007	4 ¹
Eritrea			2007	
Etiopia	2004	4	2004	4
Finlandia				99
Gabón			2007	10
Ghana			2006	2 ¹
Guinea			2007	17 ¹
Guinea-Bissau			2006	8
Haiti			2006	5
Honduras				
Indonesia				
Kenya		10		
Lesotho	2004	25		
Madagascar	2003	7		
Malawi			2006	53 ²
Mali	2005	39	2007	45 ¹
Mozambique				
Namibia			2007	17
Nigeria			2007	10 ¹
Rwanda			2005	13
Santa Lucía			2007	69 ¹
San Vicente y las Granadinas				
Senegal			2007	44 ¹
Seychelles			2006	100 ¹
Sierra Leona			2005	1
Sudáfrica			2007	67 ¹
Swazilandia			2007	41
Togo		10	2006	60 ²
Turquía			2006	100 ¹
Uganda			2006	11
República Unida de Tanzania			2006	51 ¹
Zambia	2005	13	2007	16
Zimbabwe			2006	31

Indicador 10 del UNGASS
Indicador 6a de los ODM

2009		ÚLTIMAS EDS (O MICS) ³	
Año de encuesta	Cobertura	Año de encuesta	Cobertura
2009	17		
2009	100		
2009	7		
2008	31		
2008	5		
2009	7		
2009	27	2005	9
2009	16		
2006	7	2006	7
2009	35		
2009			
2009	100		
2007	9	2007	9
2009	14		
2008	37		
2004	3		
2009	100		
2010	20		
2008	7		
2009	17		
2005	5	2005	5
2009	0		
2007	13		
2007	21		
2010			
2006	19		
2009	17		
2008	22		
2006	17	2006	17
2008	6	2008	6
2005	13	2005	13
2009	83		
2008			
2007	43		
2005	1		
2009	75		
2006	41	2007	41
2007	60		
2010		2006	11
2008	16		
2006	16	2007	16
2009	21	2005-06	28

¹ Metodología no armonizada con las directrices del UNGASS 2008

² Difiere del valor facilitado por el UNICEF

³ Encuesta de Demografía y Salud (o encuesta basada en indicadores múltiples).

**RAZÓN HUÉRFANOS-NO
HUÉRFANOS DE 10 A
14 AÑOS QUE ASISTEN A
LA ESCUELA**

ASISTENCIA ESCOLAR DE HUÉRFANOS

	2003		2005		2007		2009	
	Razón	Año de encuesta	Razón	Año de encuesta	Razón	Año de encuesta	Razón	Año de encuesta
Angola	0,90			2001	0,90	2009	0,87	
Argentina				2005	1,03			
Bahamas						2009	1,00	
Belice						2006	0,66	
Benin				2006	0,85	2009	0,00	
Bolivia				2003	0,74 ¹			
Botswana	0,99							
Burkina Faso				2007	0,87	2007	1,15	
Burundi	0,70			2005	0,85			
Côte d'Ivoire	0,83			2005	1,21 ³	2009	0,69	
Camboya				2006	0,83	2005	0,83	
Camerún	0,94			2006	0,89	2006	0,91	
República Centroafricana	0,91			2006	0,96	2006	0,97	
Chad	0,96			2004	1,03	2004	1,17	
Colombia				2005	0,85 ¹			
Comoras	0,59							
Congo, República Democrática del				2005	1,12	2009	0,88	
Croacia				2007	1,00			
Cuba				2005	1,00	2009	1,00	
Congo, República Democrática del	0,72			2007	0,77 ¹	2007	0,77	
República Dominicana						2006	0,71	
Guinea Ecuatorial	0,95							
Eritrea				2002	0,83 ¹			
Etiopía	0,60			2004		2004	0,90	
Finlandia					>0,99			
Gabón	0,98			2007	1,14	2010	0,84	
Gambia	0,85			2006	0,87			
Ghana	0,93			2006	1,04 ⁴	2008	0,76	
Guinea	1,13			2005	0,73 ¹			
Guinea-Bissau	1,03			2006	0,97			
Guyana				2005	0,95 ¹			
Haití				2000	0,87 ¹	2005	0,86	
Honduras						2005	1,08	
India				2006	0,72 ¹			
Indonesia				2002	0,84 ¹	2007	0,94	
Irán, República Islámica del						2008	0,81	
Japón						2008	1,00	
Kenya	0,74	2005	0,97	2003	0,95 ¹	2007	1,05	
Lesotho	0,87			2007	0,95			
Madagascar	0,65	2003	0,80	2004	0,83	2009	1,00	
Malawi	0,93	2004	0,97			2006	0,97	
Malí	0,72					2006	0,87	
Mauritania						2007	0,72	
Moldova						2010	0,52	
Mozambique	0,47			2004	0,80	2008	0,91	
Namibia	0,92	2005	0,97	2007	1,00	2006	1,01	
Nicaragua				2007	0,88			
Niger	1,07			2006	0,67	2006	0,66	

Indicador 12 del UNGASS
Indicador 6a de los ODM

RAZÓN HUÉRFANOS-NO HUÉRFANOS DE 10 A 14 AÑOS QUE ASISTEN A LA ESCUELA

ASISTENCIA ESCOLAR DE HUÉRFANOS

	2003		2005		2007		2009	
	Razón	Año de encuesta	Razón	Año de encuesta	Razón	Año de encuesta	Razón	Año de encuesta
Nigeria	0,87				2007	0,86	2008	1,17
Papua Nueva Guinea					2007	0,86	2006	0,86
Rwanda	0,80				2005	0,82	2005	0,82
Santa Lucía					2007	1,76 ²	2009	1,38
San Vicente y las Granadinas							2008	1,00
Senegal	0,74				2007	1,25 ²		
Sierra Leona	0,71				2005	0,83	2008	0,62
Somalia	0,65				2006	0,78		
Sudáfrica	0,95				2007	0,81 ²	2008	0,99
España							2007	0,00
Sudán	0,96						2006	0,80
Swazilandia	0,91				2007	0,97	2006	0,97
Tailandia					2006	0,93	2005	0,99
Togo	0,96				2007	0,94	2007	0,96
Turquía					2007	0,70 ²		
Uganda	0,95				2000	0,95	2010	0,00
República Unida de Tanzania	0,74				2007	0,64	2008	
Zambia	0,87	2005	0,17	2005	2005	1,02 ²	2006	0,92
Zimbabwe	0,85				2006	0,95		

¹ Valor de la Encuesta de Demografía y Salud proporcionado por MEASURE DHS (www.measuredhs.com).

² El método de recopilación de datos difiere de la metodología que recomienda el UNGASS.

³ Difiere del valor provisto por el UNICEF.

⁴ Encuesta basada en indicadores múltiples (MICS) con denominadores pequeños, por lo general casos no ponderados de 25 a 49.

**PORCENTAJE DE ESCUELAS
QUE IMPARTIERON
EDUCACIÓN SOBRE EL VIH
BASADA EN LAS APTITUDES
PARA LA VIDA DURANTE EL
ÚLTIMO AÑO ACADÉMICO**

	2007	2009
Afganistán		1
Angola	1	
Antigua-et-Barbuda	13	100
Argentina		3
Azerbaiyán	19	100
Bahamas	72	78
Bangladesh		0
Barbados	41	85
Belarús	79	13
Belice		38
Bosnia y Herzegovina	24	
Botswana	100	100
Brasil		63 ¹
Bulgaria	6	17
Burkina Faso	1	10
Burundi	64	66
Côte d'Ivoire	1	2
Camboya	26	34
Camerún		6 ¹
Cabo Verde	100	100
República Centroafricana	15	27
Chad	4	75
Comoras	15	27
Congo, República Democrática del	82	63
Costa Rica	100	100
Croacia	5	5
Cuba	71	94
República Checa		59
Congo, República Democrática del	0	68
Djibouti		38
Dominica	100	100
República Dominicana	1	8
Ecuador		63
El Salvador	4	100
Eritrea	26	31
Etiopía	70	38
Finlandia	95	100
Gabón	35	35 ¹
Gambia	33	
Alemania	50	¹
Ghana	58	79
Granada	0	94
Guatemala		2
Guinea		82
Guyana		62
Haití		13

Indicador 11 del UNGASS

	2007	2009
Honduras	39	11
India		31
Indonesia	10	
Irán, República Islámica del	0	
Jamaica	24	44
Japón	72	100
Kazajstán		81
Kenya		100
Kirguistán		84
República Democrática Popular Lao	32	74
Lesotho		88
Liberia		2
Luxemburgo		100
Malasia		0 ¹
Mali		49
México	27	
Moldova	93	0
Montenegro		27
Namibia	79	
Nepal	6	8
Nicaragua	8	88
Niger	8	82
Nigeria	34	23
Omán		100
Pakistán	6	
Papua Nueva Guinea	25	100
Portugal		100 ¹
Rumania	64	67
Federación de Rusia	82	92
Saint Kitts y Nevis		45
Santa Lucía	91	59
San Vicente y las Granadinas	87	100
Santo Tomé y Príncipe	100	
Serbia	1	
Seychelles	100	100
Singapur		100
Sudáfrica	96	100
Sudán		13
Suriname		0
Swazilandia	51	85
Suecia		100
Tayikistán		5
Timor-Leste		0
Togo	0	0
Turquía	100	

	2007	2009
Tuvalu		100
Ucrania	57	59
Uruguay		90
Uzbekistán		100
Vanuatu		8
Venezuela		100
Viet Nam		34
Yemen		4
Zambia	60	
Zimbabwe	100	100

¹ La recopilación de datos comenzó antes de 2008.

**MUJERES Y VARONES
JÓVENES DE 15 A 24 AÑOS DE
EDAD QUE IDENTIFICAN LAS
FORMAS DE PREVENIR LA
TRANSMISIÓN SEXUAL DEL
VIH Y QUE RECHAZAN LOS
PRINCIPALES CONCEPTOS
ERRÓNEOS**

	2003	2005		
	Mujeres 15-24	Año de encuesta	Varones 15-24	Mujeres 15-24
Albania	<1			
Algeria				
Angola			43	35
Antigua y Barbuda				
Argentina				
Armenia				
Azerbaiyán	2			
Bangladesh				
Barbados				
Belarús				
Belice				
Benin			11	8
Bolivia	22			
Bosnia y Herzegovina				
Botswana	28			
Brasil				
Bulgaria				
Burkina Faso				
Burundi	24	2004	4	4
Côte d'Ivoire	16			
Camboya	37			
Camerún	16	2004	34	27
Cabo Verde				
República Centroafricana	5			
Chad	5			
Chile				
China				
Colombia				
Comoras	10			
Congo, República Democrática del				
Costa Rica				
Croacia				
Cuba	52			
Chipre				
Congo, República Democrática del				
Djibouti				
República Dominicana	33			
Ecuador				
Egipto				
El Salvador				
Guinea Ecuatorial	4			
Eritrea				
Estonia				
Etiopía				
Gabón				
Gambia	15			
Georgia				
Alemania				
Ghana		2003	40	36
Grecia				

Indicador 13 del UNGASS
Indicador 6a de los ODM

2007				2009				ÚLTIMAS EDS (O MICS) ¹		
Año de encuesta	Varones 15-24	Mujeres 15-24	Ambos sexos 15-24	Año de encuesta	Varones 15-24	Mujeres 15-24	Ambos sexos 15-24	Año de encuesta	Varones	Mujeres
				2008	22	36				
2006		16	16	2006		16				
2006	25	21	23	2009	32	25	28			
2005			48							
2005	83	89	86	2008			93	2005	15%	23%
2007	42	34	36					2006	5%	5%
				2006	5	5	5			
2005	24	21	22	2008	22	13	18			
				2009	52	49	50			
2007	70	65	68	2009	68	72	70			
2006	26	26	26	2009	47	53	50			
2006	35	16	20	2008	34	34	34	2006	35%	16%
				2008	28	30	24	2008	28%	25%
2006		44								
				2008	39	45	42			
2006	18	21	19	2008	53	50	52			
2007	45	46	45	2009	21	25	23			
2005		31		2008	29	21	25	2003	23%	15%
2005	28	18	22	2007	45	39	35			
2006	45	49	47	2009	17	13	15	2005	28%	18%
2006		32	32	2005	45	50	48	2005	45%	50%
2005	37	38	38	2004	35	27	30	2004	35%	27%
				2009	65	68	67	2005	36%	36%
2006	31	22	24	2006	26	17	20	2006	27%	17%
2004	20	8	11	2004	20	8	11	2004	20%	8%
2007				2009	78	85	82			
2007	50	55	42	2008			85			
								2005		
2005	22	10	13	2009	22	8	14	2009	22%	8%
2006	43	42	42							
2006	16	25	20							
2006	55	61	58	2008						
2007	10	11	10							
				2007	21	15	17	2007	21%	15%
2006	29	22	26	2008	23	18	21			
2007	34	41	37	2007	34	41	37	2007	34%	41%
2006	31	27	29							
				2007	18	5	11			
				2008		27				
				2006			2			
				2008	77	78	77	2002		37%
2007	28	37	32	2007	28	37	32			
2005	33	21	24	2005	33	21		2005	33%	21%
2007	58	60	59	2010	58	53	55			
2005	34	25	29							
2005		4								
2007				2009						
				2008	34	28		2008	34%	28%
2007	27	23	25	2009	27	50	38			

**MUJERES Y VARONES
JÓVENES DE 15 A 24 AÑOS DE
EDAD QUE IDENTIFICAN LAS
FORMAS DE PREVENIR LA
TRANSMISIÓN SEXUAL DEL
VIH Y QUE RECHAZAN LOS
PRINCIPALES CONCEPTOS
ERRÓNEOS**

	2003	2005		
	Mujeres 15-24	Año de encuesta	Varones 15-24	Mujeres 15-24
Granada				
Guatemala				
Guinea				
Guinea-Bissau	8			
Guyana	36			
Haití	14			
Honduras				
India				
Indonesia	7			
Irán, República Islámica del				
Jamaica				
Japón				
Kazajstán				
Kenya	26	2005	80	58
Kirguistán				
Letonia				
Lesotho	18			
Liberia				
Lituania				
Madagascar		2003	16	19
Malawi	34	2005	36	24
Malasia				
Mali				
Islas Marshall				
Mauritania				
Mauricio				
México				
Micronesia				
Moldova	19			
Mongolia	32	2005	3	5
Montenegro				
Marruecos				
Mozambique				
Myanmar				
Namibia				
Nepal				
Nicaragua				
Niger	5			
Nigeria				
Noruega				
Omán				
Palau				
Panamá				
Papua Nueva Guinea				
Perú				
Filipinas				
Federación de Rusia				
Rwanda	23			
Saint Kitts y Nevis				
Santa Lucía				

2007				2009				ÚLTIMAS EDS (O MICS) ¹		
Año de encuesta	Varones 15-24	Mujeres 15-24	Ambos sexos 15-24	Año de encuesta	Varones 15-24	Mujeres 15-24	Ambos sexos 15-24	Año de encuesta	Varones	Mujeres
2006	43	40	41							
2002	10	9	9	2008	24	22	23			
2007	20	12	16	2009	23	20	22	2005	23%	17%
2006		18		2008	13	13	13			
2005	34	44	39	2008			46	2005	47%	53%
2006	40	32	35	2005	40	34	35	2005	40%	34%
2005	39	89	77	2005		30		2005-06		30%
2006	33	24	28	2009	44	35	40	2005-06	36%	20%
				2007	14	15	14			
				2008	15	17	16			
2004	23	47	35	2008	38	43	40			
2004				2008						
2007	18	20	19	2008	29	32	30			
				2008	55	48		2003	47%	34%
2006	30	33	32	2009	33	37	35			
2007	3	3	3							
				2009				2004	19%	27%
				2006	67	57	62	2007	27%	21%
				2009	50	34	41			
2006	46	45	45	2008	57	54		2003-04	16%	19%
				2006	42	42	42	2004	36%	24%
				2008			23			
2006	22	18	20	2006	59	54	55	2006	22%	18%
2006	8	4	6	2007	39	27	32	2007	39%	27%
				2007	14	5	7			
2004			22							
2002	18	18		2006-07						
2006	26	27	26	2008	39	42	41	2005	na	na
2005	17	15	16	2009	19	16	18			
2006				2007						
2007				2007				2003	na	12%
2004	39	25	28					2009	34%	36%
				2007	47	48	48			
2007	62	65	63	2006	62	65		2006	62%	65%
2006	44	28	32	2006	44	28	32	2006	44%	28%
2007		81	81					2001		22%
2006	16	13	14	2006	16	13	14	2006	16%	13%
2005	25	20	23	2007	27	21	24	2008	33%	22%
				2008	66	67	65			
				2007	4	4	4			
2006		27		2008	0	27	27			
				2009	12	15	14			
				2007	26	17	22			
2006			55	2008	28	20	23	2007		19%
								2008		21%
2007	33	35	34	2009	35	39	37			
2005	54	51	52	2005	54	51	52	2005	54%	51%
2006			52	2005			52			
2006	61	57	59	2005	61	57	60			



**MUJERES Y VARONES
JÓVENES DE 15 A 24 AÑOS DE
EDAD QUE IDENTIFICAN LAS
FORMAS DE PREVENIR LA
TRANSMISIÓN SEXUAL DEL
VIH Y QUE RECHAZAN LOS
PRINCIPALES CONCEPTOS
ERRÓNEOS**

	2003	2005		
	Mujeres 15-24	Año de encuesta	Varones 15-24	Mujeres 15-24
San Vicente y las Granadinas				
Samoa				
Santo Tomé y Príncipe	11			
Senegal				
Serbia				
Seychelles				
Sierra Leona	16			
Singapur				
Islas Salomón				
Somalia		2004	13	8
Sudáfrica	20			
España				
Sri Lanka				
Sudán				
Suriname	27			
Swazilandia	27			
Suecia				
Tayikistán				
Tailandia				
ex República Yugoslava de Macedonia				
Timor-Leste				
Togo	20			
Tonga				
Trinidad y Tobago	33			
Túnez				
Turquia				
Turkmenistán				
Tuvalu				
Uganda	28			
Ucrania				
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte				
República Unida de Tanzania	26			
Uruguay				
Uzbekistán	3			
Vanuatu				
Viet Nam	25			
Zambia	26	2005	46	41
Zimbabwe		2003	56	54

¹ Encuesta de Demografía y Salud (o encuesta basada en indicadores múltiples)

2007				2009				ÚLTIMAS EDS (O MICS) ¹		
Año de encuesta	Varones 15-24	Mujeres 15-24	Ambos sexos 15-24	Año de encuesta	Varones 15-24	Mujeres 15-24	Ambos sexos 15-24	Año de encuesta	Varones	Mujeres
2006	59	40	49	2008	59	40	49			
2006				2008				2008-09	43%	43%
2005	24	19	22	2008				2005	24%	19%
2006	20	21	20	2005	24	19	23			
2006	20	21	20	2006	20	21	20			
2003	59	67	63							
2007				2008	28	17		2008	28%	17%
2007	15	20	17							
				2008						
2006		4	4	2006		4				
				2008	30	27	29			
				2008						
2007	10	7	8	2006		17				
				2006		7	7			
2006		41	41	2006		41				
2007	52	52	52	2006	52	52	52	2007	52%	52%
				2009	59	61	60			
2007	11	11	11	2008	11	9	10			
2006	47	33	40	2006	44	30	37			
2007	19	26	22	2007	18	25	22			
				2008	21	36				
2007	59	44	51	2007	59	44	51			
				2008						
2007			56							
	26	29	27	2009	5	11	8			
2007	35	39	37							
								2000		3%
2005				2007	61	39	48			
2006	38	32	33	2010				2006	38%	32%
2007	39	42	40	2009	40	41	40	2007	43%	45%
				2007			65			
				2008	42	39	40	2007-08	42%	39%
2007	52	48	50	2008	23	44	34			
				2009	14	11	13			
				2008						
2005	50	42	46	2009	44	41	42	2005	50%	42%
2007	37	34	35	2007	37	34	35	2007	37%	34%
2006	46	44	45	2009	53			2005-06	46%	44%

A2

**PORCENTAJE DE MUJERES
Y VARONES JÓVENES DE
15 A 24 AÑOS QUE TUVIERON
RELACIONES SEXUALES
ANTES DE LOS 15 AÑOS**

		2005 ¹	
		Varones	Mujeres
		15-24	15-24
Año de encuesta			
	Albania		
	Angola	47	24
	Antigua y Barbuda		
	Argentina		
	Armenia		
	Azerbaiyán		
	Bahamas		
	Bangladesh		
	Barbados	36	26
	Belarús		
	Belice		
	Benin	16	9
	Bolivia		
	Bosnia y Herzegovina		
	Botswana		
	Brasil		
	Bulgaria		
	Burkina Faso		
	Burundi	14	6
	Côte d'Ivoire	2004	13 15
	Camboya	<1	<1
	Camerún	2004	23 35
	Cabo Verde		
	República Centroafricana	2004	10 10
	Chad		
	Chile		
	Colombia		
	Comoras		
	Congo, República Democrática del	2003	10 10
	Costa Rica		
	Cuba		
	Chipre		
	República Checa		
	Congo, República Democrática del		
	Djibouti		
	República Dominicana		
	Ecuador		
	El Salvador		
	Eritrea		
	Estonia		
	Etiopía	40	42
	Fiji		
	Finlandia		
	Gabón		
	Gambia		
	Georgia		
	Alemania		
	Ghana		
	Grecia		
	Granada		
	Guatemala		

Indicador 15 del UNGASS

2007 ¹				2009 ¹				ÚLTIMAS EDS (O MICS) ²		
Año de encuesta	Varones 15-24	Mujeres 15-24	Ambos sexos 15-24	Año de encuesta	Varones 15-24	Mujeres 15-24	Ambos sexos 15-24	Año de encuesta	Varones	Mujeres
				2008	1	1				
2006	36	28	32	2009	37	23	30			
2006			25							
2005	27	19	23	2008			19	2005	3	0
2007	11	<1	3					2006	1	1
				2006	1	1				
				2009	70	41	58			
2005	4	1	2	2008	12	31	24	2007	1	
				2009	22	16	20			
2007	8	4	5	2009	7	2	4			
2006	11	6	9	2009	11	5	8			
2006	13	12	12		22	13	17	2006	13	12
				2008	13	7	8	2008	13	7
2006		1		2009	17		18			
				2008	5	3	4			
				2008	41	29	35			
2006	13	7	10	2009	11	5	8			
2007	3	7	6	2008	9	7	8	2003	4	7
2005		3		2007	5	3	4			
2005	15	19	18	2009			21	2005	15	19
2006	<1	1	1	2005	0	1	1	2005	0	1
2006		14		2004	23	35	31	2004	11	20
2005	41	24	30	2009	26	13	26	2005	41	24
				2006	36	52	48	2006	13	25
2006	20	33	30	2004	10	26		2004	10	26
2004	19	39	35	2009	13	8	11			
2006	12	6	9					2005		13
2007			37	1996	16	8	10			
					25	20	22	2009	25	20
2005	27	24	24							
2006	15	7	11	2008	32	15	24			
2006	33	15	24							
2007	15	1	8	2008	3	4	3			
				2007	18	18	18	2007	18	18
2006	31	23	28	2008	11	2	7			
				2007	24	15	19	2007	24	15
2007	24	33	29							
2004		10		2008		11				
2003	54	21	27					2002		13
				2007	11	11	11			
2007	10	11	10	2005	2	16		2005	2	16
2005	2	16	12							
2007			50	2009	27	30	28			
				2010	28	8	15	2000	42	24
2007	38	14	25							
2006		5								
2005		2	2	2005	12	14	13			
2006	10	12	11	2008	4	8		2008	4	8
				2009	22	10	16			
2007	35	7	24							
2006	32	20	25	2008	16	8	11	1999		10
2002	20	9	11							

**PORCENTAJE DE MUJERES
Y VARONES JÓVENES DE
15 A 24 AÑOS QUE TUVIERON
RELACIONES SEXUALES
ANTES DE LOS 15 AÑOS**

	2005 ¹		
	Año de encuesta	Varones	Mujeres
		15-24	15-24
Guinea	2005	16	18
Guinea-Bissau			
Guyana			
Haití			
Honduras			
India			
Indonesia			
Irán, República Islámica del			
Jamaica			
Japón			
Kazajstán			
Kenya	2005	20	17
Kirguistán			
Letonia			
Líbano			
Lesotho	2004	27	14
Liberia			
Lituania			
Luxemburgo			
Madagascar	2003	22	31
Malawi			
Malasia			
Mali			
Malta			
Islas Marshall			
Mauritania			
Mauricio			
México			
Micronesia, Estados Federados de			
Moldova	2005	34	24
Mongolia	2005	3	<1
Montenegro			
Marruecos			
Mozambique			
Myanmar			
Namibia			
Nepal			
Nicaragua			
Niger			
Nigeria	2005	5	15
Noruega			
Pakistán			
Palau			
Panamá			
Papua Nueva Guinea			
Paraguay			
Perú			
Filipinas			
Portugal			
Rumanía			
Federación de Rusia	2004	17	8

2007 ¹				2009 ¹				ÚLTIMAS EDS (O MICS) ²		
Año de encuesta	Varones 15-24	Mujeres 15-24	Ambos sexos 15-24	Año de encuesta	Varones 15-24	Mujeres 15-24	Ambos sexos 15-24	Año de encuesta	Varones	Mujeres
2007	20	31	25	2009	25	29	26	2005	17	22
2006		22		2008	26	16	21			
2005	30	12	21	2009	19	10	14	2009		
2006	43	15	23	2005	43	15	23	2005	43	15
2005	19	11	13	2006	19	11	13	2005-06		11
2006	2	4	3	2009	2	10	0	2005-06	2	10
				2007	0	0	0	2007		
				2007	7	1	4			
2005				2008	57	16	36			
2004										
2004	8	9	9							
2007	20	3	9	2008	7	0	4			
2003	29	14	21	2008	22	11		2003	29	14
2007	9	<1	5	2009	6	0	3			
2007	16	9	12							
2004			4	2004			4			
2005	12	6	8					2004	13	6
				2006	8	17	13	2007	9	17
2006	22	10	16	2008	18	7	13			
				2006	18	15	16			
2006	33	39	36	2009	9	18		2003-04	9	15
2006				2004	14	15	15	2004	14	15
				2001			5			
2006	5	25	6	2006	5	25	21	2006	5	25
				2009	7	6	7			
2006	17	10	14	2007	27	14	19	2007	27	14
2007		14	14	2007		14	14			
2004	3	1	2	2008	10	5	7			
2005	4	4	4	2005	4	4	4			
				2006			22			
2006	8	1	4	2008	13	1	7	2005	9	1
2005	3	<1	1	2009	2	0	1			
2007	4	2	3	2007						
2007	8	1	5	2007	8	1	5	1992		0
2004	26	28	28	2009	25	25	25	2009	25	25
				2007	1	1	1			
2007	18	7	12	2006	18	7		2006	18	7
								2006	4	8
2007		14	14					2001		12
2006	8	39	25	2006	5	30		2006	5	30
2005	5	15	10	2007	7	17	12	2008	6	16
				2009	8	10	9			
2006	1	<1								
2006		5		2008	17	15	10			
				2009	30	21	24			
2007	4	4	4	2007	8	7	8			
				2008		64				
2007		6		2008	12	7	8	2007		6
								2008		2
				2008	11	6	8			
2006	17	3	10							
2007	12	3	7	2009	10	3	6			

2007 ¹				2009 ¹				ÚLTIMAS EDS (O MICS) ²		
Año de encuesta	Varones 15-24	Mujeres 15-24	Ambos sexos 15-24	Año de encuesta	Varones 15-24	Mujeres 15-24	Ambos sexos 15-24	Año de encuesta	Varones	Mujeres
2005	13	4	7	2005	13	4	7	2005	13	4
2006	36	10	22	2005	36	10	22			
2006	32	20	26	2005	32	20	26			
2006	31	14	22	2008	31	14	22			
				2008	11	5	9			
2006								2008-09	12	9
2005	12	9	10	2005	12	9	10	2005	12	9
				2006	4	1	2			
2005	25		25	2008	11	25		2008	11	25
2007	3	2	2							
				2008	44	22	29			
2005	5	12	8	2008	11	6	9			
2003	18	11	15	2008	30	18				
2007			3	2006		1				
				2009			41			
2006			8	2006		9				
2007	5	7	6	2006	5	7	6	2007	5	7
2007	15	21	19	2009	19	24	22			
2007	10	7	8	2007	9	7	8			
2006	1	<1	1	2008	1	0	0			
2006	21	5	13	2006	8	1	5			
2007	8	1	5	2007	9	1	5			
2007	13	10	11	2007	13	10	11	1998	0	19
2007			12							
	7	<1	4	2009	52	14	36			
								2000		0
				2007	15	2	7			
2006	12	16	15	2010				2006	12	16
2007	7	3	5	2009	4	0	2	2007	2	1
2001	14	12	13	2001	14	12	13			
2005	10	13	11	2008	10	11	10	2007-08	10	11
2007	25	10	18	2008	44	30	37			
				2009	1	0	1	1996		1
2005	1	<1	<1	2009	0	0	0	2005	0	1
2007	16	14	15	2006	16	13	14	2007	16	14
2006	5	5	5	2007	4	5	5	2005-06	5	5

**PORCENTAJE DE MUJERES
Y HOMBRES DE 15 A 49 AÑOS
QUE EN LOS ÚLTIMOS
12 MESES TUVIERON
RELACIONES SEXUALES
CON MÁS DE UNA PAREJA**

		2003 ¹				
Año		Varones	Mujeres	Ambos sexos		
		15-49	15-49	15-24	25-49	
	Albania					
	Angola					
	Antigua y Barbuda					
	Armenia	2000	9	<1	4	4
	Azerbaiyán					
	Bangladesh					
	Belarús					
	Belice					
	Benin	1996		2		
	Bolivia					
	Bosnia y Herzegovina					
	Botswana					
	Brasil					
	Bulgaria					
	Burkina Faso	1999	13	1	9	6
	Burundi					
	Côte d'Ivoire	1998	33	5	19	19
	Camboya	2000		<1		
	Camerún	1998	41	10	25	25
	Canadá					
	Cabo Verde					
	República Centroafricana					
	Chad	1997	19	1	11	8
	Chile					
	Colombia	2000		3		
	Comoras					
	Congo, República Democrática del					
	Costa Rica					
	Cuba					
	Chipre					
	República Checa					
	Congo, República Democrática del					
	Djibouti					
	República Dominicana	1996	16	2	4	6
	Eritrea					
	Estonia					
	Etiopía	2000	7	1	3	5
	Gabón	2000	24	14	20	18
	Gambia					
	Alemania					
	Ghana					
	Grecia					
	Granada					
	Guatemala					
	Guinea	1999	26	4	15	15
	Guinea-Bissau					
	Guyana					
	Haití	2000	24	1	11	13
	Honduras					
	Hungría					
	India					

Indicador 16 del UNGASS

**PORCENTAJE DE MUJERES
Y HOMBRES DE 15 A 49 AÑOS
QUE EN LOS ÚLTIMOS
12 MESES TUVIERON
RELACIONES SEXUALES
CON MÁS DE UNA PAREJA**

		2003 ¹				
Año		Varones	Mujeres	Ambos sexos		
		15-49	15-49	15-24	25-49	
	Indonesia					
	Irán, República Islámica del					
	Jamaica					
	Japón					
	Kazajstán					
	Kenya	1998	24	3	16	11
	Kirguistán					
	Líbano					
	Lesotho					
	Liberia					
	Lituania					
	Madagascar					
	Malawi	2000	15	1	6	9
	Mali	1996	13			
	Malta					
	Islas Marshall					
	Mauricio					
	México					
	Micronesia, Estados Federados de					
	Moldova					
	Mongolia					
	Marruecos					
	Mozambique					
	Myanmar					
	Namibia	2000	16	2	9	10
	Nepal	2001	3			
	Nicaragua	2001		1		
	Niger	1998	10	1	7	5
	Nigeria					
	Palau					
	Panamá					
	Papua Nueva Guinea					
	Paraguay					
	Perú	1996	23	<1	4	9
	Filipinas					
	Polonia					
	Portugal					
	Federación de Rusia					
	Rwanda	2000	2	<1	1	2
	Saint Kitts y Nevis					
	Santa Lucía					
	San Vicente y las Granadinas					
	Santo Tomé y Príncipe					
	Senegal					
	Serbia					
	Seychelles					
	Sierra Leona					
	Singapur					
	Islas Salomón					
	Sudáfrica					
	España					

2005¹

Año	Varones	Mujeres	Ambos sexos	
	15-49	15-49	15-24	25-49

2007⁴

Año	Varones	Mujeres	Ambos sexos		
	15-49	15-49	15-49	15-19	20-24	25-49

					2004	48	11	29			
					2007	25	5	15	9	23	15
2003	12	2	7	7	2003	12	2	5	3	6	5
					2007	28	2	15	10	21	
					2004	24	4	17			
2004	21	8	11	16	2005	30	11	16			
					2007	43	26	41	<1	<1	41
2004	17	3	11	9	2004	20	3	7			
2004	9	1	4	6	2005	1	1	1	2	1	1
2001	17	1	5	11	2006	23	2	5	5	4	1
					2006	23	18	21	19	30	
					2004	9	1	5	4	5	6
					2003	8				6	9
					2007	16	2	8	11	19	5
2005	11	1	9	4	2005	54		54			
					2007	37	2	19	14	27	
2003	30	5	18	17	2004	52	24	29	60	34	19
					2007	16	3	9	10	15	7
					2007		2	2	1	2	2
					2006	9	1	2	5	4	2
2003	15	2	5	10	2005	19	2	10	3	10	14
					2006		9		36	13	5
					2007	13	2	8	6	11	7
					2006	33	12				
					2005	8	5	7			
					2006	20	9	15	16	26	13
					2005	3	<1	2	<1	1	2
					2006	53	19	36			
					2007	42	25	35			
					2006	25	10	17	13	32	9
					2005	25	4	8	7	11	7
2005	13	1	4	10	2006	42	11	26	32	24	<1
					2003	23	11	17			
					2005	9	36	21			
					2007	7	2	4	2	10	4
					2005	3	18	10	18	15	8
					2003	27	13	20			

A2

**PORCENTAJE DE MUJERES
Y HOMBRES DE 15 A 49 AÑOS
QUE EN LOS ÚLTIMOS
12 MESES TUVIERON
RELACIONES SEXUALES
CON MÁS DE UNA PAREJA**

2003¹

País	Año	Varones		Mujeres		Ambos sexos	
		15-49	15-49	15-49	15-24	25-49	25-49
Sri Lanka							
Sudán							
Suriname							
Swazilandia							
Suecia							
Suiza							
Tayikistán							
Tailandia							
Timor-Leste							
Togo	1998	21	3	13		13	
Tonga							
Trinidad y Tobago							
Túnez							
Turquía							
Turkmenistán	2000		<1				
Tuvalu							
Uganda	1995	8	1	5		4	
Ucrania							
Emiratos Árabes Unidos							
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte							
República Unida de Tanzania	1999	29	9	17		20	
Estados Unidos de América							
Uruguay							
Vanuatu							
Viet Nam							
Zambia	1996	27	4	18		12	
Zimbabwe	1999	13	2	6		8	

¹ Datos proporcionados por MEASURE DHS.

² 15-24 años.

³ 25-64 años únicamente.

⁴ La metodología puede variar para países individuales.

⁵ Encuesta de Demografía y Salud (o encuesta basada en indicadores múltiples).

**PORCENTAJE DE MUJERES
Y HOMBRES DE 15 A 49 AÑOS
QUE EN LOS ÚLTIMOS
12 MESES TUVIERON
RELACIONES SEXUALES
CON MÁS DE UNA PAREJA**

2009⁴

	Año	Mujeres		Varones		
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49
Albania	2008	5	0	2	15	
Angola	2009	25	3	10	31	27
Antigua y Barbuda						
Armenia						
Azerbaiyán	2006	6		3	16	5
Bangladesh	2005	12		39	28	9
Belarús	2009	22	10	28	17	18
Belice	2009	15	5	11	27	14
Benin	2006	21	1	5	18	27
Bolivia	2008	12		10	21	11
Bosnia y Herzegovina	2009	64				
Botswana	2008	16	7	5	26	16
Brasil	2008	76	57	66	74	78
Bulgaria	2009	29	12	27	43	
Burkina Faso	2008	27	2	24	26	27
Burundi	2007					
Côte d'Ivoire	2005	31	5	32	33	30
Camboya	2005	6	0	2	9	7
Camerún	2004	40	9	35	45	40
Canadá						
Cabo Verde	2009	54	42	93	80	36
República Centroafricana	2006	21	6	12	29	
Chad	2004	17	1	7	20	21
Chile	2009	21	7	16	29	21
Colombia	2005		3			
Comoras	2003	24	4			
Congo, República Democrática del	2009	29	7	9	34	33
Costa Rica						
Cuba	2008	34	12			
Chipre						
República Checa	2008	29	21	47	36	26
República Popular Democrática de Corea						
Congo, República Democrática del	2007	17	3	10	19	18
Djibouti	2008			70	90	
República Dominicana	2007	30	4	33	43	27
Guinea Ecuatorial	2006					
Eritrea						
Estonia	2007	23	21	14	31	
Etiopía	2005	3	0	0	2	4
Gabón	2010	57	33	54	63	55
Gambia						
Alemania	2009	13	7	23	30	10
Ghana	2008	11	1	3	10	15
Grecia	2009	32	22	50	35	28
Granada						
Guatemala	2008	12	1	13	18	10
Guinea	2008					
Guinea-Bissau	2008	37	10	31	41	41
Guyana	2009	10	1	8	18	9
Haití	2005	23	1	13	29	26

Indicador 16 del UNGASS

2009 ⁴			ÚLTIMAS EDS (O MICS) ⁵		
Mujeres			Año de encuesta	Varones	Mujeres
15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
0	0				
4	4	2			
			2005	9	0
			2006	6	0
			2007		
9	26	5			
4	6	5			
1	1	0	2006	21	1
			2008	12	
4	13	7			
56	63	55			
10	14				
6	3	2	2003	15	1
7	6	3	2005	24	4
0	0	0	2005	6	0
20	11	6	2004	31	6
71	62	27	2005	36	3
5	7		2006		
1	1	1	2004	17	1
5	10	6			
4	6	2	2005		3
9	10	5	2009	29	7
43	28	18			
3	4	3	2007	17	3
56	85				
10	7	2	2007	24	3
			1995	6	
19	22				
0	0	0	2005	2	0
34	44	28	2000	46	14
14	17	5			
1	2	1	2008	11	1
28	27	17			
1	1	1			
			2005	25	2
9	13	9			
1	2	1	2009		1
1	2	1	2005	23	1

**PORCENTAJE DE MUJERES
Y HOMBRES DE 15 A 49 AÑOS
QUE EN LOS ÚLTIMOS
12 MESES TUVIERON
RELACIONES SEXUALES
CON MÁS DE UNA PAREJA**

2009⁴

	Año	Mujeres		Varones		
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49
Honduras	2006	19	1	32	29	14
Hungría	2009	85	25			
India	2009	9	3	1	5	1
Indonesia	2007	0		0	0	0
Irán, República Islámica del	2008	12	1	11	14	
Jamaica	2008	62	17	50	81	61
Japón	1999	22	7			
Kazajstán	2008	22	4	16	31	21
Kenya	2008	9	1	4	12	11
Kirguistán	2009	22	1	16	32	
Libano	2004					
Lesotho						
Liberia	2006	22	7	16	27	21
Lituania	2008	26	8			
Madagascar	2009			14	24	15
Malawi	2004	9	1	5	9	11
Malí	2006	25	6	93	64	20
Malta	2009	7	3	11	23	8
Islas Marshall	2007	32	15	59	47	16
Mauricio	2008	23	3	41	26	
México						
Micronesia, Estados Federados de	2006	45	18			
Moldova	2009	18	2	17	29	15
Mongolia						
Marruecos	2007	37	2			
Mozambique	2009	20	3	10	24	22
Myanmar	2006	13	0	1	11	17
Namibia	2006	11	2	6	17	
Nepal						
Nicaragua	2007		2			
Níger	2006	9	1	76	27	5
Nigeria	2007	19	4	6	18	26
Palau	2008		9			
Panamá	2009	45	41	31	54	48
Papua Nueva Guinea	2007	37	1	62	38	34
Paraguay	2008		6			
Perú	2008	14	1	18	25	9
Filipinas						
Polonia						
Portugal	2007	27	9	45	43	23
Federación de Rusia	2008	21	9	32	36	16
Rwanda	2005	3	0	0	1	4
Saint Kitts y Nevis	2005					
Santa Lucía	2007	42	25			
San Vicente y las Granadinas	2008	24	10	16	52	13
Santo Tomé y Príncipe	2008	22	1	21	23	
Senegal	2005	13	1	4	9	19
Serbia	2006	11	1	11	25	8
Seychelles						
Sierra Leona	2008	21	5	12	23	34

2009 ⁴			ÚLTIMAS EDS (O MICS) ⁵		
Mujeres			Año de encuesta	Varones	Mujeres
15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
1	1	0	2005-06		1
0	0	0	2005-06	1	0
1	1				
17	23	14			
2	8	4			
1	2	1	2003	12	
0	2				
			2004	21	8
12	8	6	2007	18	6
3	2	2	2003-04	17	3
1	1	1	2004	9	1
21	9	2	2006	15	1
3	4	2			
31	22	7	2007	7	3
2	3				
3	5	1	2005	11	1
4	4	2	2009		3
0	0	0			
1	4		2006	11	2
			2006	2	0
1	2		2001		1
1	1	1	2006	12	1
3	5	4	2008	10	1
36	13	5			
23	41	46			
0	0	1			
7	8	4			
1	3	1	2004-08		1
			2003	6	
26	22	7			
14	13	8			
0	0	0	2000	2	0
10	15	5			
3	2			18	2
1	1	2	2005	13	1
1	4	1			
7	6	12	2008	16	4

**PORCENTAJE DE MUJERES
Y HOMBRES DE 15 A 49 AÑOS
QUE EN LOS ÚLTIMOS
12 MESES TUVIERON
RELACIONES SEXUALES
CON MÁS DE UNA PAREJA**

2009⁴

Año	Varones		Mujeres	Varones		
	15-49	15-49	15-49	20-24	25-49	
Singapur						
Islas Salomón	2008	91	24	71	82	
Sudáfrica	2008	19	4			
España	2008					
Sudáfrica	2008	19	4			
Sri Lanka						
Suriname	2006		1			
Swazilandia	2006	14	1	26	30	20
Suecia	2009	42	51	37	47	
Suiza	2007	18	10			
Tayikistán	2008	15	5	8	20	16
Tailandia	2006	18	1			
Timor-Leste	2008	92				
Togo	2007	26	6	15	31	27
Tonga	2008			19		
Trinidad y Tobago						
Túnez	2009	37	14			
Turquia						
Turkmenistán						
Tuvalu	2007	5	1	13	18	1
Uganda	2010	29	4			
Ucrania	2009	23	7	18	41	20
Emiratos Árabes Unidos						
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	2008	15	8		25	13
República Unida de Tanzania	2008	18	3	4	18	24
Estados Unidos de América						
Uruguay	2007	23	11	40	52	14
Vanuatu	2008	53	27			
Viet Nam	2009	2	0	1	5	
Zambia	2007	14	1	5	14	18
Zimbabwe	2007	28	9	18	34	29

¹ Datos proporcionados por MEASURE DHS.

² 15-24 años.

³ 25-64 años únicamente.

⁴ La metodología puede variar para países individuales.

⁵ Encuesta de Demografía y Salud (o encuesta basada en indicadores múltiples).

2009 ⁴			ÚLTIMAS EDS (O MICS) ⁵		
Mujeres			Año de encuesta	Varones	Mujeres
15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
45	32	6			
4	4	2	2007	14	2
49	53				
1	3	7			
24	18	7			
7	11	4	1998	21	3
10					
			2000		0
0	1	1			
			2006	21	2
3	10	7	2007	13	2
	24	5			
2	3	3	2007-08	18	3
16	16	9			
0	0		2005	1	0
2	1	1	2007	14	1
8	12	8	2005-06	9	1

PORCENTAJE DE MUJERES Y HOMBRES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE TUVIERON MÁS DE UNA PAREJA SEXUAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y AFIRMAN HABER USADO PRESERVATIVO EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL

		2003 ¹				
Año		Varones	Mujeres	Ambos sexos		
		15-49	15-49	15-24	25-49	
	Albania					
	Angola					
	Antigua y Barbuda					
	Argentina					
	Armenia	2000	32			
	Azerbaiyán					
	Bangladesh					
	Belarús					
	Belice					
	Benin					
	Bolivia					
	Bosnia y Herzegovina					
	Botswana					
	Brasil					
	Bulgaria					
	Burkina Faso	1999	55	36	56	
	Burundi					
	Côte d'Ivoire	1998	45	23	53	34
	Camboya					
	Camerún	1998	23	13	27	17
	Canadá					
	Cabo Verde					
	República Centroafricana					
	Chad	1997	20	10	22	17
	Chile					
	Colombia	2000		22		
	Congo, República Democrática del					
	Costa Rica					
	Cuba					
	Chipre					
	Congo, República Democrática del	1996	9	19	7	10
	Djibouti					
	República Dominicana					
	El Salvador					
	Guinea Ecuatorial					
	Eritrea					
	Estonia					
	Etiopía	2000	20	11	43	10
	Gabón	2000	40	26	41	29
	Alemania					
	Ghana					
	Grecia					
	Granada					
	Guatemala					
	Guinea	1999	24	9	31	17
	Guinea-Bissau					
	Guyana					
	Haití	2000	21	30	30	16
	Honduras					
	Hungría					
	India					
	Indonesia					

Indicador 17 del UNGASS

PORCENTAJE DE MUJERES Y HOMBRES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE TUVIERON MÁS DE UNA PAREJA SEXUAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y AFIRMAN HABER USADO PRESERVATIVO EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL

		2003 ¹				
Año		Varones	Mujeres	Ambos sexos		
		15-49	15-49	15-24	25-49	
	Irán, República Islámica del					
	Jamaica					
	Japón					
	Kazajstán					
	Kenya	1998	36	18	38	30
	Kirguistán					
	Libano					
	Lesotho					
	Liberia					
	Lituania					
	Madagascar					
	Malawi	2000	14	15	26	7
	Mali	1996	34			
	Malta					
	Islas Marshall					
	Mauritania					
	Mauricio					
	México					
	Micronesia, Estados Federados de					
	Moldova					
	Mongolia					
	Marruecos					
	Mozambique					
	Myanmar					
	Namibia	2000	65	45	72	56
	Nepal					
	Nicaragua	2001		19		
	Niger	1998	26	28		
	Nigeria					
	Palau					
	Panamá					
	Papua Nueva Guinea					
	Paraguay					
	Perú	2000		15		
	Filipinas					
	Portugal					
	Federación de Rusia					
	Rwanda	2000	28	30		
	Saint Kitts y Nevis					
	Santa Lucía					
	San Vicente y las Granadinas					
	Samoa					
	Santo Tomé y Príncipe					
	Senegal					
	Serbia					
	Sierra Leona					
	Singapur					
	Sudáfrica					
	España					
	Suriname					
	Swazilandia					

PORCENTAJE DE MUJERES Y HOMBRES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE TUVIERON MÁS DE UNA PAREJA SEXUAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y AFIRMAN HABER USADO PRESERVATIVO EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL

2003¹

Año	Varones		Mujeres		Ambos sexos	
	15-49	15-49	15-24	25-49	15-24	25-49
Suecia						
Suiza						
Tayikistán						
Tailandia						
Timor-Leste						
Togo	1998	33	21	42	25	
Tonga						
Túnez						
Turquía						
Tuvalu						
Uganda	1995	18	8	24	9	
Ucrania						
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte						
República Unida de Tanzania	1999	22	16	25	17	
Uruguay						
Viet Nam						
Zambia	1996	31	18	36	23	
Zimbabwe	1999	40	46	56	30	

¹ Datos proporcionados por MEASURE DHS.

² Datos de dos ciudades únicamente.

³ La mujer tiene de 15 a 24 años únicamente.

⁴ Sin referencia 4.

⁵ Sin referencia 5.

⁶ La metodología puede variar para países individuales.

⁷ Encuesta de Demografía y Salud (o encuesta basada en indicadores múltiples).

2005¹

Año	Varones	Mujeres	Ambos sexos	
	15-49	15-49	15-24	25-49
2001	24	25		
2004	29	21	37	23
2005	58			
2001	27	21	40	20
2006	36	41	57	24

2007⁶

Año	Varones	Mujeres	Ambos sexos			
	15-49	15-49	15-49	15-19	20-24	25-49
2007	62	52	58	83	61	48
2006			65	53	69	
2006	53	14	51	63	49	50
2007	73	69	73	72	76	71
2007		58	53	52	71	45
2006	42	41	42		30	41
2007	75	61	72	77	64	72
2001	10	5	7	15	15	5
2005	50	38	44	38	41	
2007	69	65	68	76	81	56
	1	0	0	0	1	0
2007	50	37	46	39	49	48
2006	71	47	64	50	67	68

A2

PORCENTAJE DE MUJERES Y HOMBRES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE TUVIERON MÁS DE UNA PAREJA SEXUAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y AFIRMAN HABER USADO PRESERVATIVO EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL

		2009 ⁶				
	Año	Mujeres		Varones		
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49
Albania	2008	40			50	
Angola	2009	42	45	48	56	35
Antigua y Barbuda						
Argentina	2008					
Armenia						
Azerbaiyán	2006	26			26	24
Bangladesh	2005	33				
Belarús	2009	70	68	80	71	54
Belice	2009	66	56	81	70	61
Benin	2006	17	21	49	43	11
Bolivia	2008	35		44	39	31
Bosnia y Herzegovina	2009					
Botswana	2008	82	80	83	88	79
Brasil	2008	43	34	76	58	33
Bulgaria	2009	71	64	71	70	
Burkina Faso	2008	69	78	93	94	60
Burundi	2007					
Côte d'Ivoire	2005	38	41	64	61	25
Camboya	2005	41	9	86	72	24
Camerún	2004	38	35	57	56	28
Canadá						
Cabo Verde	2009	75	59	83	75	66
República Centroafricana	2006	60	41			
Chad	2004	16	7	30	18	14
Chile	2009	55	38	57	55	48
Colombia	2005		31			
Congo, República Democrática del	2009	28	29	49	37	24
Costa Rica						
Cuba	2008	48	38			
Chipre						
República Popular Democrática de Corea						
Congo, República Democrática del	2007	16	7	28	19	12
Djibouti	2008			33	70	
República Dominicana	2007	45	35	72	57	35
El Salvador	2008		81			
Guinea Ecuatorial	2006					
Eritrea						
Estonia	2007	61	42	66	59	
Etiopía	2005	9			24	5
Gabón	2010	35	22	30	40	34
Alemania	2009	64	49	74	65	61
Ghana	2008	26		24	49	22
Grecia	2009	23	17	33	25	20
Granada						
Guatemala	2008	62	24	79	68	47
Guinea	2008					
Guinea-Bissau	2009	64	55	65	62	65
Guyana	2009	65	48	86	70	58
Haití	2005	34	21	42	56	23
Honduras	2006		27			
Hungría	2009	100		5	18	77

Indicador 17 del UNGASS

2009 ⁶			ÚLTIMAS EDS (O MICS) ⁷		
Mujeres			Año de encuesta	Varones	Mujeres
15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
47	51	42			
			2005	58	
			2006	26	0
69	77	46			
58	77	50			
20	35	10	2006	17	21
			2008	35	
85	83	78			
52	37	30			
60	65				
76	86	75	2003	43	44
45	45	35	2005	38	41
0	100	2	2005	41	8
47	37	27	2004	38	35
78	60	41	2005	69	57
			2006		
			2004	16	7
49	34	31			
35	36	27	2005		31
24	26	33	2009	28	29
7	10	7	2007	16	8
47	90				
37	31	36	2007	45	35
83	79	81			
			1995	54	
56	33				
			2005	9	
24	30	18	2000	40	26
58	51	45			
			2008	26	18
23	24	11			
13	43	23			
			2005	24	20
57	46	66			
		48	2009	65	48
31	18	19	2005	34	21
34	17	26	2005-06		27

PORCENTAJE DE MUJERES Y HOMBRES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE TUVIERON MÁS DE UNA PAREJA SEXUAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y AFIRMAN HABER USADO PRESERVATIVO EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL

		2009 ⁶				
País	Año	Mujeres		Varones		
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49
India	2009	79		100	70	100
Indonesia	2007	60			100	58
Irán, República Islámica del	2008	55	63	52	59	
Jamaica	2008	65	52	90	65	52
Japón	2008			77		
Kazajstán	2008	72	64	83	84	65
Kenya	2008	37	32	69	67	20
Kirguistán	2009	81	62	87	77	
Libano	2004					
Lesotho	2009			60	60	
Liberia	2006	23	12	29	28	21
Lituania	2008	65	60			
Madagascar	2008			3	5	3
Malawi	2004	20	16	31	36	14
Malí	2006	39	17	31	40	43
Malta	2009	80	72	85	85	76
Islas Marshall	2007	20	10	21	25	14
Mauritania						
Mauricio	2008	37	15	47	26	
México						
Micronesia, Estados Federados de	2006					
Moldova	2009	52	38	81	59	40
Mongolia						
Marruecos	2007	61	75			
Mozambique	2009	22	23	41	35	15
Myanmar	2006	45	0	67	71	40
Namibia	2006	74	66	84	81	
Nepal						
Nicaragua	2007		19			
Niger	2006	7	8			4
Nigeria	2007	66	39	94	81	49
Palau	2008	0	23	0	0	0
Panamá	2009	25	9	47	32	18
Papua Nueva Guinea	2008	40	0	38	43	39
Paraguay	2008		5			
Perú	2008	72	25	73	80	65
Filipinas						
Portugal	2007	55	46	74	71	47
Federación de Rusia	2008	52	45	62	64	43
Rwanda	2005	25	19			25
Saint Kitts y Nevis	2005					
Santa Lucía	2007	48	39			
San Vicente y las Granadinas	2008			62	62	
Samoa	2008					
Santo Tomé y Príncipe	2008	60	48	65	63	
Senegal	2005	62	37			
Serbia	2006	71	61	83	77	64
Sierra Leona	2008	15	7	14	34	
Singapur						
Sudáfrica	2008	77	68			
España	2008					

2009 ⁶			ÚLTIMAS EDS (O MICS) ⁷		
Mujeres			Año de encuesta	Varones	Mujeres
15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
			2005-06	23	12
60	67				
45	64	48			
76					
71	70	59			
	36		2003	33	12
100	56				
39	48		2004	41	19
11	22	9	2007	22	14
4	2	8	2003-04	9	2
16	23	9	2004	20	16
14	21	17	2006	12	8
80	50	75			
9	7	14			
17	14				
60	14	50	2005	45	22
31	32	15	2009	22	24
	0	0			
77	46		2006	74	66
			2006	30	
12	30	16	2001		19
		8	2006	7	8
69	37	28	2008	33	23
0	0	60			
17	14	7			
		0			
5	8	4			
82	32	8	2007		31
			2008		
65	55	39			
56	50	41			
			2005	8	14
55	50				
		59			
53	54		2008-09	33	28
			2005	32	21
67	71	53			
11	14	4	2008	15	7

PORCENTAJE DE MUJERES Y HOMBRES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE TUVIERON MÁS DE UNA PAREJA SEXUAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y AFIRMAN HABER USADO PRESERVATIVO EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL

2009⁶

País	Año	Mujeres		Varones		
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49
Suriname	2006		80			
Swazilandia	2006	56	55	74	64	50
Suecia	2009	36	27	33	38	
Suiza	2007	99	87			
Tayikistán	2008	60	19	74	61	55
Tailandia	2006	53	14			
Timor-Leste	2008	25				
Togo	2007	73	69	73	77	72
Tonga	2008			22		
Túnez	2009					
Turquia						
Tuvalu	2007	45				
Uganda	2010	16	9			
Ucrania	2009	60	61	84	73	51
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	2008	82	75			
República Unida de Tanzania	2008	16	7	10	27	15
Uruguay	2007	69	65	78	80	56
Viet Nam						
Zambia	2006	27	33	50	40	23
Zimbabwe	2005	36	41	71	56	22

¹ Datos proporcionados por MEASURE DHS.

² Datos de dos ciudades únicamente.

³ La mujer tiene de 15 a 24 años únicamente.

⁴ Sin referencia 4.

⁵ Sin referencia 5.

⁶ La metodología puede variar para países individuales.

⁷ Encuesta de Demografía y Salud (o encuesta basada en indicadores múltiples).

2009 ⁶			ÚLTIMAS EDS (O MICS) ⁷		
Mujeres			Año de encuesta	Varones	Mujeres
15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
52	56	55	2007	56	55
26	29				
20	42	15			
63	49	50			
69	72	64	1998	33	21
19					
			2006	20	24
100	75	54	2007	46	48
10	8	6	2007-08	22	21
71	86	56			
			2005	58	
			2007	28	33
		43	2005-06	36	41

PORCENTAJE DE JÓVENES DE 15 A 24 AÑOS QUE AFIRMAN HABER USADO UN PRESERVATIVO EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL CON UNA PAREJA QUE NO ERA SU CÓNYUGE NI COHABITABA CON ELLOS, DE AQUELLOS QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES CON UNA PAREJA ASÍ EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.

	Periodo	Varones	Mujeres
		15-24	15-24
Albania	2008-2009	55	25
Armenia	2005	86	
Armenia	2000	44	
Azerbaiyán	2006	31	
Belice	2006		50
Benin	2006	45	28
Benin	2001	35	19
Benin	1996		9
Bolivia	2008	49	
Bolivia	2003	37	20
Bosnia y Herzegovina	2006	–	71
Botswana	2001	88	75
Botswana	1996	85	
Brasil	2004		
Brasil	1996	59	32
Bulgaria	2005	70	57
Burkina Faso	1998–1999	56	41
Burkina Faso	2006		64
Burkina Faso	2003	67	54
Burundi	2005		25
Camboya	2005	84	
Camerún	2006		62
Camerún	2004	57	47
Camerún	1998	31	16
Cabo Verde	2005	79	56
República Centroafricana	2006	60	41
Chad	2004	25	17
Colombia	2005		36
Colombia	2000		30
Congo	2005	38	20
Congo, República Democrática del	2007	27	17
Côte d'Ivoire	1998–1999	56	25
Côte d'Ivoire	2005	53	39
Djibouti	2005	51	26
República Dominicana	2007	70	44
República Dominicana	2002	52	29
República Dominicana	1996	48	12
Eritrea	1995	81	
Etiopía	2005	50	28
Etiopía	2000	31	17
Gabón	2000	48	33
Gambia	2006		54
Gambia	2000		
Ghana	2008	46	28
Ghana	2006	56	42
Ghana	2003	52	33
Guinea	2005	37	26
Guinea	1999	32	17
Guinea-Bissau	2006		39
Guyana	2005	68	62
Haití	2005–2006	43	29
Haití	2000	30	19
Honduras	2005–2006		24
India	2005–2006	37	22

Datos complementarios recibidos del UNICEF, obtenidos a través de programas de Encuestas de Demografía y Salud y encuestas basadas en indicadores múltiples y programas (indicador del ODM 6a).

	Periodo	Varones	Mujeres
		15-24	15-24
India	2001	59	51
Kazajstán	1999	65	32
Kenya	2008-2009	64	40
Kenya	2003	47	25
Kenya	1998	43	14
Kirguistán	2006		56
Lesotho	2004	48	50
Liberia	2007	22	14
Madagascar	2003-2004	12	5
Malawi	2006	58	40
Malawi	2004	47	35
Malawi	2000	38	32
Mali	1995-1996	31	
Mali	2006	36	17
Mali	2001	30	14
Islas Marshall	2007	22	9
Moldova	2008	76	60
Moldova	2005	63	44
Montenegro	2006		66
Mozambique	2008		44
Mozambique	2003	33	29
Namibia	2006-2007	81	64
Namibia	2000	69	48
Nauru	-	17	10
Nepal	2006	78	
Nepal	2001	52	
Nicaragua	2001		17
Niger	2006	37	18
Niger	1998	30	7
Nigeria	2008	49	36
Nigeria	2007		39
Nigeria	2003	46	24
Perú	2004-2006		34
Perú	2004-2005		32
Perú	2000		19
Filipinas	2008		13
Filipinas	2003	25	11
Rwanda	2005	40	26
Rwanda	2000	55	23
Santo Tomé y Príncipe	2008-2009	63	54
Santo Tomé y Príncipe	2006		56
Senegal	2005	52	36
Serbia	2006		74
Sierra Leona	2008	22	10
Sierra Leona	2005		20
Islas Salomón	2007	26	17
Sudáfrica	2003	72	52
Sudáfrica	1998		20
Suriname	2006		49
Swazilandia	2006-2007	70	54
República Unida de Tanzania	2007-2008	49	46
República Unida de Tanzania	2004-2005	46	34
República Unida de Tanzania	2003-2004	47	42

	Periodo	Varones	Mujeres
		15-24	15-24
República Unida de Tanzania	1999	31	21
República Unida de Tanzania	1996	31	18
ex República Yugoslava de Macedonia	2005		70
Togo	2006		50
Togo	1998	41	22
Trinidad y Tobago	2006		51
Tuvalu	2007	44	-
Uganda	2004-2005	55	53
Uganda	2006	55	38
Uganda	2001	62	44
Uganda	1995	42	25
Ucrania	2007	71	68
Uzbekistán	2006		61
Uzbekistán	2002	50	
Viet Nam	2005	68	
Zambia	2001-2002	42	33
Zambia	2007	48	38
Zambia	2005	38	26
Zambia	2003	40	35
Zambia	2000	41	38
Zambia	1996	39	20
Zimbabwe	2005-2006	68	42
Zimbabwe	1999	69	42
Zimbabwe	1994	61	42

**PORCENTAJE DE MUJERES
Y HOMBRES DE 15 A 49
AÑOS QUE SE REALIZARON
UNA PRUEBA DEL VIH EN
LOS ÚLTIMOS 12 MESES
Y QUE CONOCEN SUS
RESULTADOS**

		2007						
Año		Varones	Mujeres	Ambos sexos				
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49		15-49
	Afganistán	2007						27
	Albania							
	Algeria	2006	0	1	0	1 ¹	1	1
	Angola	2006	7	4				5
	Antigua-et-Barbuda	2006						25
	Argentina	2005		8	4	12		
	Armenia							
	Austria							
	Azerbaiyán							
	Bahamas							
	Barbados	2006	97 ¹	99 ¹				99 ¹
	Belarús	2007	26	33	26	35	31	31
	Bélgica		8	9		5	10	9
	Belice	2006	10	20				15
	Benin	2006	12	15	7	17	15	14
	Bhután							
	Bolivia	2007	87 ¹	87 ¹	86 ¹	88 ¹	87 ¹	87 ¹
	Bosnia y Herzegovina	2006		0	0	0	0	
	Botswana							
	Brasil							
	Bulgaria							
	Burkina Faso	2007	18	23	15	28	27	21
	Burundi	2007	91 ¹	93 ¹	91 ¹	92 ¹	93 ¹	92 ¹
	Côte d'Ivoire	2005	3	4	2	3	4	3
	Camboya	2006	5	3	2	6	4	4
	Camerún	2004	7	5	3	6	6	5
	Canadá	2006						32
	Cabo Verde	2005	10	10	3	13	13	10
	República Centroafricana	2006	15	17	10	19	17	16
	Chad	2004	2	1	0	1	1	1
	Chile	2007	22	35	8	33	48	28
	China	2006	2	2				2
	Colombia	2007	11 ²	27 ²				19 ²
	Congo, República Democrática del	2005	3	3	1	4	4	3
	Costa Rica	2007	8 ¹	7 ¹			80 ¹	12 ¹
	Cuba	2006	28	32	17	32	32	30
	Chipre							
	Congo, República Democrática del	2007	4	4	2	5	5	4
	Djibouti							
	República Dominicana	2007	19	21	8	22	23	20
	Ecuador	2007		11	7	13	12	
	El Salvador							
	Guinea Ecuatorial							
	Eritrea	2007						6
	Estonia							
	Etiopía	2005	2	2				2
	Gabón	2007	50 ¹	64 ¹	33 ¹	54 ¹	62 ¹	59 ¹
	Gambia	2005	8	12				10
	Alemania	2007	14	11				13
	Ghana	2006						

Indicador 7 del UNGASS

Año	Varones			Mujeres			Ambos sexos			Año	ÚLTIMAS EDS (O MICS)	
	15-49	15-49	15-49	15-19	20-24	25-49	15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
2008	1	0		0	1		0	0				
2009	6	12	9	2	5	10	7	15	13			
2009	35	65	80									
2008			23									
2009			100							2005		
2009	1	4	2	1			4			2006		
2009	16	17	16	10	15	22	11	19	23			
2009	30	42	37	12	32	35	15	52	46			
2009	92	98	95	85	90	94	90	86	100	2006	5%	7%
2008	2	2	2	1	3	2	1	3	2	2008	2%	
2009	91	62	93									
2008	38	62	41	29	36	39	71	65	61			
2008	10	16	13									
2009	8	7	8									
2007	23	18	21							2003	2%	
2008	16	16	16									
2005	3	4	3	2	2	4	2	3	5	2005	3%	4%
2005	5	3	4	1	8	6	2	5	3	2005	5%	3%
2004	14	10	11	3	11	20	5	10	12	2004	7%	5%
2009	19	32	26	3	23	25	13	50	38	2005	10%	10%
2006	15	17	16							2006	6%	
2004	2	0	1	1	2	2	1	1	0	2004	2%	1%
2009	19	40	30	7	26	39	17	53	66			
2007	22	36	30							2005		
2009	7	8	8	2	6	9	5	11	9	2009	9%	9%
2008	26	32	29									
2009												
2007	4	4	4	1	4	5	2	4	4	2007	4%	4%
2008				14	55		14	48				
2007	19	21	20	5	17	24	12	12	22	2007	19%	21%
2008		10					8	14	10			
2006			33									
2008	10	15	13	7	11	11	6	29	14			
2005		2		2	2	4	2	4	1	2005	2%	2%
2010	44	66	57	12	26	64	36	51	79			
2009	14	12	13	7	17	14	6	16	12			
2009	4	7		2	6	5	3	8	7	2008	4%	7%

**PORCENTAJE DE MUJERES
Y HOMBRES DE 15 A 49
AÑOS QUE SE REALIZARON
UNA PRUEBA DEL VIH EN
LOS ÚLTIMOS 12 MESES
Y QUE CONOCEN SUS
RESULTADOS**

		2007					
País	Año	Varones		Mujeres		Ambos sexos	
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49	15-49
Grecia	2007	13	11	5	9	16	12
Granada	2006	6	13	3	19	10	10
Guatemala							
Guinea	2005	3	1	1	2	2	2
Guinea-Bissau	2006		5				
Guyana	2005	10	11	7	17	11	11
Haití	2006	5	8	3	8	8	7
Honduras	2006	21 ¹	23 ¹				23 ¹
Hungría	2007	0	0				0
India	2006	1	1	0	2	2	1
Israel				16	14	14	15
Jamaica	2004	12	19			17	16
Japón	2006						98 ¹
Kazajstán	2007	4	5	2	4	5	7
Kenya	2003	8	7	4	9	7	14
Lesotho	2005	5	6	2	7	8	6
Liberia							
Lituania	2007	24 ¹	20 ¹			24 ¹	24 ¹
Madagascar	2004	1 ³	0 ³				
Malawi	2007						11 ¹
Malasia	2007						75 ¹
Malí	2006	3	7	2	4	3	5
Islas Marshall	2006	56 ¹	67 ¹	67 ¹	50 ¹		60 ¹
Mauritania	2007	10	3				5
Mauricio	2004				3 ¹	2 ¹	2 ¹
México	2006						1 ¹
Moldova	2007	6	11	3	10	10	8
Mongolia							
Montenegro	2006		3	1	4	3	
Marruecos	2007	6 ¹	4 ¹	3 ¹	6 ¹		5 ¹
Mozambique	2004	2	2	3	3	2	2
Myanmar							
Namibia	2007	18	29	9	26	27	23
Nauru							
Nicaragua	2007		5	2	4	7	5
Niger	2006	4	2	2	2	3	2
Nigeria	2005	9	8	3	8	11	9
Omán							
Palau	2006		16 ¹	27 ¹	20 ¹	14 ¹	
Panamá							
Papua Nueva Guinea							
Perú							
Filipinas	2003	2					
Polonia	2007						1 ¹
Portugal							
Fédération de Russie	2007	30 ¹	38 ¹	20 ¹	35 ¹	37 ¹	34 ¹
Rwanda	2005	11	12	4	16	13	11
Saint Kitts y Nevis	2006					10 ¹	10 ¹
Santa Lucía	2007	34 ¹	39 ¹				36 ¹
San Vicente y las Granadinas	2006	8	12	6	12	12	10

Año	Varones			Mujeres			Ambos sexos			Año	ÚLTIMAS EDS (O MICS)	
	15-49	15-49	15-49	15-19	20-24	25-49	15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
2009	22	11	18	8	23	23	5	14	12			
2009	96	87	88	98	27	96	85	100	88			
2008	3	4	4	2	3	4	3	6	4			
2008			4							2005	3%	1%
2008	12	11	11	9	14	14	7	14	12			
2009	22	27	25							2005	10%	11%
2005	5	8	7	2	6	10	4	10	8	2005	5%	8%
2006	21	23	23	4	19	27	10	27	27			
2009	3	3	3	2	3	4	1	3	5	2005-06	1%	1%
2008	20	35	28	8	22	27	26	49	35			
2008	20	24	22	12	21	22	15	29	25			
2008	23	29		13	25	26	18	39	30	2003	8%	7%
2009										2004	5%	6%
2006	2	2	2	0	3	3	2	2	1	2007	2%	2%
2009	16	20	18									
2008				16	22		18	29		2004	1%	0%
2004	8	7		4	10		5	10		2004	8%	7%
2009			98									
2006	3	3	3	1	3	3	3	4	3	2006	3%	3%
2007	22	22	22	17	23	24	18	27	21			
2007	10	3	5									
2008	6	6	6	4	8		3	9				
2009	10	16	13	5	9	11	8	19	18	2005	10%	12%
2008		32	32				9	42	33			
2009			1									
2007	6	4	5									
2009	9	14	12	6	12	9	13	19	13	2009	9%	15%
2006	12	11	11	5	11	13	7	12	12			
2006	18	29		6	16		13	36		2006	18%	29%
2009	100	100	100	100	100	100	100	100	100			
2007		5										
2006	4	2	2	1	2	5	2	2	2	2006	2%	1%
2007	12	11	12	5	9	16	5	13	14	2008	7%	7%
2009			100									
2008		18	18				8	47	45			
2009	10	12	12	3	11	12	9	17	12			
2008	6	4	5	0	8	7	0	8	3			
2008	5	30	22	1	6	7	10	26	36	2007		
2008		1					0	1		2008		1%
2009												
2009	18	17	18	8	21	18	8	30	15			
2009	32	34	33	32	43	30	23	31	36			
2005	11	12	11	4	14	13	5	17	13	2005	11%	12%
2005			10			17			15			
2007	34	39	36									
2008	8	12	12	4	12	9	8	12	16			

**PORCENTAJE DE MUJERES
Y HOMBRES DE 15 A 49
AÑOS QUE SE REALIZARON
UNA PRUEBA DEL VIH EN
LOS ÚLTIMOS 12 MESES
Y QUE CONOCEN SUS
RESULTADOS**

2007						
Año	Varones		Mujeres		Ambos sexos	
	15-49	15-49	15-19	20-24	25-49	15-49
Santo Tomé y Príncipe						
Senegal 2005	2	1	1	1	1	1
Seychelles 2006	100 ¹	100 ¹	100 ¹	100 ¹	100 ¹	100 ¹
Sierra Leona 2007	8 ¹	9 ¹				9 ¹
Singapur 2007	9	7	0	13	8	8
Eslovaquia						
Islas Salomón						
Somalia 2004	5 ¹	3 ¹				4 ¹
Sudáfrica 2006	90 ¹	90 ¹	90 ¹	90 ¹	90 ¹	90 ¹
España 2003						25
Sri Lanka 2007	0 ¹	0 ¹	0 ¹	0 ¹	0 ¹	0 ¹
Sudán						
Suriname 2006		30				
Swazilandia 2007	9	22	6	18	21	16
Suecia						
Suiza 2007	7	7	5	7	7	7
Tayikistán 2007	4 ¹	2 ¹	2 ¹	5 ¹		3 ¹
Tailandia 2006	16	22	16	22	19	19
ex República Yugoslava de Macedonia 2006		3	2	3	3	
Togo 2007	16	15	10	17	17	16
Tonga						
Trinidad y Tobago 2006						8 ¹
Túnez						
Turquía 2006	100 ¹	100 ¹	100 ¹	100 ¹	100 ¹	100 ¹
Tuvalu						
Uganda 2006	10	12				12
Ucrania 2007	11 ¹	20 ¹	12 ¹	19 ¹	16 ¹	16 ¹
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte 2006	1 ¹	3 ¹				2 ¹
República Unida de Tanzania 2007						36
Uruguay 2007	20	19	15	20	20	20
Vanuatu						
Viet Nam 2005	3	2	1	3	3	2
Zambia 2007	12	19	10	19	17	15
Zimbabwe 2006	7	7	4	9	7	7

¹ Metodología no armonizada con las directrices del UNGASS 2008.

² 14-26 años.

³ 15-24 años.

Año	Varones			Mujeres			Ambos sexos			Año	ÚLTIMAS EDS (O MICS)	
	15-49	15-49	15-49	15-19	20-24	25-49	15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
2009	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2008-09	23%	31%
2005	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2005	2%	1%
2008	3	4		0	2	5	3	6	4	2008	3%	4%
2009			2									
2008	3	7	5	2	5		4	5	33			
2003	5	3	4									
2008			25									
2008												
2009			29									
2006		30										
2006	9	22	16	2	7	15	10	28	25	2007	9%	22%
2007	12	22	18	4	20	20	9	25	31			
2009												
2008	9	5	7	2	9	11	0	6	7			
2006	16	22	19				16	22	19			
2005		3					2	3	3			
2007	16	15	16	13	16	18	9	19	17			
2008				73			2					
2009	3	1	2									
2009			14									
2007	13	3	6	3	15	16	3	4	3			
2010			20							2006	10%	12%
2009	12	15	13	9	12	12	9	18	15	2007	7%	12%
2008	3	6	4	2	5	2	5	11	6			
2008	19	19	19	11	21	22	15	23	20	2007-08	19%	19%
2007	19	17	18	4	27	22	9	20	18			
2008	12	11	11									
2005	3	2	2							2005	3%	2%
2006	12	19	15	7	14	13	13	22	20	2007	12%	19%
										2005-06	7%	7%

PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL SEXO, USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES Y HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES QUE IDENTIFICAN CORRECTAMENTE LAS FORMAS DE PREVENIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH Y QUE RECHAZAN LOS PRINCIPALES CONCEPTOS ERRÓNEOS ACERCA DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH

PROFESIONALES DEL SEXO

	2005	2007 ¹		2009			
	Todos	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres
Afganistán					2		2
Albania							
Angola					69		69
Argentina	69		67 ⁶		96		
Armenia	49	54 ⁴		54			
Azerbaiyán					43		43
Bahamas							
Bangladesh	23	31	30	31	31 ⁷	30	31
Barbados		37 ^{3,4}		37 ³			
Belarus	24	50 ⁴		50	67		67
Belize							
Benin					60		60
Bolivia					48		48
Bosnia y Herzegovina							
Brasil							42
Bulgaria		35 ⁴		35	37	38	37
Burundi	4	44 ^{2,4}		44 ²	52 ⁷		52
Côte d'Ivoire		32 ⁴		32	32 ⁷		32
Camerún		40 ^{2,4}		40 ²	81 ⁷		81
Chad					5		5
Chile							
China	24 ⁴	41			54		54
Colombia							24
Congo, República Democrática del	67						
Costa Rica							
Croacia					40		
Cuba		52	49	61	60	62	56
República Checa							
Congo, República Democrática del		30 ^{2,4}		30 ²	31		31
República Dominicana					73		73
Ecuador				47 ³			
El Salvador		6					
Eritrea					60		60
Estonia		83 ^{3,4}		83 ³	⁷		
Etiopía		36 ⁴		36	36 ⁷		36
Gabón		24	13	25	27	39	26
Georgia	1	4 ⁴		4	8		8
Grecia					3		3
Guatemala		3 ⁴		3	3 ⁷		3
Guinea		4 ⁴		4			
Guinea-Bissau					31		31
Guyana		63		,	35		35
Haití		6 ⁴		6	6 ⁷		6
Honduras		21 ⁴		21	30 ⁷		30
Hungría							
India				38	24		24
Indonesia	24	28	37	26	27 ⁷	37	25
Irán, República Islámica del		8 ⁴		8	8		8
Jamaica	26	26 ⁴		26			
Kazajstán		63 ⁴		63	69		69
Kenya							59

Indicador 14 del UNGASS

USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES

HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES

2005				2007 ¹			2009			2005			2007			2009																							
Todos				Tous			Todos			Todos			Todos			Todos																							
				Varones			Mujeres																																
							29									18																							
										56						96 ⁷																							
60				68			69			56			54			74			36																				
							33 ⁷			33			38						36																				
14				20 ⁵			20			19 ⁷			19			14			27			28 ⁷																	
61				58			51			68			58			59			53			63			56			72											
										20			20			0			42						55														
				22 ⁵			22			36			31												62														
				29			28			34			37			37			39						32			38											
																												65											
36				49			48			52			57			56			63			37			55			51											
																			3			49			85			88											
																															59								
																															71								
																															73								
																															59 ³								
																															25			52					
				75 ³			75 ³			74 ³			7															60 ³			60 ⁷								
36				41 ⁵			41						38			38															0 ²			25 ⁷					
																															74			10					
																															33			33 ⁷					
																																		67			47		
																																		36			37 ⁷		
																																		21			8 ⁷		
																																		100			30		
7				58			58			68			27			24			30			43			42			44 ⁷			30								
				24			24			15			24			24			15															7					
				63			63			63			77			76			80															66			68		

A2

PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL SEXO, USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES Y HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES QUE IDENTIFICAN CORRECTAMENTE LAS FORMAS DE PREVENIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH Y QUE RECHAZAN LOS PRINCIPALES CONCEPTOS ERRÓNEOS ACERCA DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH

PROFESIONALES DEL SEXO

	2005	2007 ¹		2009			
	Todos	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres
Kirguistán	1	36 ⁴		36	89		89
Rep. Democrática Popular Lao	21				45		45
Letonia							
Lituania		24 ⁴		24	41		41
Madagascar		30					
Malawi							38
Malasia		78 ²			38		
Mali	90						
Mauritania					22 ⁷		22
Mauricio		2 ^{2,4}					
México		49	54	47			
Moldova	35	58 ⁴		58	29		29
Mongolia		29 ⁴		29	47		47
Montenegro							
Marruecos	72						
Myanmar					71		71
Nepal	17	32	41	30		81	36
Niger					11		11
Nigeria		33 ⁴		33	33 ⁷		33
Pakistán		10 ³	21 ³	<1 ³	13	23	1
Panamá		91	91	92	91 ⁷	91	92
Papua Nueva Guinea		35 ⁴		35	35 ⁷		35
Paraguay					20	28	17
Perú							5
Filipinas		2		2	30		30
Rumania	14	14 ⁴		14	11		11
Federación de Rusia		36 ⁴		36	45		45
Rwanda		36 ⁴		36	36 ⁷		36
Santa Lucía							
Santo Tomé y Príncipe				72			
Senegal		41 ⁴		41	41 ⁷		41
Serbia					14	17	13
Somalia							6
Sudáfrica							
Sri Lanka		10 ⁴		10			
Sudán					25		25
Suriname		78	75	79	21		
Swazilandia		46 ⁴		46 ⁴	32		32
Suecia		46	100	45	71	60	100
Tayikistán		41 ⁴		41	31		31
Tailandia		28	23	29	38	29	41
ex República Yugoslava de Macedonia	10	47	67	43	47 ⁷	67	43
Timor-Leste							24
Togo		45	46	42	52	50	52
Túnez					13		13
Turquía	22						
Ucrania	8	48 ⁴		48	51		51
Uzbekistán					36		36
Viet Nam	24	35 ⁴		35	51		51
Zambia		41	41	42			

¹ Fecha de informe 2007, pero la recopilación de datos puede variar de 2005 a 2007.

² La recopilación de datos comenzó antes de 2005.

³ Metodología no armonizada con las directrices del UNGASS 2008.

⁴ Mujeres únicamente.

⁵ Varones únicamente.

⁶ Transexual.

⁷ La recopilación de datos comenzó antes de 2008.

USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES

HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES

2005				2007 ¹			2009			2005	2007	2009
Todos	Tous	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Todos	Todos	Todos		
	64	62	69	51	49	61	7	89				
								31 ³				
	45	44	50						48			
								39	39			
	98 ²			50								
	62 ²			14				48 ²				
								66				
37	64	64	66	65	65	67	38	47				
								23	54			
	7											
				76	76					68		
50	66 ⁵	66		68	68		27	45	64			
	34	34	36	34 ⁷	34	35		44	44 ⁷			
		20		23	26							
								78	78 ⁷			
				30				71	71 ⁷			
									49			
							73	40	22			
	26	27	23	45	44	57		10	34			
18	30	24	63	10	10	8		45				
	46	47	43	40	40	42		26	66			
	13 ³	10 ³	33 ³	15	15	19						
				64	61	75				65		
										24		
								20				
				65	63	78						
	46	45	51	55	55	59						
	49							25	26			
27	34	32	47	34 ⁷	32	47	34	41	41 ⁷			
									27			
									54			
				24	24	20			23			
21	47	47	45	55	55	53	49	47	71			
				46	46	50			47			
34	38 ^{3,5}	38 ³		49	49			55 ³	60			

A2

PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL SEXO, USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES Y HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES RIESGO QUE ACCEDIERON A LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN¹

PROFESIONALES DEL SEXO

	2007 ¹			2009		
	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres
Afganistán	11 ³	9 ³	11 ³	1		1
Angola	17			23		23
Argentina			82	90		
Armenia	41 ⁴		41			
Azerbaiyán				6		6
Bahamas						
Bangladesh	54	47	57	10 ⁷	18	7
Belarus	86 ⁴		86	86		86
Benin	60 ⁴		60	56		56
Bolivia						
Bosnia y Herzegovina						
Brasil						47
Bulgaria	77 ⁴		77	59	72	57
Burkina Faso	37	15	59	37 ⁷	15	59
Burundi	72 ^{2,4}		72 ²	77 ⁷		77
Côte d'Ivoire				7		
Camerún	70 ^{2,4}		70 ²			
Chad				17		17
Chile				7		43
China	46 ⁴		46	74		74
Colombia						21
Comoras	59 ⁴		59	74 ⁷	0	74
Costa Rica						
Cuba	60	59	65	97	96	98
República Checa						
Congo, República Democrática del				26 ⁷		26
Djibouti				89		89
Rep. Dominicana				44		
Ecuador			76			
El Salvador	73					77
Eritrea	88 ^{3,4}		88 ³			
Estonia						
Gabón	29	27	29	35	48	34
Georgia				67		67
Ghana				48		
Grecia				14		14
Guatemala	93 ⁴		93	93 ⁷		93
Guinea	92 ⁴		92	89		89
Guyana	28 ⁴		28			
Honduras	23 ⁴		23	33		33
Hungría						
India				31		31
Indonesia	40	60	34	29 ⁷	55	24
Jamaica	60					
Kazajstán	71 ³			88		88
Kirguistán	89 ^{3,4}		89 ³	61		61
República Democrática Popular Lao				70		70
Letonia						
Libano	<1 ³	11 ³	22 ³			
Lituania	43 ⁴		43	74		74
Malawi	69		69			
Malasia	86 ⁴			12		

Indicador 9 del UNGASS

USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES

HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES

2007			2009			2007	2009
Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Todos
			17	17			
						98	
54	55	44				10	
			2	2	0		22
						48	71
82	82	90	2 ⁷	2		13	8 ⁷
56	54	61	64	64	64	90	85
			0	0	0		
							51
			32	39			
			40				37
47	45	60	52	52	52	30	38
						100 ³	100 ⁷
							57
25	25	25	39	38	45	38	75
						26	64
						56	92
							65
						49	
						62	58
						56	56 ⁷
17 ⁵	17		11	11			66 ⁷
						19	74
						75	75 ⁷
						17	⁷
						24	31 ⁷
							55
			15	9	22		18
45	44	55	43 ⁷	43	52	40	44 ⁷
44 ³			60	60	61	48 ³	68
78 ³	78 ³	78 ³	38	36	48	77 ³	
47	45	53	⁷				
						15 ³	
						40	43
			7			100 ³	

PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL SEXO, USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES Y HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES RIESGO QUE ACCEDIERON A LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN¹

PROFESIONALES DEL SEXO

	2007 ¹			2009		
	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres
México	36	55	28	60	61	59
Moldova	96		96	15		15
Mongolia	64			74		74
Montenegro				44	43	45
Marruecos	49 ⁴		49	49 ⁷		49
Myanmar				76		76
Nepal	42	56	39		93	41
Nigeria				49 ⁷		49
Noruega						
Pakistán	3 ³	3 ³	2 ³	10	13	6
Panamá	76	73	78	76 ⁷	73	78
Papua Nueva Guinea	31 ⁴		31	31 ⁷		31
Paraguay	18					
Perú			80			
Filipinas	14 ⁴		14	55		55
Rumania				33		33
Federación de Rusia	39			22		22
Santa Lucía						
Santo Tomé y Príncipe	80 ^{3,4}		80 ³			
Senegal						
Serbia				30	19	38
Sierra Leona	73 ⁴		73			
Singapur			100 ³			
Eslovenia						
Sudán				2		2
Swazilandia	77 ^{3,4}		77 ³	100		100
Suecia	50 ³	100 ³	55 ³	43	41	50
Tayikistán	60 ⁴		60	51		51
Togo	76	75	81	82	63	84
Túnez				38		38
Turquía	42 ⁴		42			
Ucrania	69 ⁴		69	58		
República Unida de Tanzania						68
Uzbekistán				71		71
Viet Nam	65 ^{3,4}		65 ³	47		47
Zambia	63 ^{2,4}		63 ^{2,3}			

¹ Fecha de informe 2007, pero la recopilación de datos puede variar de 2005 a 2007.

² La recopilación de datos comenzó antes de 2005

³ Metodología no armonizada con las directrices del UNGASS 2008.

⁴ Mujeres únicamente.

⁵ Varones únicamente.

⁷ La recopilación de datos comenzó antes de 2008.

USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES
HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES

2007			2009			2007	2009
Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Todos
5	5	4	20	22	13	18	38
89	89	89	7	7	8	86	77
			53	53			69
78 ⁵	78		57	57		47	77
			59 ⁷	60	54		60 ⁷
							56 ⁷
	16 ³		51	51			
						89	89 ⁷
						10	10
						44	
14	13	28	11	11	17	19	29
						59	
24	33	21	14	11	21	17	
							100
							85 ⁷
			21	19	25		14
							85
27	26	30	8	8	12		54
25	21	41	64	63	69		
							46
							53
	22	30				19	
46	45	50	32	31	33	50	63
			34	32	49		42
43 ³	43 ³		15	15		26	24

PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL SEXO, HOMBRES Y MUJERES, QUE AFIRMAN HABER USADO PRESERVATIVO CON SU CLIENTE MÁS RECIENTE

	2005 ⁷			2007 ⁷		
	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres
Afganistán				50 ^{3,5}		50 ³
Angola				78 ⁵		78
Argentina						
Armenia	89	100	89	91 ⁵		91
Azerbaiyán						
Bangladesh	40	44	32	63	44	67
Barbados				80 ⁵		80
Belarús	77	100	77	76 ⁵		76
Benín				83 ⁵		83
Bolivia				88 ⁴	57 ⁴	88 ⁴
Bosnia y Herzegovina						
Brasil						
Bulgaria				95 ⁵		95
Burkina Faso	96			99	98	99
Burundi	74		74	74 ^{2,5}		74 ²
Côte d'Ivoire				96 ⁵		96
Camboya	96		96	99 ⁵		99
Camerún				74 ^{2,4,5}		74 ^{2,4}
Canadá					61 ⁴	80 ⁴
Cabo Verde				74 ⁵		74
Chad						
Chile						
China			69	82 ⁵		82
Colombia				89	82	97
Comoras				59 ⁵		59
Costa Rica				92 ⁵		92
Croacia				86 ²		
Cuba				61	63	56
Congo, República Democrática del				61 ^{2,5}		61 ²
Djibouti						
República Dominicana				96 ²		
Ecuador						95
Egipto						
El Salvador				96	89	97
Eritrea				76 ⁵		
Estonia				94 ⁵		94
Etiopía				87 ⁵		84
Gabón				67	53	67
Georgia			95	94 ⁵		94
Alemania						
Ghana				98		
Grecia						
Guatemala				96	91	97
Guinea				100 ⁵		100
Guinea-Bissau						60
Guyana				89 ⁵		89
Haití				90 ⁵		90
Honduras				68	71	66
India						88
Indonesia	55	48	56	69	72	68
Irán, República Islámica del				55 ⁵		55
Jamaica	84			84		
Japón						
Jordania						
Kazajstán				97 ⁵		97
Kenya						

Indicador 18 del UNGASS

2009⁷

Todos	Varones	Mujeres
58		58
81 ⁵		81
99 ^{1,5}		99
75 ^{1,5}		75
63 ¹	44	67
70		70
25 ⁵		25
87 ⁵		87
76 ⁵		76
		90
93	90	94
99 ¹	98	99
82 ^{1,5}		82
97	97	97
99 ^{1,5}		99
73 ⁵		73
38 ⁵		38 ¹
		73 ¹
85 ⁵		85
		96
59 ^{1,5}		59
89		
98		
56	53	63
62 ^{1,5}		62
94		94
81		81
		97
21 ¹	9	31
		90
45 ⁵		45
94 ^{1,5}		94
98 ^{1,5}		98
76	57	77
99 ⁵		99
64	62	64
5 ⁵		5
96 ¹	91	97
65 ⁵		65
93 ⁵		93
61 ⁵		61
90		
80	87	79
83 ⁵		83
68 ¹	79	66
55 ^{1,5}		55
97 ⁵		97
65 ^{1,5}		65
51 ⁵		51
96 ⁵		96
		88

A2

PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL SEXO, HOMBRES Y MUJERES, QUE AFIRMAN HABER USADO PRESERVATIVO CON SU CLIENTE MÁS RECIENTE

	2005 ⁷			2007 ⁷		
	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres
Kirguistán	81			84 ⁵		84
República Democrática Popular Lao	83	59	89			
Libano				34 ⁴	47 ⁴	34 ⁴
Lituania				77 ⁵		77
Madagascar				79		
Malawi				69 ⁵		69
Malasia				35 ²		
Malí				99 ⁵		99
Mauritania						
Mauricio				100 ^{2,5}		100 ²
México				96	96	96
Moldova	98			93 ⁵		93
Mongolia	94	50	96	92 ⁵		92
Montenegro						
Marruecos	38		38	54 ⁵		54
Myanmar						
Nepal	67			81	93	77
Nicaragua						
Niger				96 ⁵		96
Nigeria				98 ⁵		98
Pakistán	23	7	37	34	21	45
Panamá	92	91	92	76	64	84
Papua Nueva Guinea				94 ⁵		94
Paraguay				76	71	78
Perú					42	96
Filipinas				65	50	65
Polonia						46 ²
Rumania			85	85 ⁵		85
Federación de Rusia	77			92 ⁵		92
Rwanda				87 ⁵		87
Santo Tomé y Príncipe						60
Senegal	86		87	99 ⁵		99
Serbia						
Sierra Leona				68 ⁵		68
Singapur						99
Somalia						
Sri Lanka			65	89 ⁵		89
Sudán						
Suriname				70	79	68
Swazilandia				98 ⁵		98
Suecia				22	100	20
Suiza					72	
Tayikistán				75 ⁵		75
Tailandia				96 ^{4,5}		
ex República Yugoslava de Macedonia	86	88	84	78	93	75
Timor-Leste						
Togo				78	76	84
Túnez						
Turquía				33 ⁵		33
Ucrania	80		80	86 ⁵		86
Uruguay						
Uzbekistán				65 ⁵		65
Vanuatu						
Viet Nam	90		90	97 ^{4,5}		97 ⁴
Zambia				81	72	82
Zimbabwe				4 ^{4,6}	4 ⁴	

¹ La recopilación de datos comenzó antes de 2008.

² La recopilación de datos comenzó antes de 2005.

³ Periodo de recopilación de datos sin definir.

⁴ Metodología no armonizada con las directrices del UNGASS 2008.

⁵ Mujeres únicamente.

⁶ Varones únicamente.

⁷ La metodología puede variar para países individuales.

2009⁷

Todos	Varones	Mujeres
94 ⁵		94
94 ⁵		94
92 ⁵		92
		92
61		
99 ^{1,5}		99
88 ^{1,5}		88
62	45	66
91 ⁵		91
90 ⁵		90
72 ¹	64	73
54 ^{1,5}		54
96 ⁵		96
	38	75
74		
85 ⁵		85
98 ^{1,5}		98
38	33	43
76 ¹	64	84
50	42	53
65 ⁵		65
98 ⁵		98
71 ⁵		71
87 ^{1,5}		87
97 ^{1,5}		97
91	93	89
		68 ¹
99		
		25
89 ^{1,5}		89
45 ⁵		45
87		
87 ⁵		87
19	20	14
	72 ^{1,6}	
84 ⁵		84
92 ⁵		92
78 ¹	93	75
		65
88	67	89
52 ⁵		52
		42
88 ⁵		88
76 ⁶	76	
81 ⁵		81
67 ^{1,5}		67
78 ⁵		78

A2

**PORCENTAJE DE HOMBRES
QUE AFIRMAN HABER USADO
PRESERVATIVO EN SU ÚLTIMA
RELACIÓN SEXUAL ANAL CON
UNA PAREJA MASCULINA**

	2005 ⁵	2007 ⁵	2009 ⁵
Argentina		91	
Armenia	30	84	
Australia		58 ^{3,4}	47
Azerbaiyán			57
Bahamas		69	69
Bangladesh	49	24	31 ¹
Barbados			
Belarús	62	67	61
Bolivia			69
Bosnia y Herzegovina			56
Brasil			48
Bulgaria		46	70
Burkina Faso			52
Côte d'Ivoire		47	42
Camboya		86	86
Camerún			43
Canadá			62 ¹
Chile		29	56
China	41	64	73
Costa Rica		71	65
Cuba		55	52
República Checa			30
Dinamarca			73
República Dominicana		79 ²	66
Egipto			13 ¹
El Salvador		83	55
Estonia		47	47
Fiji	20		
Georgia	54		62
Alemania		58	59
Ghana		48	
Grecia		89	11
Guatemala		78	78
Guyana		81	84
Haiti		73	73 ¹
Honduras		47	47 ¹
Hungría			25
India			58
Indonesia	48	39	57
Irán, República Islámica del			38 ¹
Jamaica			73
Japón		55	65
Kazajstán		66	76
Kenya		75	
Kirguistán	68	81	
República Democrática Popular Lao		24 ⁴	
Letonia			50
Libano		39 ⁴	
Lituania		58	47
Malasia			21
Mali		54	54
Mauricio		52 ²	
México		79	64
Moldova	63	48	

Indicador 19 del UNGASS

	2005 ⁵	2007 ⁵	2009 ⁵
Mongolia	13	67	78
Myanmar			82
Nepal		74	75
Nicaragua			36
Nigeria		53	53
Noruega			53
Pakistán	8	24	
Panamá	84	86	86
Papua Nueva Guinea		88 ⁴	51
Paraguay			63
Perú	46	47	
Filipinas		32	32
Polonia		32 ^{2,4}	
Portugal			43
Rumania		73	43
Federación de Rusia	39	60	56
Rwanda			50
Santa Lucía		74	63
Senegal	45	55 ²	76
Serbia			67
Singapur			17
Eslovenia		75 ⁴	43
Sudáfrica			35
España			66
Sri Lanka		61	61
Suriname		89	89 ¹
Suecia		42 ⁴	51
Suiza		80 ⁴	80
Tailandia		88	
ex República Yugoslava de Macedonia	29	56	56
Timor-Leste			38
Togo		60	72
Trinidad y Tobago		47 ²	
Túnez			40
Turquía		37	
Tuvalu		63	
Ucrania	72	39	64
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte			63 ¹
Uruguay			47
Uzbekistán		61	87
Vanuatu			63
Viet Nam		61	66

¹ La recopilación de datos comenzó antes de 2008.

² La recopilación de datos comenzó antes de 2005.

³ Período de recopilación de datos sin definir.

⁴ Metodología no armonizada con las directrices del UNGASS 2008.

⁵ La metodología puede variar para países individuales.

PORCENTAJE DE USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES QUE AFIRMAN HABER USADO PRESERVATIVO LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVIERON RELACIONES SEXUALES

	2007 ^{1,6}			2009 ⁴		
	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres
Afganistán				35	35	
Argentina	64	63	65	5		
Armenia	56	56	55			
Australia	20 ³	20 ³	20 ³	27	27	25
Azerbaiyán	18 ²			15	16	8
Bangladesh	44	44	55	43 ⁵	43	
Belarús	59	57	65	59	56	68
Benín				30	29	33
Bosnia y Herzegovina	23 ⁴	23		30		
Brasil				70		
Bulgaria	19	18	28	38	37	43
Canadá	43			39 ⁵	42	35
China	34 ³	32 ³	43 ³	36	35	42
Croacia				50		
Egipto					5 ⁵	
Estonia	68	66	74	66	66	113
Georgia	48 ⁴	48		78	78	
Grecia	48					
India				16	16	
Indonesia	34	34	30	36	36	35
Irán, República Islámica del	33	33	30	33	33	30
Japón	65 ⁴	65				
Jordania						
Kazajstán	37	37	36	46	46	47
Kirguistán	11	11	9	53	55	48
Letonia	38	40	34			
Líbano	15 ³	15 ³		43		
Luxemburgo				49		
Malasia	5 ²			28		
Mauricio	13 ²	15 ²	0 ²	31		
México	29	27	38	28	29	25
Moldova	68	73	52	36	41	12
Montenegro						
Marruecos	13	12	21	13	12	21
Myanmar				78	78	
Nepal	38 ⁴	38		51	51	
Nigeria	66	66	68	66	66	68
Pakistán		21		31	31	
Paraguay	33	33	36	22		
Filipinas				22	23	0
Portugal				38	39	31
Rumania				17	18	12
Federación de Rusia	37	39	31	45	46	40
Serbia				29	29	29
España				55		
Suecia	25	28	19	7	8	0
Suiza	50 ³	53 ³	42 ³	50 ⁵	53	42
Tayikistán	36	33	47	28	26	40
Tailandia	35			42	45	29
ex República Yugoslava de Macedonia	51	51	51	51	51	51
Túnez				35		
Turquía	10	9	13			
Ucrania	55	55	56	48	50	45
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte				44	43	46
Uzbekistán	39	37	50	26	25	32
Viet Nam	36 ^{3,4}	36 ³		52	52	

Indicador 20 del UNGASS

¹ Fecha de informe 2007, pero la recopilación de datos puede variar de 2005 a 2007.

² El período de recopilación de datos comenzó antes de 2005.

³ Metodología no armonizada con las directrices del UNGASS 2008.

⁴ Varones únicamente.

⁵ La recopilación de datos comenzó antes de 2008.

⁶ La metodología puede variar para países individuales.

PORCENTAJE DE USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES QUE AFIRMAN HABER UTILIZADO EQUIPO DE INYECCIÓN ESTÉRIL LA ÚLTIMA VEZ QUE SE INYECTARON

	2007 ⁶			2009 ⁶		
	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres
Afganistán	46			94	94	
Albania				82		
Argentina	65	64	67	91		
Armenia	95	95	93			
Australia	71 ⁴			80		
Azerbaiyán	77			62	62	65
Bangladesh	34	34	74	32 ¹	32	
Belarús	71	71	70	87	87	88
Bélgica				53		
Benin				31	31	33
Bosnia y Herzegovina	25 ⁵	25		87	90	
Brasil				54		
Bulgaria	25	26	23	86	87	84
Canadá	68 ^{3,4}					
China	41	42	32	72	72	68
Egipto					40 ¹	
Georgia	93 ⁵	93		48	48	
Grecia	67					
Hungría				74		
India				87	83	90
Indonesia	82 ²	82 ²	89 ²	88 ¹	88	94
Irán, República Islámica del	75	75	62	74	75	62
Japón	47 ⁵	47				
Kazajistán	59	59	58	63	65	55
Kirguistán	77	76	81			
Letonia	90	87	96	82	85	80
Líbano	60 ⁴	63 ⁴	0 ⁴			
Lituania				98	98	97
Luxemburgo				71		
Malasia	28 ²			83		
Maldivas				72	74	29
Mauricio	32 ²	32 ²	33 ²	72		
México	14	15	9	40	39	43
Moldova	96	96	95	99	99	100
Montenegro				24		
Marruecos	7	7	12	7 ¹	7	12
Myanmar				81	81	
Nepal	96 ⁵	96		99	99	
Nigeria	89	89	86	89	89	86
Pakistán		28		77	77	
Paraguay	80	80	79	71		
Filipinas	48	47	63	85	84	94
Portugal				69	71	59
Rumanía	28 ²	30 ²	17 ²	85	86	83
Federación de Rusia	82	83	81	83	85	76
Serbia				80	81	73
España				81		
Suecia	38	38	35	58	58	58
Suiza	94 ⁴	95 ⁴	92 ⁴	94 ¹	95	92
Tayikistán	32	35	21	63	61	84
Tailandia				63	63	64
ex República Yugoslava de Macedonia	73	73	69	73	73	69
Timor-Leste					3	11
Túnez				78		
Turquía	10	9	13			
Ucrania	84	85	81	87	89	84
RReino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte				81	82	77
Uzbekistán	23	23	25	82	81	81
Viet Nam	89 ⁵	89		95	95	

Indicador 21 del UNGASS

¹ El período de recopilación de datos comenzó antes de 2008.

² El período de recopilación de datos comenzó antes de 2005.

³ Metodología no armonizada con las directrices del UNGASS 2008.

⁴ Varones únicamente.

⁵ La metodología puede variar para países individuales.

PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL SEXO, USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES Y HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES QUE SE HAN SOMETIDO A LA PRUEBA DEL VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y QUE CONOCEN LOS RESULTADOS

PROFESIONALES DEL SEXO

	2005	2007 ¹		2009			
	Todos	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres
Afganistán		11 ⁵		11	4		4
Albania							
Algeria							
Angola		42 ⁵		42	35		35
Argentina	36		38	65	62		
Armenia	33	18 ⁵		18			
Australia		63 ⁵		63	82		44
Azerbaiyán					6 ⁷		6
Bahamas							
Bangladesh	2 ⁵	6	8	5	4 ⁷	4	4
Barbados		73 ^{4,5}		73 ⁴	73 ⁷		73
Belarús	49	63 ⁵		63	85		85
Bélgica							
Benin		30 ⁵		30	87		87
Bolivia		78 ⁴	85 ⁴	78 ⁴	45		45
Bosnia y Herzegovina		96 ^{2,4}			14		14
Brasil							18
Bulgaria		53 ⁵		53	58	60	58
Burkina Faso		94 ^{4,5}		94 ⁴	100		100
Burundi	38	38 ^{2,5}		38 ²	65 ⁷		65
Côte d'Ivoire		51 ⁵		51	51 ⁷		51
Camboya		68 ⁵		68	68 ⁷		68
Camerún		32 ^{2,5}		32 ²			
Canadá							
Chad					38		38
Chile					⁷		85
China		29 ⁵		29	37		37
Colombia		82	71	85			42
Comoras					100 ⁷	0	100
Rep. Democrática del Congo	3						
Costa Rica					49		
Cuba		36	38	32	35	35	35
República Checa							
Rep. Democrática del Congo		37 ^{2,5}		37 ²	36 ⁷		36
Dinamarca							
Djibouti					85		85
República Dominicana		64 ^{2,5}		64 ²	67		67
Ecuador				87 ⁴			
El Salvador		96 ⁵		96			89
Eritrea		78			93		93
Estonia		52 ⁵		56	52 ⁷		52
Etiopía		97 ⁵		97	97 ⁷		
Finlandia							
Gabón		54	33	55	64	52	65
Georgia	24	33 ⁵		33	28		28
Alemania							
Ghana		39					
Grecia					66		66
Guatemala		93 ⁵		93	93 ⁷		93
Guinea		58 ⁵		58			

Indicador 8 del UNGASS

USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES

HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES

2005			2007 ¹			2009			2005			2007 ¹			2009		
Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres
			6			22	22										
15						17									45		
	47	43	62						96	98	85 ⁷						
21	23	23	13						42	5							
	57 ⁴									50	61						
				5	5	15				61	50						
3	3 ⁶	3		4 ⁷	4					6	3 ⁷						
39	49	49	49	57	56	58			55	53	80						
				36 ⁷	35	40				62 ³	86						
				25	25	33									100 ⁴	35	
	53 ⁶	53		31	28					10 ^{2,4}	26						
				13							19						
	38	36	52	48	47	49				29	42						
											100						
										57 ⁴	57 ⁷						
				35 ⁷						58	58 ⁷						
	59			47 ⁷	44	52				43 ⁴	34						
										37	25						
	41	40	45	37	36	46				33	45						
										61							
									8								
										43	61						
										33	32						
				34 ⁷							43						
											55						
											33						
										50 ⁴	33						
										55	85						
	62	63	60	47 ⁷	45	62				27 ⁴	27 ⁷						
				63													
6	9 ⁶	9		6	6				27	30 ²	24 ⁷						
										18	23 ⁷						
										25							
										39	78						
										64	64 ⁷						

A2

PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL SEXO, USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES Y HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES QUE SE HAN SOMETIDO A LA PRUEBA DEL VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y QUE CONOCEN LOS RESULTADOS

PROFESIONALES DEL SEXO

	2005	2007 ¹		2009			
	Todos	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres
Guinea-Bissau					43		43
Guyana		64		64	88		88
Haití		71			71 ⁷		
Honduras		71 ⁵		71	76		76
Hungría							
India				34	32		32
Indonesia	15	31	52	25	33 ⁷	57	28
Irán, República Islámica del)		20 ⁵		20	20 ⁷		20
Jamaica	43	43 ⁵		43	73		73
Japón							
Kazajstán		70 ⁵		70	81		81
Kenya		12 ²					92
Kirguistán		53 ⁵		53	42		42
Rep. Democrática Popular Lao	9				14		14
Letonia							
Libano		24 ⁴	11 ⁴	25 ⁴	7		69
Lituania		50 ⁵		50	53		53
Luxemburgo							
Madagascar		49 ⁵		49			
Malawi		69 ⁵		69			
Malasia		100 ^{3,4}			20		
Maldivas					14		14
Mali		7			91 ⁷		91
Mauritania		100 ^{4,5}		100 ⁴	69 ⁷		69
Mauricio		30 ²					
México		72	63	76			
Moldova		31 ⁵		31	23		23
Mongolia	67	53 ⁵		53	52		52
Montenegro		73 ^{4,5}		73 ⁴	83 ⁷		
Marruecos		51 ⁵		51	51 ⁷		51
Myanmar					71		71
Nepal		40	52	37		65	32
Nicaragua					91		
Niger		38 ⁵		38	45		45
Nigeria		38 ⁵		38	38 ⁷		38
Noruega							
Pakistán		4	4	5	14	13	15
Panamá	77	55	59	52	55 ⁷	59	52
Papua Nueva Guinea		47 ⁵		47	56	47	60
Paraguay		100 ⁵	100	100	100		100
Perú				54 ⁴	20	6	55
Filipinas		12 ⁵		12	19		19
Polonia							
Portugal							
Rumania	36	35 ⁵		35	29		29
Federación de Rusia		61 ⁵		61	39		39
Rwanda		65 ⁵		65	7		65
Santa Lucía							
Santo Tomé y Príncipe		72 ^{4,5}		72 ⁴	31 ⁷		31

USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES

HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES

2005		2007 ¹		2009			2005		2007 ¹		2009	
Todos	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Todos	Todos	Todos	Todos	
								44		87		
								48		71 ⁷		
								40		29 ⁷		
	8			100	100	100				100		
				21	9	36				17		
18	36	36	42	44 ⁷	43	61	15	32		34 ⁷		
9	23	23	16	23 ⁷	23	16				11 ⁷		
										53 ⁷		
								38		32		
	42	41	49	56	56	56		38		60		
								40				
	34	32	43	40	39	45		70				
								5		14		
	61	62	60	63 ⁷	60	70				26		
	4 ⁴	2 ⁴	50 ⁴					14 ⁴		30		
	64	60	81	73 ⁷	73	72		28		41		
				65 ⁷								
	100 ⁴			33				100				
				17	15	67				10		
								15 ⁴				
	20 ²	24 ²	0 ²	75				16 ²				
	31 ²	28 ²	48 ²	32	29	49		54		50		
	34	33	38	48	49	41		38				
							23	60		78		
								81 ⁴				
13	13	13	11	13 ⁷	13	10						
				27	27					48		
	21 ⁶	21		22	22			30		42		
	23	23	33	23 ⁷	23	32		30		30 ⁷		
										56 ⁷		
		4 ⁴		12	12							
							45	76		76 ⁷		
								42		67		
	100	100	100					100		100		
								21		6		
	4	4	15	1	2	0		16		7		
	<1							<1				
				36 ⁷	35	41				27 ⁷		
36	16 ⁴	17 ⁴	10 ⁴	19	18	20		47		75		
	46	44	50	26	23	33		32		61		
										47		
	100 ⁴	100 ⁴	100 ⁴	17	16	23				100		

A2

PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL SEXO, USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES Y HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES QUE SE HAN SOMETIDO A LA PRUEBA DEL VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y QUE CONOCEN LOS RESULTADOS

PROFESIONALES DEL SEXO

	2005	2007 ¹		2009			
	Todos	Todos	Varones	Mujeres	Todos	Varones	Mujeres
Senegal		70 ⁵		70	70		70
Serbia					45	35	52
Sierra Leona		79	75		48 ⁷		48
Singapur				100	100		100
Eslovenia							
Somalia							5
Sudáfrica							
España		67 ^{2,4,5}			67 ⁷		
Sri Lanka		43 ⁵		43	43 ⁷		43
Sudán					7		7
Suriname		62	75	59	64		
Swazilandia		94 ^{4,5}		94 ⁴			
Suecia		34 ⁴	100 ⁴	33 ⁴	78	70	100
Suiza			38		7	38	
Tayikistán		29 ⁵		29	42		42
Tailandia		53	54	52	36	35	36
ex República Yugoslava de Macedonia	67	47	87	39	47 ⁷	87	39
Timor-Leste							53
Togo		40	22	89	58	43	59
Tonga							
Túnez				100 ⁴	14		14
Turquía	26	97	100	97			
Ucrania	32	46 ⁵		46	59		
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte							
Uruguay					26	26	
Uzbekistán		19 ⁵		19	35		35
Vanuatu					12 ⁷		12
Viet Nam		15 ⁵		15	35		35
Zambia		17	14	23			

¹ Fecha de informe 2007, pero la recopilación de datos puede variar de 2005 a 2007.

² La recopilación de datos comenzó antes de 2005.

³ Período de recopilación de datos sin definir.

⁴ Metodología no armonizada con las directrices del UNGASS 2008.

⁵ Mujeres únicamente.

⁶ Varones únicamente.

⁷ La recopilación de datos comenzó antes de 2008.



20 Avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org

