

INFORME MUNDIAL

INFORME DE ONUSIDA SOBRE LA
EPIDEMIA MUNDIAL DE SIDA | 2012

Derechos de autor © 2012

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).
Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Informe mundial: informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2012.

“ONUSIDA / JC2417S”

1. Infecciones por VIH – epidemiología. 2. Infecciones por VIH – terapia. 3. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – epidemiología.
4. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – prevención y control. I. ONUSIDA.

ISBN 978-92-9253-011-2

(Clasificación NLM: WC 503.4)

INFORME MUNDIAL

INFORME DE ONUSIDA SOBRE LA
EPIDEMIA MUNDIAL DE SIDA | 2012

ÍNDICE



PRÓLOGO		4
INTRODUCCIÓN		6
SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA		8
OBJETIVO 1	<i>Transmisión sexual</i>	16
OBJETIVO 2	<i>Usuarios de drogas inyectables</i>	34
OBJETIVO 3	<i>Eliminar la infección por el VIH entre niños y mantener con vida a sus madres</i>	42
OBJETIVO 4	<i>Tratamiento</i>	50
OBJETIVO 5	<i>Tuberculosis y VIH</i>	58
OBJETIVO 6	<i>Recursos y gasto</i>	62
OBJETIVO 7	<i>El género y la respuesta al VIH</i>	70
OBJETIVO 8	<i>Estigma, discriminación y legislación</i>	78
OBJETIVO 9	<i>Eliminación de las restricciones a la entrada, la estancia y la residencia</i>	86
OBJETIVO 10	<i>Integración</i>	90
REFERENCIAS		96
ANEXOS		A1

PRÓLOGO



Los progresos reflejados en este informe infundirán esperanza en todo el mundo. Los países siguen consiguiendo resultados impresionantes en la respuesta al sida, tanto salvando vidas como evitando nuevas infecciones.

Incluso en un momento en que la recuperación económica mundial sigue siendo incierta, nuestra visión de llegar a cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el sida sigue ocupando un lugar prominente en la agenda internacional. Los datos aquí presentados indican que los países están cumpliendo sus compromisos de alcanzar las metas de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011.

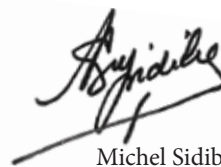
El ritmo de los avances se ha acelerado. Los logros que anteriormente llevaba tiempo conseguir se alcanzan ahora mucho antes. En tan solo 24 meses, el número de personas

que ha accedido a tratamiento vital para el VIH se ha incrementado un 60%, con su correspondiente descenso en la mortalidad. Las tasas de nuevas infecciones han caído un 50% o más en 25 países, 13 de ellos en África subsahariana. La mitad de los descensos en las infecciones por el VIH de los últimos dos años corresponden a niños, lo que alienta nuestra convicción de que no solo es posible conseguir una generación libre de sida, sino que es algo inminente.

Sin embargo, es demasiado pronto para felicitarnos. El sida no ha terminado. Los datos de este informe, facilitados por un número récord de 186 Estados miembros de las Naciones Unidas, indican que en muchos países las personas que viven con el VIH o que se ven afectadas de alguna manera por el virus todavía se enfrentan a estigma, discriminación e injusticias. Las mujeres y las niñas corren un riesgo aún mayor debido a la desigualdad de género

y a la violencia sexual. Asimismo, todavía existe una diferencia del 30% entre los recursos disponibles y los que se necesitan anualmente hasta 2015.

Tenemos por delante unos 1000 días hasta que se cumpla el plazo para conseguir los objetivos relacionados con el sida en 2015. Cada uno de estos días pondrá a prueba nuestro compromiso de acabar con esta epidemia. Confiamos en que todos nuestros asociados mundiales, regionales y nacionales se unan para seguir progresando en la respuesta al sida y conseguir resultados sin precedentes para las personas. Nuestras metas están a la vista.



Michel Sidibé
Director ejecutivo de ONUSIDA
Secretario General Adjunto
de las Naciones Unidas

INTRODUCCIÓN

La comunidad mundial se ha embarcado en la histórica misión de establecer los cimientos del fin definitivo de la epidemia de sida.

Este esfuerzo es más que un simple ideal. Es completamente factible. Se han conseguido avances sin precedentes en la reducción de nuevas infecciones por el VIH en adultos y niños y del número de personas que mueren por causas relacionadas con el sida, así como en la aplicación de marcos políticos habilitantes que aceleran estos avances. Una nueva era de esperanza se ha abierto camino en países y comunidades de todo el mundo que previamente estaban devastados por el sida.

Sin embargo, solo renovando y manteniendo nuestros compromisos y solidaridad, y utilizando los datos y los limitados recursos disponibles de la manera más eficiente y eficaz posible, podremos conseguir un mundo en el que el sida haya sido erradicado por completo.

Reconociendo la oportunidad real de planificar el fin del sida, los países se comprometieron en la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el sida (1) a tomar las medidas necesarias para conseguir una serie de objetivos ambiciosos para 2015. Partiendo de dicha Declaración, ONUSIDA ha articulado 10 metas específicas para 2015 a fin de dirigir las acciones colectivas:

1. Reducir la transmisión sexual un 50%.
2. Reducir la transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectables un 50%.
3. Eliminar las nuevas infecciones entre niños y reducir significativamente el número de madres que fallecen por causas relacionadas con el sida.
4. Ofrecer tratamiento antirretrovírico a 15 millones de personas.
5. Reducir un 50% el número de personas seropositivas que mueren como consecuencia de la tuberculosis.
6. Acabar con el déficit de recursos para el sida y conseguir una inversión anual global de entre 22.000 y 24.000 millones de USD en países de ingresos bajos y medios.
7. Eliminar las desigualdades, los maltratos y la violencia de género y mejorar la capacidad de mujeres y niñas para que puedan protegerse del VIH.
8. Eliminar el estigma y la discriminación de las personas que viven con el VIH y de aquellas que se ven afectadas por el virus promoviendo leyes y políticas que garanticen la plena realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
9. Eliminar las restricciones a la entrada, la estancia y la residencia en un territorio que afectan a las personas que viven con el VIH.
10. Eliminar los sistemas paralelos de servicios relacionados con el VIH a fin de fortalecer la integración de la respuesta al sida en las iniciativas mundiales de salud y desarrollo.

Al aceptar los objetivos de la Declaración política de 2011, los países se comprometieron a supervisar e informar de los progresos y dificultades encontradas en sus respuestas nacionales al sida. Para facilitar la presentación bienal de informes sobre los progresos nacionales, ONUSIDA colaboró con los asociados con el objetivo de desarrollar una serie de indicadores centrales sobre los que los países pueden informar. (2)

En 2012, 186 países enviaron informes completos sobre los progresos de sus respuestas nacionales al sida, es decir, el 96% de los 193 Estados miembros de las Naciones Unidas, lo que supone que el sistema de presentación de informes sobre los progresos de la respuesta mundial al sida tiene uno de los mayores índices de respuesta de los mecanismos internacionales de supervisión de la salud y el desarrollo, lo que es un reflejo real del alcance y profundidad del compromiso mundial con la respuesta al sida.

En función de la información facilitada por los países, este informe resume la situación actual del esfuerzo para conseguir los objetivos establecidos en la Declaración política de 2011 para el año 2015. Además de ofrecer una visión global de la situación actual de cada objetivo, identifica las principales tendencias. Utilizando un sistema de puntuación sobre los indicadores clave, el informe permite a los países individuales contrastar sus logros con los de otros países. Los desgloses por regiones facilitan asimismo la posibilidad de comparar los avances de diferentes partes del mundo. Este informe incluye también casos en los que todavía no se han puesto en práctica las políticas y programas recomendados.

Como parte del seguimiento mundial de la respuesta al sida, los países han completado encuestas bastante amplias sobre sus marcos políticos en materia de sida. El Instrumento de compromisos y políticas nacionales obtiene información del proceso de formulación de estrategias nacionales para el sida, la participación de la sociedad civil y otros sectores constituyentes clave, y los enfoques políticos de la prevención y el tratamiento del VIH.

Los resultados aquí resumidos son alentadores, ya que los avances conseguidos hasta la fecha demuestran de forma concluyente la factibilidad de alcanzar los objetivos fijados en la Declaración política de 2011. Sin embargo, las conclusiones también revelan que, para llegar a la mayoría de estos objetivos para 2015, se requiere un importante esfuerzo adicional.

186

**PAÍSES PRESENTARON
INFORMES**

**En 2012, 186 países
presentaron informes
completos sobre sus
respuestas nacionales al
sida: un 96% de los Estados
miembros de las Naciones
Unidas.**

SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA

Aunque el sida sigue siendo uno de los problemas sanitarios más graves a nivel mundial, la solidaridad internacional demostrada durante la última década en la respuesta al sida sigue generando extraordinarios avances sanitarios. Los logros históricos en la ampliación de los programas del VIH, junto con el nacimiento de nuevas y poderosas herramientas para evitar que la gente se infecte y muera por causas relacionadas con el sida, han permitido sentar los cimientos para el fin definitivo de esta enfermedad.

Sin embargo, aunque gran parte de las noticias sobre el sida son alentadoras, todavía persisten grandes dificultades. Si bien el número de nuevas infecciones sigue descendiendo globalmente, algunas epidemias nacionales continúan extendiéndose en diversas partes del mundo. Igualmente, aunque los descensos del número de niños que mueren por causas relacionadas con el sida o que se infectan por el VIH sean sustanciales, deben acelerarse para conseguir los objetivos mundiales.

LA EPIDEMIA MUNDIAL EN UN VISTAZO

A finales de 2011, 34 millones de personas [31,4 millones-35,9 millones] vivían con el VIH en todo el mundo. Se calcula que el 0,8% de los adultos de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años son seropositivos, pero la morbilidad de la epidemia sigue variando considerablemente entre países y regiones.

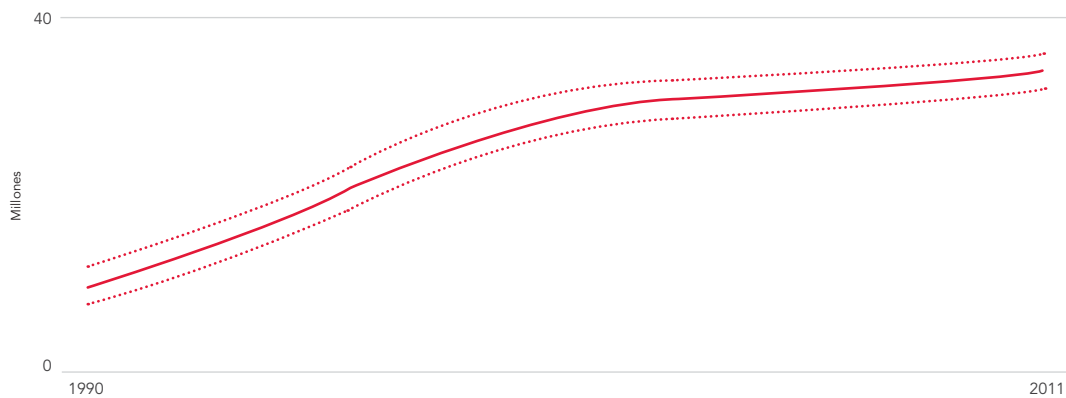
África subsahariana sigue siendo la región más afectada: prácticamente 1 de cada 20 adultos (un 4,9%) vive con el VIH, lo que representa el 69% de las personas seropositivas de todo el mundo. Aunque la prevalencia regional de la infección es casi 25 veces superior en África subsahariana que en Asia, casi 5 millones de personas viven con el virus en Asia meridional, sudoriental y oriental. Después de África subsahariana, las regiones más afectadas son el Caribe y Europa oriental y Asia central, donde en 2011 el 1% de los adultos vivía con el VIH.

DESCENSO DE LAS NUEVAS INFECCIONES

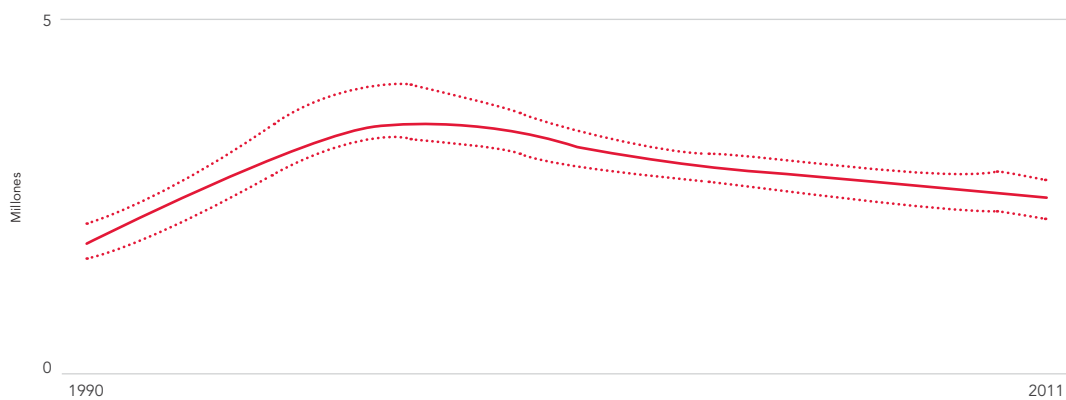
En todo el mundo, la cifra de nuevas infecciones sigue cayendo: el número de personas (adultos y niños) que se infectaron por el VIH en 2011 (2,5 millones [2,2 millones-2,8 millones]) fue un 20% menor que en 2001. Aquí las diferencias son también evidentes. Los mayores descensos de nuevas infecciones desde 2001 han tenido lugar en el Caribe (42%) y África subsahariana (25%).

Tendencias globales del VIH, 1990–2011

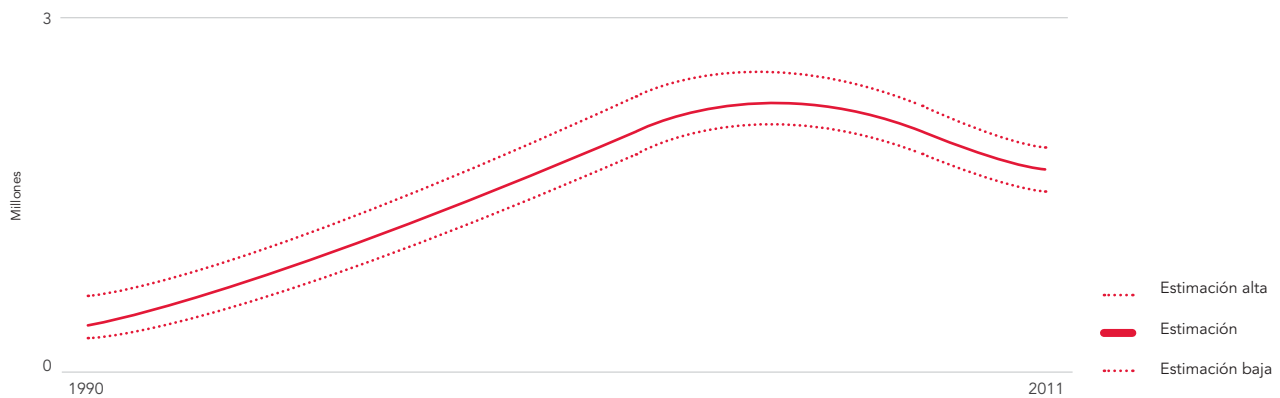
NÚMERO GLOBAL DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH, 1990–2011



NÚMERO GLOBAL DE NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH, 1990–2011



MUERTES GLOBALES DE ADULTOS Y NIÑOS POR CAUSAS RELACIONADAS CON EL SIDA, 1990–2011

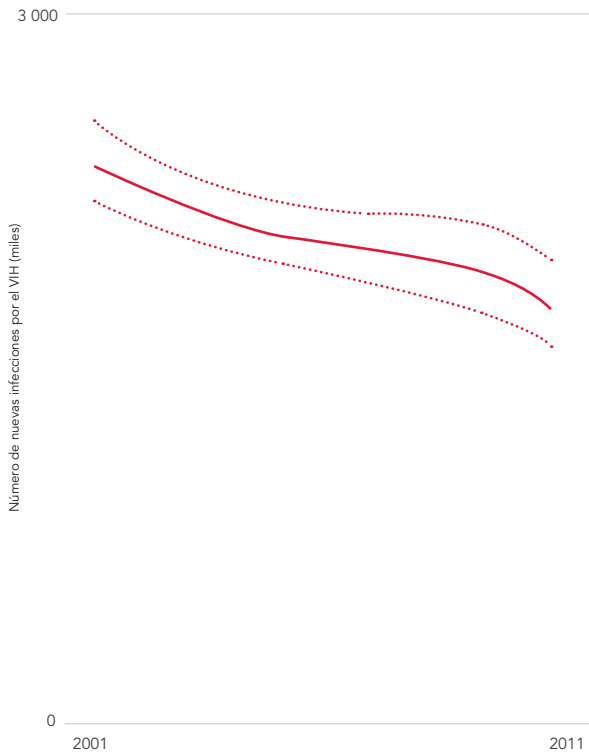


Fuente: Estimaciones de ONUSIDA.

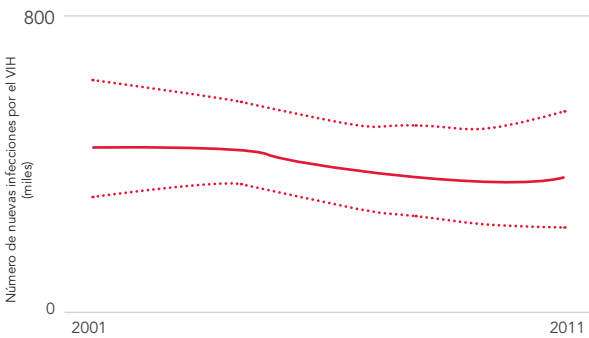
En algunas partes del mundo, las tendencias del VIH (entre niños y adultos) son preocupantes. Desde 2001, el número de nuevas infecciones en Oriente Medio y África septentrional ha aumentado más de un 35% (de 27.000 [22.000-34.000] a 37.000 [29.000-46.000]). Los datos sugieren que la incidencia de la infección en Europa oriental y Asia central comenzó a subir a finales de la primera década del nuevo milenio, tras haber permanecido relativamente estable durante años.

Número de nuevas infecciones por el VIH, 2001-2011, por región

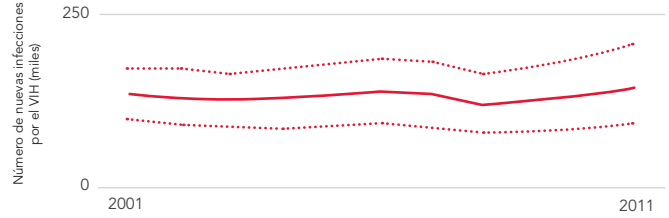
ÁFRICA SUBSAHARIANA



ASIA



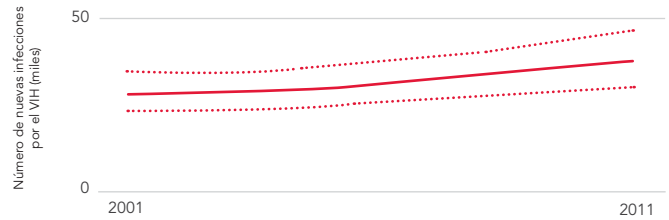
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL



AMÉRICA LATINA



ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL



EL CARIBE



OCEANÍA



..... Estimación alta
 — Estimación
 Estimación baja

Fuente: Estimaciones de ONUSIDA.

Durante la última década, muchas epidemias nacionales han cambiado exponencialmente. En 39 países, la incidencia del VIH entre adultos se redujo más de un 25% entre 2001 y 2011 (ver tabla). Veintitrés de los países que presentan grandes descensos en la incidencia están en África subsahariana, donde el número de personas que se infectaron por el VIH en 2011 (1,8 millones [1,6 millones-2,0 millones] fue un 25% menor que en 2001 (2,4 millones [2,2 millones-2,5 millones])). A pesar de estos avances, en esta región se produjeron en 2011 el 71% de las nuevas infecciones en adultos y niños de todo el mundo, lo que resalta la importancia de continuar y fortalecer las iniciativas de prevención del VIH en la región.

Las tendencias epidemiológicas son menos favorables en otros países. En al menos nueve, el número de nuevas infecciones en 2011 superó en al menos un 25% el de 2001.

Cambios en la incidencia de la infección por el VIH en adultos de entre 15 y 49 años, 2001-2011, países seleccionados



^a Países con cambios inferiores al 25% (por encima o por debajo) en la tasa de incidencia.

Fuente: Estimaciones de ONUSIDA.

Los países que no aparecen en esta tabla no tienen datos y/o análisis suficientes para calcular las últimas tendencias en la incidencia entre adultos ni para evaluar la repercusión de los programas de prevención del VIH para adultos. El análisis, o bien se publicó en documentos revisados por iguales, o se realizó mediante herramientas de elaboración de modelos recomendadas para las estimaciones nacionales sobre el VIH y el sida. Entre los criterios utilizados para incluir a países con modelos de estimación están que dispusieran de, al menos, cuatro años de datos de vigilancia de la prevalencia del VIH en el caso de países con epidemias concentradas y tres años en el caso de países con epidemias generalizadas para cada subpoblación utilizada en el cálculo, que los datos de vigilancia disponibles cubrieran al menos hasta 2009 y que la tendencia en la incidencia estimada no se contradijera con otras fuentes de datos. Para algunos países con epidemias complejas, como aquellos que tienen múltiples grupos de población con diferentes conductas de riesgo así como grandes diferencias geográficas, por ejemplo Brasil, China y la Federación de Rusia, este tipo de evaluación es especialmente compleja y podría no estar concluida en la ronda de estimaciones de 2012.

DESCENSO DE LOS FALLECIMIENTOS POR CAUSAS RELACIONADAS CON EL SIDA

A mediados de la primera década del nuevo milenio, el número de personas que fallecían por causas relacionadas con el sida comenzó a descender gracias a la ampliación de la terapia antirretrovírica y la reducción constante de la incidencia del VIH desde que alcanzara su punto máximo en 1997. En 2011, este descenso continuó y existen pruebas de que en varios países se está acelerando.

1,7
MILLONES DE MUERTES

En 2011, 1,7 millones de personas fallecieron en todo el mundo por causas relacionadas con el sida, un 24% menos que en su máximo de 2005.

En 2011, 1,7 millones [1,5 millones-1,9 millones] de personas fallecieron por causas relacionadas con el sida en todo el mundo, lo que representa un descenso del 24% de la mortalidad relacionada con el VIH respecto de 2005 (cuando se produjeron 2,3 millones [2,1 millones-2,6 millones] de muertes).

En África subsahariana, el número de personas que fallecieron por causas relacionadas con el sida descendió un 32% entre 2005 y 2011, si bien en 2011 se produjeron en la región el 70% de todas las muertes relacionadas con el sida. El Caribe (48%) y Oceanía (41%) fueron testigos de descensos significativos durante este mismo periodo de tiempo. Más modestos son los datos de América Latina (10%), Asia (4%) y Europa occidental y central y América del Norte (1%). Sin embargo, la mortalidad relacionada con el sida aumentó significativamente en otras dos regiones: Europa oriental y Asia central (21%) y Oriente Medio y África septentrional (17%).

Una revisión de las experiencias nacionales ilustra claramente los cambios en las pautas de la mortalidad relacionada con el sida durante los últimos años (ver tabla). En 14 países, el número anual de personas que fallecieron por causas relacionadas con el sida descendió al menos un 50% entre 2005 y 2011. En otros 74 países se registraron descensos notables, aunque más modestos, de entre el 10 y el 49% durante el mismo periodo de seis años.

La ampliación de la terapia antirretrovírica en países de ingresos bajos y medios ha transformado las respuestas nacionales al sida y generado amplios beneficios sanitarios. Desde 1995, la terapia antirretrovírica ha salvado 14 millones de años-vida en estos países, nueve millones en África subsahariana. Como la ampliación programática ha continuado, los beneficios sanitarios se han acelerado y el número de años-vida que la terapia antirretrovírica ha salvado en África subsahariana se ha cuadruplicado en los últimos cuatro años. La experiencia en la provincia hiperendémica de KwaZulu-Natal, en Sudáfrica, ilustra los beneficios macroeconómicos y en los medios de vida de los hogares que se consiguen con la ampliación del acceso al tratamiento, a la vez que aumentan considerablemente las posibilidades de que las personas que reciben terapia consigan empleo.

Cambio porcentual en el número de personas que fallecen por causas relacionadas con el sida, 2005–2011^a

Sin cambios o descenso <25%

Afganistán	Gabón	Nigeria
Angola	Gambia	Pakistán
Argelia	Georgia	Polonia
Armenia	Guatemala	Reino Unido
Australia	Guinea Ecuatorial	República de Moldova
Azerbaiyán	Guinea-Bissau	República Democrática Popular Lao
Bangladesh	Indonesia	Rumania
Belarús	Irán (República Islámica del)	Senegal
Belice	Italia	Serbia
Brasil	Kazajstán	Sierra Leona
Bulgaria	Kirguistán	Singapur
Cabo Verde	Letonia	Somalia
Camerún	Libano	Sri Lanka
Canadá	Madagascar	Sudán
Colombia	Malasia	Tayikistán
Costa Rica	Marruecos	Togo
Cuba	Mauricio	Ucrania
Ecuador	Mauritania	Uganda
Egipto	Mozambique	Uruguay
Estados Unidos de América	Myanmar	Venezuela
Federación de Rusia	Nepal	Viet Nam
Filipinas	Nicaragua	Yemen
Francia	Níger	

Descenso del 25–49%

Alemania	Lesoto
Bahamas	Liberia
Benin	Malawi
Burkina Faso	Malí
Chad	México
Congo	Panamá
Djibouti	Papua Nueva Guinea
El Salvador	República Centroafricana
Eritrea	República Unida de Tanzania
Estado Plurinacional de Bolivia	Sudáfrica
Ghana	Swazilandia
Guinea	Tailandia
Haití	
Honduras	
Jamaica	

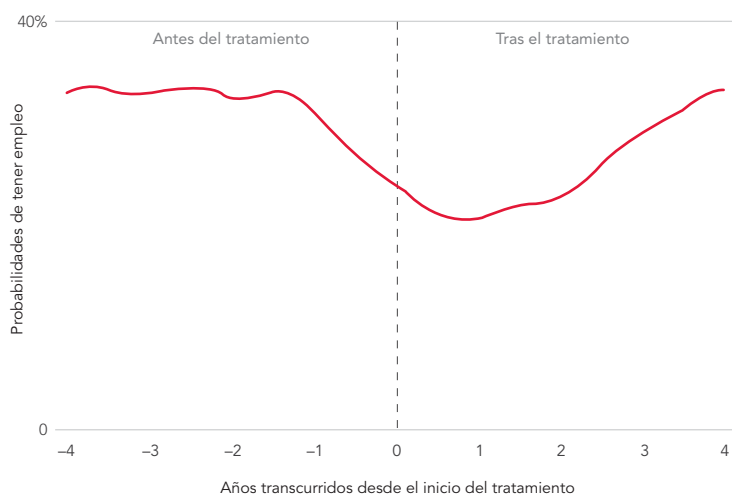
Descenso ≥ 50%

Botswana
Burundi
Cambaya
Côte d'Ivoire
Etiopía
Guyana
Kenya
Namibia
Perú
República Dominicana
Rwanda
Suriname
Zambia
Zimbabwe

^a Países en los que se produjeron 100 o más fallecimientos relacionados con el sida en 2011.

Fuente: Estimaciones de ONUSIDA.

Probabilidades de tener empleo antes y después de recibir tratamiento antirretrovírico en Kwazulu-Natal, Sudáfrica



Fuente: Bärnighausen T et al. The economic benefits of ART: evidence from a complete population cohort in rural South Africa. *2nd International HIV Workshop on Treatment as Prevention, Vancouver, Canadá, del 22 al 25 de abril de 2012.*

Estadísticas regionales sobre el VIH y el sida, 2001, 2005 y 2011

		Adultos y niños que viven con el VIH	Nuevas infecciones por el VIH en adultos y niños
ÁFRICA SUBSAHARIANA	2011	23,5 millones [22 100 000–24 800 000]	1,8 millones [1 600 000–2 000 000]
	2001	20,9 millones [19 300 000–22 500 000]	2,4 millones [2 200 000–2 500 000]
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL	2011	300 000 [250 000–360 000]	37 000 [29 000–46 000]
	2001	210 000 [170 000–270 000]	27 000 [22 000–34 000]
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL	2011	4,0 millones [3 100 000–4 600 000]	280 000 [170 000–370 000]
	2001	3,7 millones [3 200 000–5 100 000]	370 000 [250 000–450 000]
ASIA ORIENTAL	2011	830 000 [590 000–1 200 000]	89 000 [44 000–170 000]
	2001	390 000 [280 000–530 000]	75 000 [55 000–100 000]
OCEANÍA	2011	53 000 [47 000–60 000]	2 900 [2 200–3 800]
	2001	38 000 [32 000–46 000]	3 700 [3 100–4 300]
AMÉRICA LATINA	2011	1,4 millones [1 100 000–1 700 000]	83 000 [51 000–140 000]
	2001	1,2 millones [970 000–1 500 000]	93 000 [67 000–120 000]
EL CARIBE	2011	230 000 [200 000–250 000]	13 000 [9 600–16 000]
	2001	240 000 [200 000–270 000]	22 000 [20 000–25 000]
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	2011	1,4 millones [1 100 000–1 800 000]	140 000 [91 000–210 000]
	2001	970 000 [760 000–1 200 000]	130 000 [99 000–170 000]
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL	2011	900 000 [830 000–1 000 000]	30 000 [21 000–40 000]
	2001	640 000 [590 000–710 000]	29 000 [26 000–34 000]
AMÉRICA DEL NORTE	2011	1,4 millones [1 100 000–2 000 000]	51 000 [19 000–120 000]
	2001	1,1 millones [850 000–1 300 000]	50 000 [35 000–71 000]
GLOBAL	2011	34,0 millones [31 400 000–35 900 000]	2,5 millones [2 200 000–2 800 000]
	2001	29,4 millones [27 200 000–32 100 000]	3,2 millones [2 900 000–3 400 000]

Fuente: Estimaciones de ONUSIDA.

Prevalencia en adultos (15–49 años), %	Prevalencia en jóvenes (15–24 años), %		Muertes relacionadas con el sida entre adultos y niños, 2005 y 2011	
	Mujeres	Hombres		
4,9 [4,6–5,1]	3,1 [2,6–3,9]	1,3 [1,1–1,7]	2011	1,2 millones [1 100 000–1 300 000]
5,9 [5,4–6,2]	5,1 [4,2–6,7]	2,0 [1,6–2,7]	2005	1,8 millones [1 600 000–1 900 000]
0,2 [0,1–0,2]	<0,1 [<0,1–0,1]	<0,1 [<0,1–0,1]	2011	23 000 [18 000–29 000]
0,1 [0,1–0,2]	<0,1 [<0,1–<0,1]	<0,1 [<0,1–0,1]	2005	20 000 [15 000–25 000]
0,3 [0,2–0,3]	0,1 [<0,1–0,1]	0,1 [<0,1–0,2]	2011	250 000 [190 000–330 000]
0,3 [0,3–0,5]	0,2 [0,1–0,3]	0,2 [0,2–0,3]	2005	290 000 [270 000–310 000]
0,1 [<0,1–0,1]	<0,1 [<0,1–<0,1]	<0,1 [<0,1–<0,1]	2011	59 000 [41 000–82 000]
<0,1 [<0,1–<0,1]	<0,1 [<0,1–<0,1]	<0,1 [<0,1–<0,1]	2005	39 000 [27 000–56 000]
0,3 [0,2–0,3]	0,1 [0,1–0,2]	0,1 [<0,1–0,1]	2011	1 300 [<1 000–1 800]
0,2 [0,2–0,3]	0,2 [0,1–0,3]	0,1 [0,1–0,2]	2005	2 300 [1 700–3 000]
0,4 [0,3–0,5]	0,1 [<0,1–0,2]	0,2 [<0,1–0,5]	2011	54 000 [32 000–81 000]
0,4 [0,3–0,5]	0,1 [<0,1–0,2]	0,3 [0,1–0,7]	2005	60 000 [36 000–93 000]
1,0 [0,9–1,1]	0,6 [0,4–0,7]	0,3 [0,2–0,5]	2011	10 000 [8200–12 000]
1,2 [1,0–1,3]	1,0 [0,8–1,2]	0,5 [0,3–0,9]	2005	20 000 [16 000–23 000]
1,0 [0,6–1,0]	0,5 [0,4–0,7]	0,7 [0,5–0,9]	2011	92 000 [63 000–120 000]
0,3 [0,4–0,7]	0,2 [<0,1–0,2]	0,3 [0,2–0,3]	2005	76 000 [58 000–100 000]
0,2 [0,2–0,3]	<0,1 [<0,1–<0,1]	0,1 [<0,1–0,1]	2011	7 000 [6 100–7 500]
0,2 [0,2–0,2]	<0,1 [<0,1–<0,1]	0,1 [<0,1–0,1]	2005	7 800 [7 600–9 000]
0,6 [0,5–1,0]	0,2 [<0,1–0,4]	0,3 [0,1–0,5]	2011	21 000 [17 000–28 000]
0,6 [0,5–0,7]	0,2 [0,1–0,3]	0,3 [0,2–0,4]	2005	20 000 [16 000–26 000]
0,8 [0,7–0,8]	0,6 [0,4–0,6]	0,3 [0,2–0,4]	2011	1,7 millones [1 500 000–1 900 000]
0,8 [0,7–0,9]	0,7 [0,6–0,9]	0,4 [0,3–0,5]	2005	2,3 millones [2 100 000–2 600 000]

1 TRANSMISIÓN SEXUAL

Para conseguir que el número de nuevas infecciones por el VIH sea cero, se necesita reducir sustancialmente cada año la transmisión sexual del virus, ya que esta vía es responsable de una abrumadora mayoría de las nuevas infecciones. Aunque hay motivos para el optimismo, como las tendencias favorables en las conductas sexuales en muchos países y los beneficios de las nuevas estrategias de prevención biomédica, el ritmo actual de los avances es insuficiente para alcanzar el objetivo mundial de reducir a la mitad la transmisión sexual para 2015, lo que pone de manifiesto que es urgentemente necesario intensificar nuestros esfuerzos.

Para llegar a cero infecciones se necesitará una combinación efectiva de medidas preventivas: utilizar conjuntamente estrategias conductuales, biomédicas y estructurales, tanto de forma intensiva en poblaciones específicas en el caso de epidemias concentradas, como en toda la población en epidemias generalizadas (1,2).¹ Algunos elementos programáticos esenciales de la prevención combinada de la transmisión sexual del VIH son los cambios de conductas, la distribución de preservativos, la circuncisión masculina, los programas dirigidos a profesionales del sexo y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y el acceso al tratamiento antirretrovírico.

EL CAMBIO DE CONDUCTAS ESTÁ AYUDANDO A PREVENIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL EN EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Los programas que abogan por el cambio de conductas pretenden promover comportamientos individuales más seguros y cambios en las normas sociales a fin de generar pautas más saludables en los hábitos sexuales. El cambio de conductas es complejo: abarca conocimientos, motivaciones y elecciones que están influidos por las normas socioculturales, así como una evaluación de riesgos con relación a los beneficios inmediatos y las futuras consecuencias. Incluye asimismo tanto la toma racional de decisiones como los comportamientos impulsivos y los automatismos (3). Los programas que promueven el cambio de conductas se han evaluado en gran medida en función de sus resultados en la reducción del número de jóvenes que se inician sexualmente a una edad temprana y del número de parejas sexuales, así como por el aumento del uso correcto y sistemático de preservativos entre personas sexualmente activas.

¹ Esta sección ofrece información disponible sobre las conductas sexuales en la población general, la cobertura de la circuncisión masculina y el VIH entre profesionales del sexo y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Si no se indica lo contrario, los datos se han extraído de los informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr). Los datos sobre las poblaciones clave más expuestas al riesgo que se incluyen en los informes de progreso de los países normalmente se extraen de encuestas realizadas en capitales, y no son por lo tanto representativos a nivel nacional. En concreto, las encuestas que se realizan en estas grandes ciudades suelen sobreestimar la prevalencia nacional del VIH y la cobertura de los servicios.



Fig. 1.1

Conductas sexuales de riesgo: cambios en los porcentajes de hombres y mujeres de entre 15 y 24 años de edad que mantuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años; hombres y mujeres de entre 15 y 49 años de edad que tienen múltiples parejas, y aquellos con múltiples parejas que utilizaron preservativo en su última relación sexual, en países seleccionados con una prevalencia del VIH en adultos superior al 1%, para los años seleccionados, 2000-2011^a



^a Los datos sobre las relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años en Etiopía corresponden a los años 2000 y 2011.

Fuentes: encuestas representativas a nivel nacional realizadas en los hogares.

Para medir los avances hacia estos objetivos, los países vigilan el porcentaje de hombres y mujeres jóvenes que informan de haber mantenido relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años, el porcentaje de hombres y mujeres que informan de haber tenido más de una pareja durante un periodo de 12 meses y el porcentaje de hombres y mujeres que informan de haber tenido más de una pareja sexual durante el año previo y que también informan de haber utilizado preservativo durante su última relación sexual.

La Figura 1.1 indica que las conductas sexuales entre hombres y mujeres han cambiado favorablemente en muchos países con epidemias generalizadas. Estos cambios son evidentes en muchos países, como Kenya, Malawi, Mozambique, Namibia, Nigeria y Zambia. En otros, como Côte d'Ivoire, Guyana y Rwanda, las conductas sexuales de riesgo han aumentado, lo que resalta la necesidad de intensificar el apoyo a las iniciativas que promueven el cambio de comportamientos.

Una educación sexual apropiada a cada edad puede mejorar el conocimiento y contribuir a que se adopten hábitos sexuales más responsables. Sin embargo, incluso el conocimiento básico sobre el VIH y su transmisión es en muchos casos muy insuficiente. En 26 de los 31 países con epidemias generalizadas en los que se han realizado recientemente encuestas representativas a nivel nacional, menos del 50% de las jóvenes tenía un conocimiento correcto e integral sobre el VIH. En concreto, carecían de información sobre la eficacia de los preservativos a la hora de prevenir la transmisión del virus. En 21 de 25 países con encuestas representativas a nivel nacional, los jóvenes varones tenían un conocimiento integral y correcto sobre el VIH inferior al 50%.

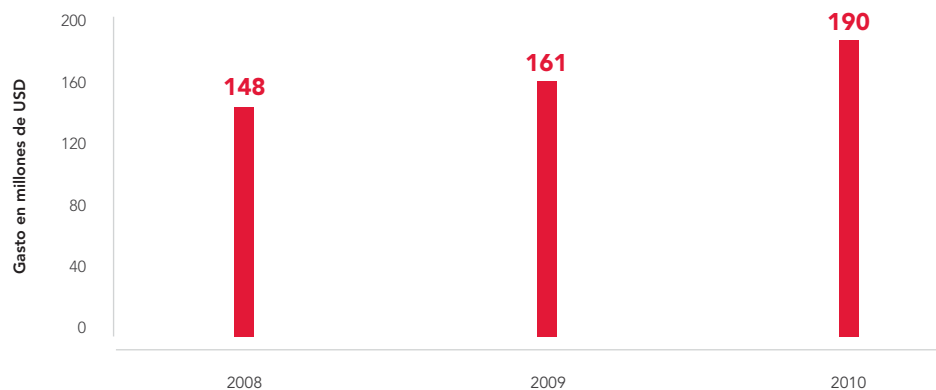
Aunque el cambio de conductas en la población ha demostrado reducir la prevalencia de la infección por el VIH en varios países con epidemias generalizadas (4-6), sigue siendo complicado establecer relaciones entre estos programas y resultados específicos. La asociación constante entre el cambio de conductas y una menor incidencia apoya de forma plausible la repercusión general de los programas que promueven este cambio, pero se necesitan pruebas más específicas que demuestren qué efectos tienen los distintos elementos programáticos a fin de orientar de forma inteligente las inversiones (véase la sección sobre el estado de la epidemia para consultar los cambios en el número de nuevas infecciones por el VIH). También es complicado esclarecer qué repercusión se atribuye a elementos programáticos específicos para el VIH y cuál a cambios generales en un entorno propicio, como la reducción del estigma y la educación universal (véase la sección 8).

Estos retos hacen que sea complicado llegar a conclusiones claras sobre la cantidad de financiación necesaria para programas que promueven el cambio de conductas. En los 26 países con epidemias generalizadas que enviaron datos sobre su gasto en el año más reciente, una media del 5% del gasto destinado al VIH se asignaba a estos programas (por ejemplo, a la promoción del uso del preservativo), lo que representa un 36% del gasto total en prevención. Algunos datos muestran aumentos absolutos en el gasto: en 17 países con datos comparables a lo largo de varios años², el gasto total en programas para el cambio de conductas (incluida la promoción del uso del preservativo) ascendió de 148 millones de USD en 2008 a 190 millones de USD en 2010. Estas cifras incluyen el gasto, entre otras iniciativas, en información, educación y comunicación sobre el virus, movilización comunitaria, reducción de riesgos para poblaciones vulnerables, marketing social de preservativos, prevención de infecciones de transmisión sexual, comunicación para el cambio de conductas, y actividades de prevención entre jóvenes. (Fig. 1.2)

² Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerún, República Centroafricana, Chad, Congo, República Democrática del Congo, Gabón, Ghana, Guinea-Bissau, Haití, Kenya, Lesotho, Nigeria y Togo.

Fig. 1.2

Gasto en cambios de conductas y en la promoción del uso del preservativo en 17 países con epidemias generalizadas y datos disponibles, 2008-2010



Fuente: Informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr).

DISTRIBUCIÓN Y PROMOCIÓN DE LOS PRESERVATIVOS

El uso del preservativo es un elemento esencial de la prevención combinada y una de las tecnologías disponibles más eficientes a la hora de reducir la transmisión sexual del VIH. Aunque los niveles registrados en el uso del preservativo parecen estar aumentando en varios países con alta prevalencia del VIH, los últimos datos de encuestas representativas a nivel nacional muestran tendencias inversas en países como Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire y Uganda (Fig. 1.1). Asimismo, en varios países de alta prevalencia el conocimiento sobre los preservativos, especialmente entre las jóvenes, sigue siendo limitado.

Según los cálculos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en África subsahariana cada hombre de entre 15 y 49 años solo dispuso en 2011 de nueve preservativos facilitados por donantes, mientras que en el caso de las mujeres del mismo rango de edad de la región solo se facilitó un preservativo femenino por cada 10 mujeres. Existe menos información sobre la adquisición directa de preservativos en países de ingresos bajos y medios. Una estimación (7) sugiere que estos países compraron directamente más de 2.000 millones de preservativos en 2010, frente a los 13.000 millones que se calcula serán necesarios para prevenir el VIH en 2015 (8).

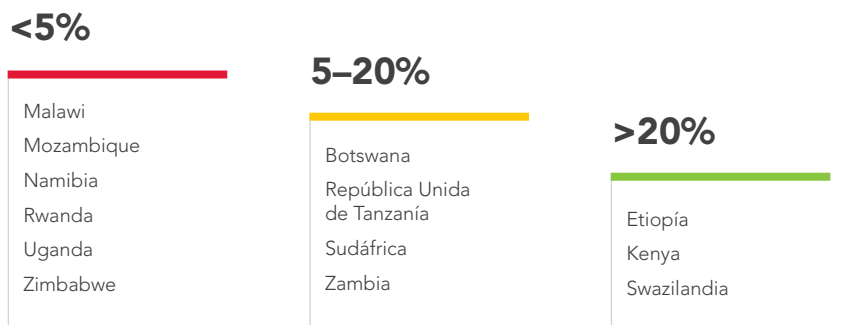
Para ampliar el uso del preservativo es necesario contar con un suministro y una demanda adecuados. Un estudio realizado recientemente en Kenia calculó que, aunque el uso del preservativo era bajo en la población de estudio, también lo era su demanda no cubierta, lo que destaca la importancia de impulsar su demanda en el contexto de la prevención del VIH (9). Dicha demanda también puede verse afectada por otros programas de prevención, por ejemplo cuando se percibe que el riesgo es menor debido a intervenciones como la circuncisión masculina o a la profilaxis posterior a la exposición, o a que la pareja es menos infecciosa porque recibe terapia antirretrovírica. De la misma manera, en la era de la terapia efectiva, se puede percibir que las consecuencias de la infección por el VIH son menos devastadoras, lo que puede desembocar en que disminuya la necesidad de protegerse. Estos posibles efectos de compensación del riesgo se están escudriñando cuidadosamente, pero es complicado hacer un seguimiento de sus dinámicas.

PROGRESOS LIMITADOS EN LA AMPLIACIÓN DE LA CIRCUNCISIÓN MASCULINA MÉDICA VOLUNTARIA

La circuncisión masculina reduce las probabilidades de que los hombres se infecten por el VIH al mantener relaciones sexuales con mujeres. Desde 2007, la OMS y ONUSIDA recomiendan la circuncisión masculina médica voluntaria en países que tienen altas tasas de infección por el VIH y bajos índices de circuncisión. Una ampliación rápida de esta intervención tiene el potencial de evitar en torno a 1 de cada 5 infecciones en África oriental y meridional hasta el año 2025 (10). La mayoría de los países en los que se recomienda la circuncisión masculina médica voluntaria ha respaldado la intervención adoptando políticas de difusión y ha comenzado a formar a los trabajadores sanitarios para que puedan llevarla a cabo.

Tabla 1.1

Porcentaje de los objetivos nacionales fijados para 2015 en torno a la circuncisión masculina que se han alcanzado a fecha de 2011



Nota: Sudán del Sur y la República Centroafricana son otros países con alta prevalencia del VIH y bajos niveles de circuncisión masculina.

Fuente: OMS y ONUSIDA. *Progress in scaling up voluntary medical male circumcision for HIV prevention in east and southern Africa*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (de próxima publicación).

Los países que han dado prioridad a la circuncisión masculina han establecido objetivos nacionales en torno al número de circuncisiones masculinas médicas voluntarias que se deberán realizar hasta 2015. El despliegue de esta práctica en Kenya se centra en la Provincia de Nyanza, donde en diciembre de 2011 se habían practicado ya el 54% de las 230.000 circuncisiones fijadas como objetivo. Por su parte, Etiopía y Swazilandia alcanzaron más del 20% de su objetivo nacional. En otros países prioritarios, los avances han sido mucho más lentos (Tabla 1.1). En seis (Malawi, Mozambique, Namibia, Rwanda, Uganda y Zimbabwe), el número de hombres circuncidados no llegaba al 5% del objetivo a finales de 2011 (11). Solo dos países prioritarios (Etiopía y Swazilandia) han integrado la circuncisión masculina en los programas de atención pediátrica.

El coste unitario de la circuncisión masculina médica voluntaria es relativamente bajo y, al contrario que la mayoría de las iniciativas de prevención y tratamiento, supone un gasto puntual y no a lo largo de toda la vida. Sin embargo, los países han destinado relativamente pocos recursos a ampliar esta intervención: menos del 2% del gasto total destinado al VIH se dirigió a la circuncisión masculina médica voluntaria en 6 de los 14 países prioritarios que disponen de datos al respecto (Botswana, Kenya, Lesotho, Namibia, Rwanda y Swazilandia). Algunos países, como Botswana, Kenya, Namibia y Swazilandia, han aumentado recientemente los fondos destinados a esta intervención. Debido a la reducción del riesgo de por vida que ofrece la circuncisión masculina, es evidente que cuanto antes inviertan los programas en garantizar altos niveles de cobertura, mejor.

PREVENIR LA INFECCIÓN POR EL VIH EN EL TRABAJO SEXUAL

El número de países que aportan datos sobre tendencias epidemiológicas y cobertura de los servicios con relación a los profesionales del sexo ha aumentado considerablemente de 2006 a 2012, lo que refleja un mayor reconocimiento oficial de las necesidades de esta población en materia de VIH. Según informan los países, en aquellos con epidemias generalizadas la prevalencia del VIH es sistemáticamente más alta (una media del 23%) entre los profesionales del sexo que ejercen en la capital que entre la población general (Fig. 1.4). La prevalencia media entre los profesionales del sexo de las capitales ha permanecido estable entre 2006 y 2011. Igualmente, una revisión reciente de los datos disponibles en 50 países, que calculaba que la prevalencia global del VIH entre las mujeres profesionales del sexo se situaba en torno al 12%, concluyó que estas tenían 13,5 veces más de probabilidades de vivir con el VIH que otras mujeres (12).

Prácticamente tres cuartos de los países que han presentado informes (el 73%) indicaron que habían puesto en marcha programas de reducción de riesgos para profesionales del sexo. En 58 países que facilitan datos de encuestas realizadas en las capitales, la cobertura media de los servicios de prevención del VIH para profesionales del sexo es del 56% (Tabla 1.2), solo ligeramente superior a la de 2010, mientras que 11 países afirman llegar al menos al 80% de estos profesionales. Aunque los datos que han facilitado los países siguen siendo limitados y, por lo tanto, es complicado realizar comparaciones sistemáticas entre distintos países, la cobertura media de los servicios de prevención parece ser menor en aquellos que

13,5x

Las mujeres profesionales del sexo tienen 13,5 veces más de probabilidades de vivir con el VIH que otras mujeres.

carecen de protección jurídica para los profesionales del sexo. Según los datos de 85 países, el 85% de los profesionales del sexo de las capitales afirma haber utilizado preservativo en su última relación sexual.

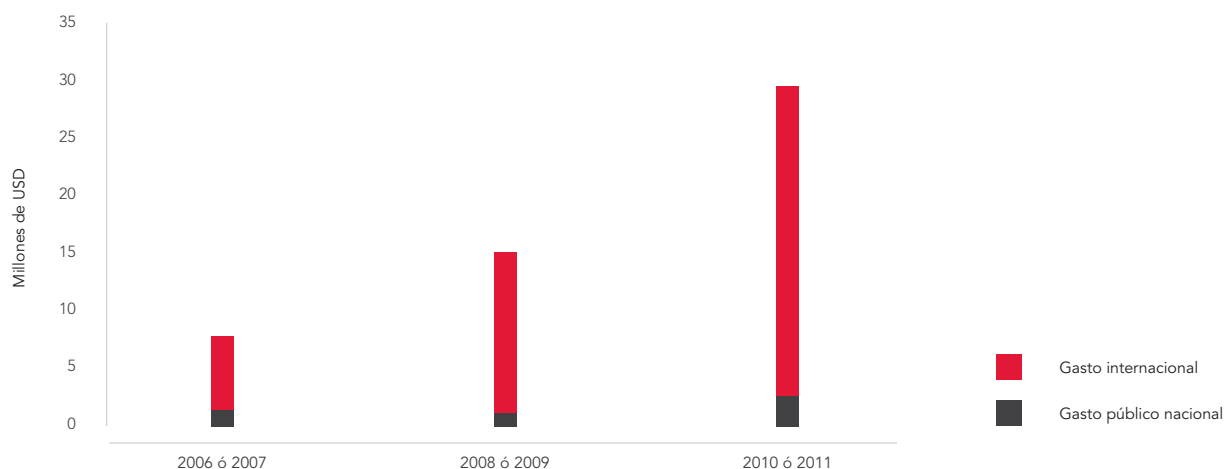
Aunque los programas dirigidos a los profesionales del sexo son comunes, son mucho menos frecuentes los destinados a sus clientes. Es un error grave olvidar programas que se dirijan e impliquen a estos clientes ya que conforman una población extensa en muchos países, y reducir la demanda de sexo remunerado sin protección es un complemento importante de los programas dirigidos a los propios profesionales.

La amplia mayoría de los países (86%) abordan el trabajo sexual dentro de estrategias multisectoriales para el sida. Aunque la mayoría de los informes nacionales sobre los profesionales del sexo se centran en las mujeres, cada vez son más (el 10% en 2012) los países que facilitan también información sobre los profesionales del sexo varones.

La financiación destinada a programas de prevención para esta población clave ha crecido significativamente en los últimos años. Entre los 30 países que informaron de que habían destinado fondos a estos programas (con datos disponibles para al menos un año en cada bienio 2006-2007, 2008-2009 ó 2010-2011), el gasto total se multiplicó por 3,7 entre 2006 y 2011. Las pautas de financiación plantean interrogantes sobre la sostenibilidad de estos programas. La financiación internacional ha facilitado prácticamente todos los fondos adicionales y cubrió el 91% del gasto total en programas de VIH para este grupo en 2010-2011.

Fig. 1.3

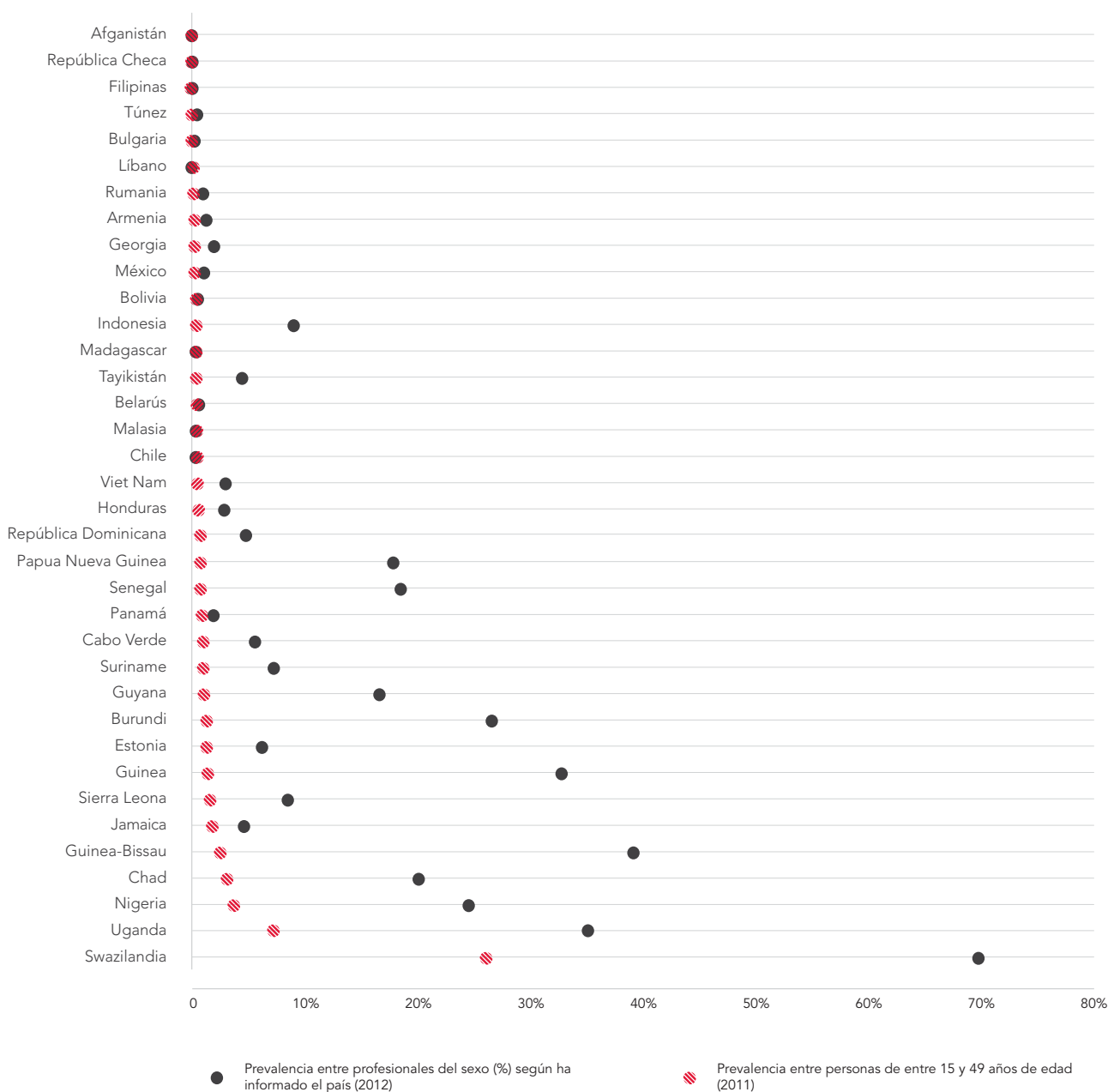
Gasto en VIH para programas de prevención destinados a profesionales del sexo y sus clientes
30 países de ingresos bajos y medios con datos disponibles, último año disponible



Fuente: Informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr).

Fig. 1.4

Prevalencia de la infección por el VIH entre profesionales del sexo frente a la población general en países con datos disponibles, 2012



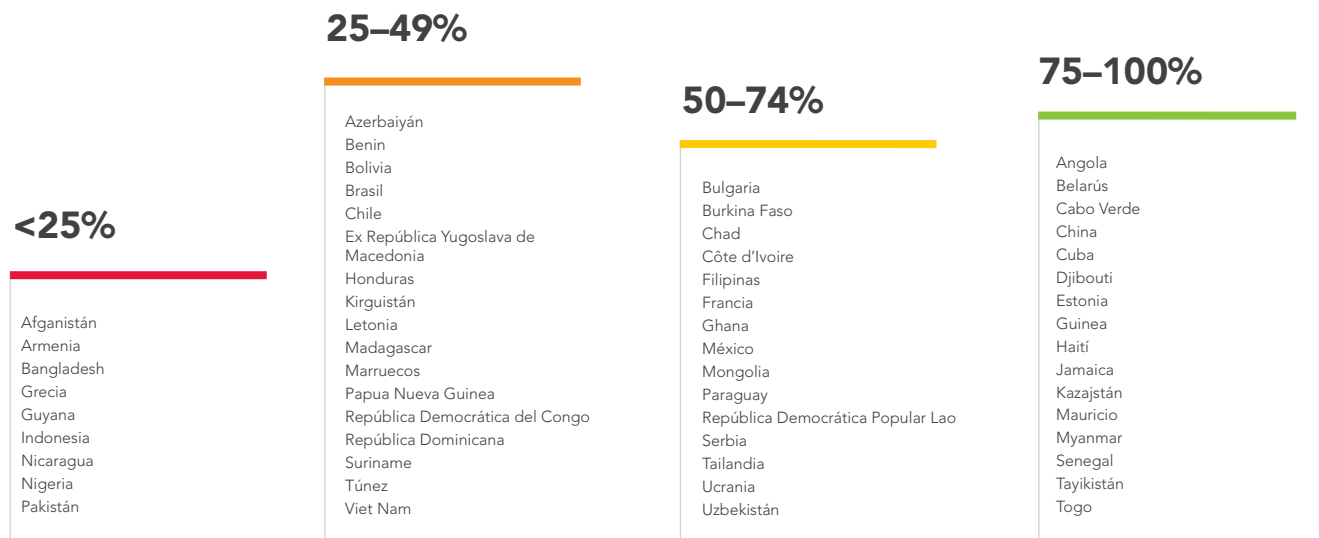
Fuentes: prevalencia en la población general: estimaciones de ONUSIDA para 2011; prevalencia en profesionales del sexo: informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr).

Se clasifica a los profesionales del sexo como que han recibido servicios de prevención si responden afirmativamente a si saben dónde realizarse las pruebas del VIH y a si han recibido preservativos en los últimos 12 meses.

Los datos se presentaron en 2012, pero los países pueden diferir en los métodos utilizados. Las encuestas se realizan normalmente en capitales y pueden no ser representativas a nivel nacional. Únicamente se muestran datos para los países que han informado de un tamaño de muestra superior a 100.

Tabla 1.2

Cobertura registrada en los programas de prevención del VIH entre profesionales del sexo en países seleccionados, informes de los países presentados en 2012



Países que no presentaron información

Albania	Dominica	Islas Salomón	Níger	Saudi Arabia
Alemania	Ecuador	Israel	Noruega	Seychelles
Andorra	Egipto	Italia	Nueva Zelanda	Sierra Leona
Antigua and Barbuda	El Salvador	Japón	Omán	Singapur
Argelia	Emiratos Árabes Unidos	Jordania	Países Bajos	Somalia
Argentina	Eritrea	Kenya	Palau	Sri Lanka
Australia	Eslovaquia	Kiribati	Panamá	Sudáfrica
Austria	Eslovenia	Kuwait	Perú	Sudán
Bahamas	España	Lesotho	Polonia	Suecia
Bahrein	Estados Unidos de América	Libano	Portugal	Suiza
Barbados	Etiopía	Liberia	Qatar	Swazilandia
Bélgica	Federación de Rusia	Libia	Reino Unido	Timor-Leste
Belice	Fiji	Liechtenstein	República Árabe Siria	Tonga
Bhután	Finlandia	Lituania	República centroafricana	Trinidad y Tobago
Bosnia y Herzegovina	Gabón	Luxemburgo	República Checa	Turkmenistán
Botswana	Gambia	Malasia	República de Corea	Turquía
Brunei Darussalam	Georgia	Malawi	República de Moldova	Tuvalu
Burundi	Granada	Maldivas	República Popular Democrática de Corea	Uganda
Camboya	Guatemala	Malí	República Unida de Tanzania	Uruguay
Camerún	Guinea Ecuatorial	Malta	Rumania	Vanuatu
Canadá	Guinea-Bissau	Mauritania	Rwanda	Venezuela (República Bolivariana de)
Chipre	Hungría	Micronesia (Estados Federados de)	Saint Kitts y Nevis	Yemen
Colombia	India	Mónaco	Saint Lucia	Zambia
Comoras	Irán (República Islámica del)	Montenegro	Samoa	Zimbabwé
Congo	Iraq	Mozambique	San Marino	
Costa Rica	Irlanda	Namibia	San Vicente y las Granadinas	
Croacia	Islandia	Nauru	Santo Tomé y Príncipe	
Dinamarca	Islas Marshall	Nepal		

Fuente: informes de progreso presentados por los países en 2010 y 2012 (www.unaids.org/cpr).

Los datos se presentaron en 2012, pero los países pueden diferir en los métodos utilizados. Las encuestas se realizan normalmente en capitales y pueden no ser representativas a nivel nacional.

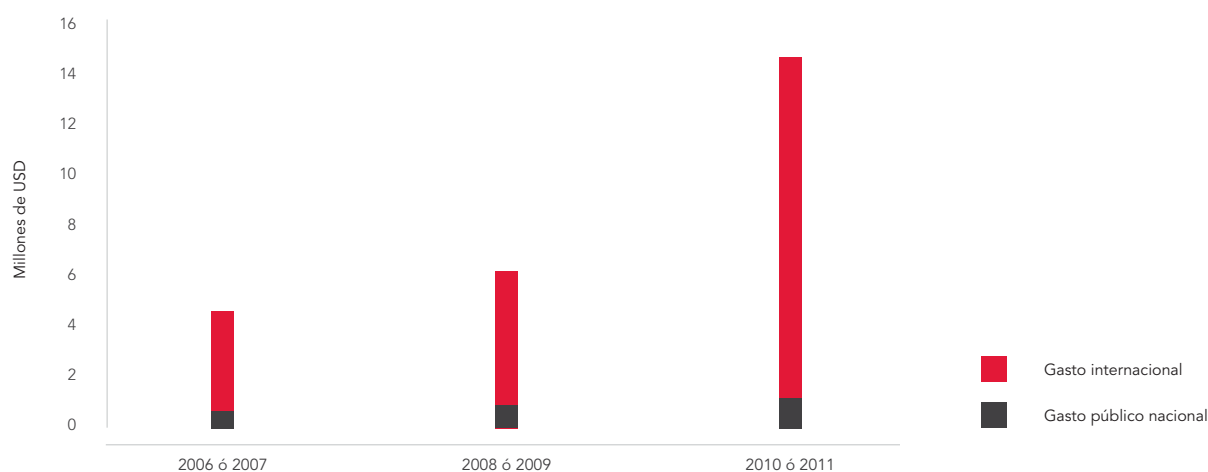
RESPONDER A LA EPIDEMIA MUNDIAL DEL VIH ENTRE HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES

La prevalencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en las capitales es sistemáticamente mayor que en la población general (Fig. 1.6) (13). La prevalencia de la infección por el VIH entre estos hombres según las encuestas realizadas en estas ciudades es de media 13 veces superior a la de la población general del país. Diversos estudios realizados en Asia oriental sugieren que se están dando tendencias ascendentes en la prevalencia del VIH en esta población, y existen datos que indican que la prevalencia mundial de la infección entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres podría haber aumentado entre 2010 y 2012, si bien los datos son limitados y el uso de diversos métodos de estudio dificulta la comparación de resultados entre diferentes contextos y momentos (13,14).

Fig. 1.5

Gasto en VIH para programas de prevención destinados a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

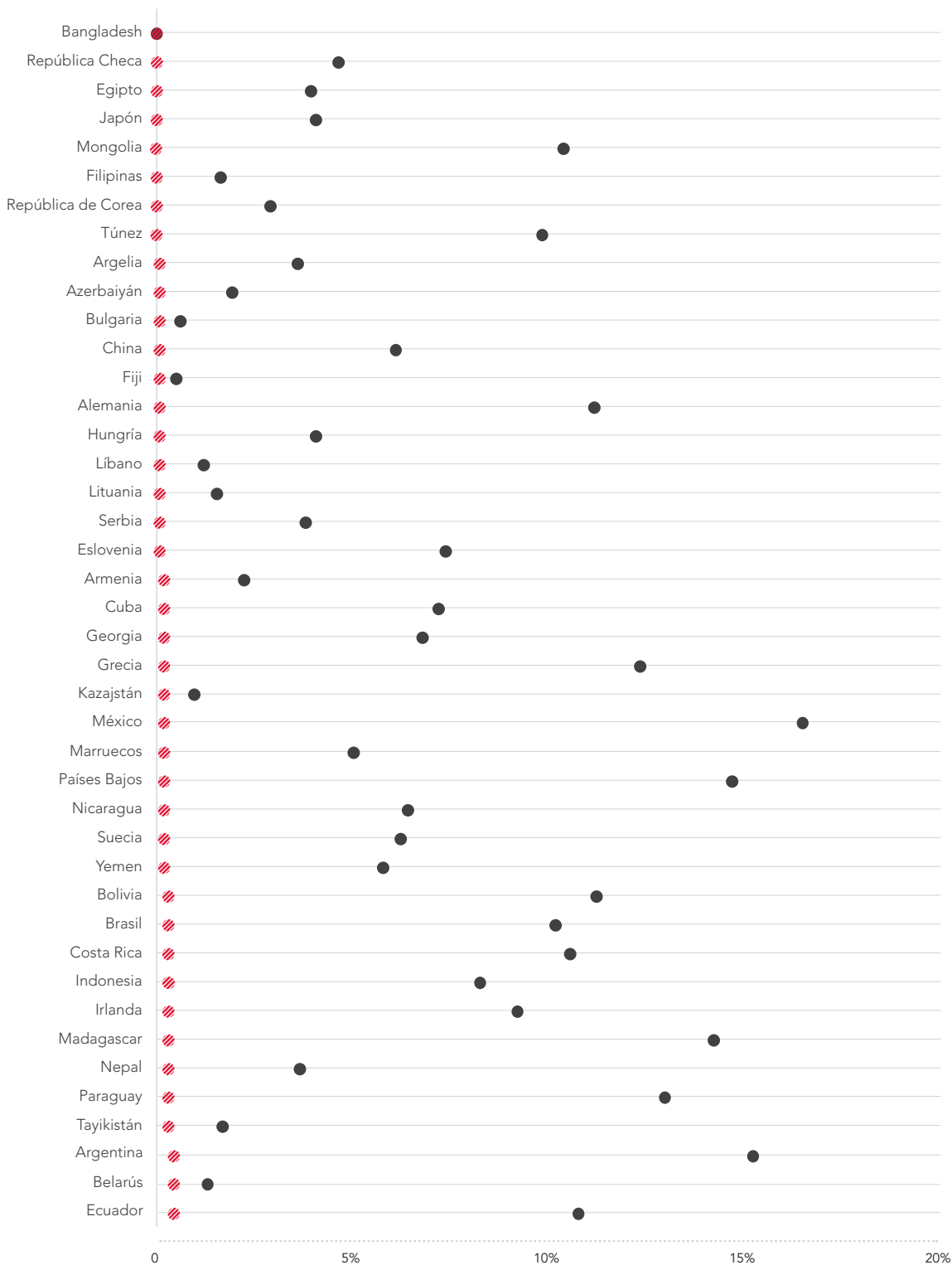
21 países de ingresos bajos y medios con datos disponibles, último año disponible

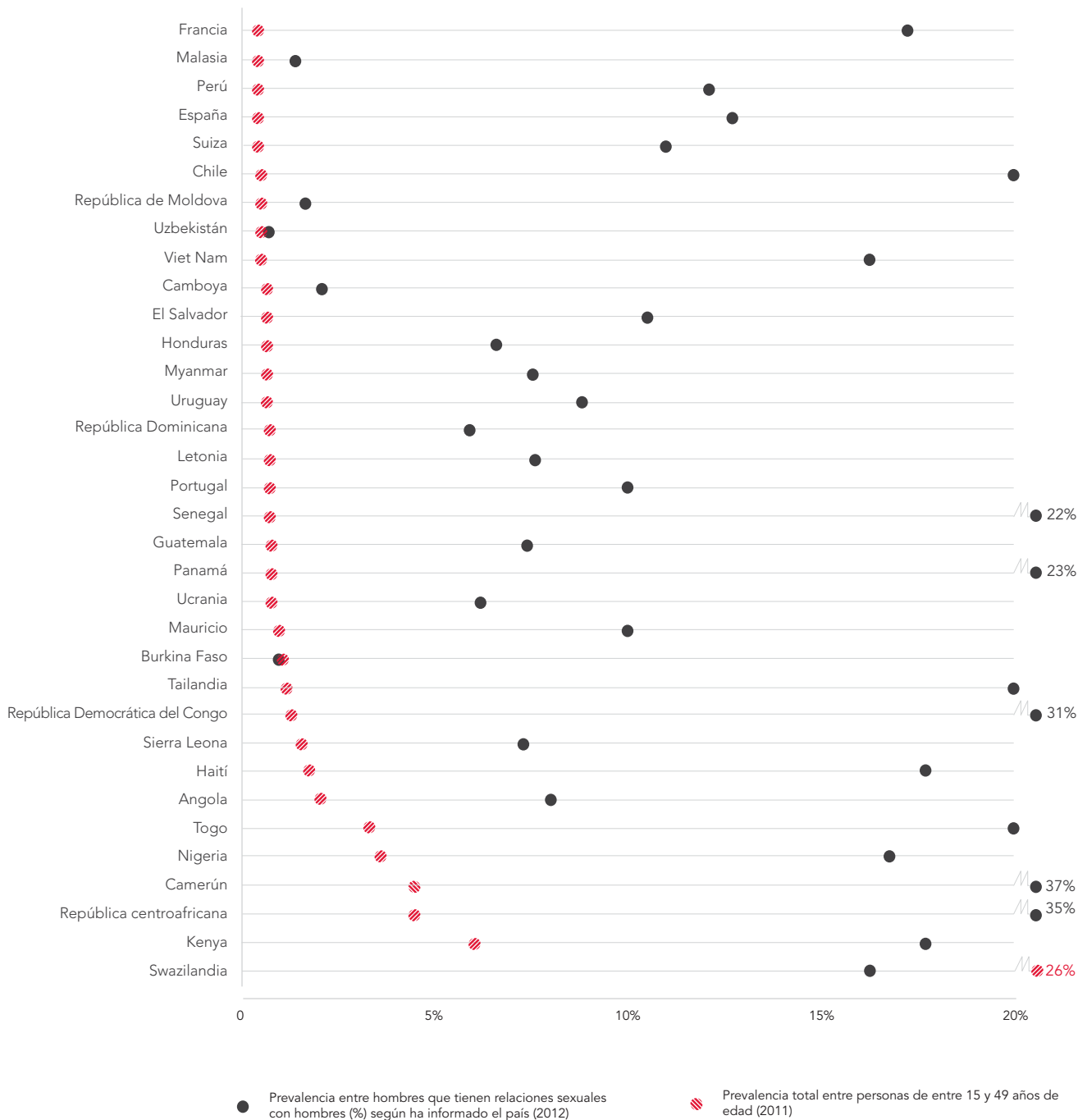


Fuente: Informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr).

Fig. 1.6

Prevalencia de la infección por el VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres frente a la población general en países con datos disponibles, año más reciente





Fuentes: prevalencia entre la población general: estimaciones de ONUSIDA para 2011; prevalencia entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr): las encuestas corresponden a múltiples años entre 2005 y 2011. Los datos se presentaron en 2012, pero los países pueden diferir en los métodos utilizados. Las encuestas se realizan normalmente en capitales y pueden no ser representativas a nivel nacional. Únicamente se muestran datos para los países que han informado de un tamaño de muestra superior a 100.

La cobertura de la prevención para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres sigue siendo inadecuada. Globalmente, la cobertura media, según las encuestas realizadas en capitales, es de un 55%, y la mayoría de los países afirman haber conseguido una cobertura de al menos el 40% (Tabla 1.3). La proporción media de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se realizaron una prueba del VIH en los últimos 12 meses es del 38%. En Asia meridional y sudoriental y Europa occidental y central, menos de 1 de cada 3 hombres se realizó las pruebas en los últimos 12 meses, a pesar de que en estas regiones esta población clave desempeña un papel importante en las respectivas epidemias nacionales (Tabla 1.4).

Uno de los motivos que explica la persistencia de la epidemia en este grupo es que los niveles de uso sistemático del preservativo son insuficientes. Aunque una mayoría de los encuestados afirmó haber utilizado preservativo durante su última relación sexual en 69 de los 96 países que presentaron datos al respecto, en solo 13 de estos países lo hizo más del 75% (Tabla 1.5). Es necesario conseguir más información sobre la magnitud de la falta de uso del preservativo en parejas estables cuyo estado serológico coincide, pero es evidente que para frenar la epidemia deben aumentar los índices de uso sistemático del preservativo en esta población.

38%
SE REALIZARON LAS
PRUEBAS

La proporción media de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se realizaron las pruebas del VIH en los últimos 12 meses es del 38%.

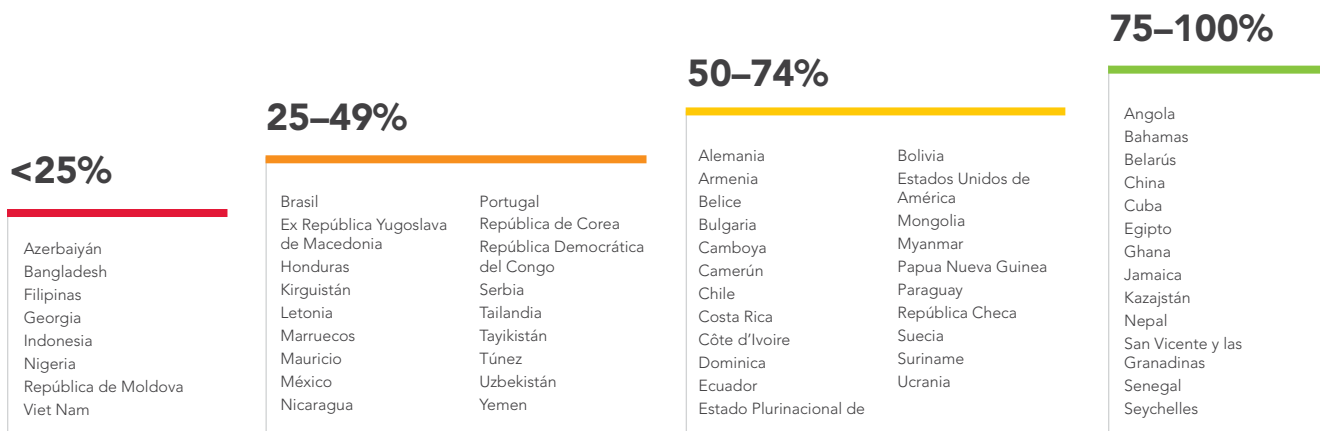
Cada vez son más los países que reconocen que los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres son una población clave con relación a la epidemia, lo que se refleja tanto en su inclusión en las estrategias nacionales de 146 países como en un aumento de los datos de prevalencia facilitados. Así, el número de países que presentaron datos sobre la prevalencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres ha aumentado de 67 en 2010 a 104 en 2012, mientras que 62 países más reconocen la relevancia de este indicador, si bien apuntan que no disponen de datos al respecto. Once países, por su parte, afirmaron que ese indicador es irrelevante. El número de países que incluyen en sus informes datos sobre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres ha aumentado notablemente en África subsahariana: de 11 en 2010 a 22 en 2012. Los que incluyen a este grupo en sus estrategias nacionales del sida aportaron información sobre esta población, mientras que solo 4 de los 15 países que no incluyen a este grupo en sus estrategias presentaron datos sobre indicadores pertinentes en 2012.

La financiación para programas del VIH destinados a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres aumentó entre 2006 y 2011. En los 21 países que presentaron datos sobre el gasto en sida para este grupo (con datos disponibles para al menos un año en cada bienio 2006-2007, 2008-2009 y 2010-2011) el gasto total se multiplicó por 3,2.

Aunque los países cada vez reconocen más la necesidad de abordar el VIH en esta población clave, el aumento de recursos destinados a programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se debe principalmente a esfuerzos de donantes internacionales. En 2010-2011, la financiación internacional cubrió el 92% de todo el gasto en estos programas. De los 58 países que aportaron datos sobre el gasto para esta población, 45 dependían principalmente de fuentes externas, incluidos 19 de 21 países de ingresos medios altos.

Tabla 1.3

Niveles registrados de cobertura de los programas de prevención del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, año más reciente



Países que no presentaron información

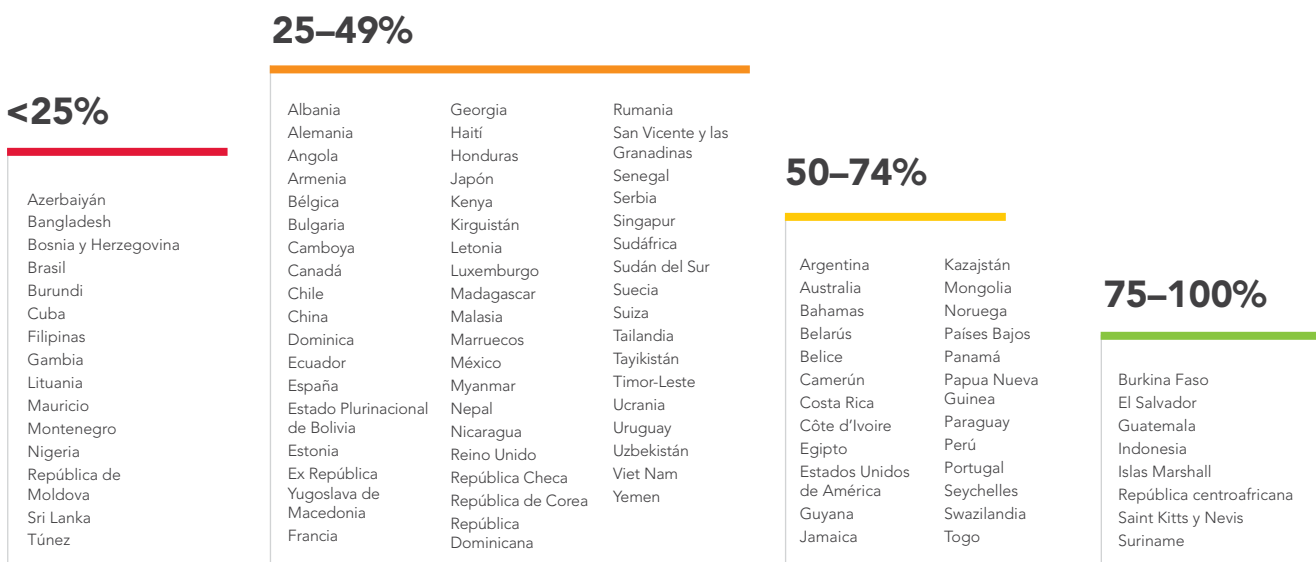
Afganistán	Eritrea	Islas Salomón	Namibia	San Marino
Andorra	Eslavaquia	Israel	Nauru	Santo Tomé y Príncipe
Antigua and Barbuda	España	Japón	Níger	Saudi Arabia
Argelia	Estonia	Jordania	Noruega	Sierra Leona
Argentina	Etiopía	Kenya	Nueva Zelanda	Singapur
Australia	Federación de Rusia	Kiribati	Omán	Somalia
Austria	Fiji	Kuwait	Países Bajos	Sri Lanka
Bahrein	Finlandia	Lesotho	Pakistán	Sudáfrica
Barbados	Francia	Líbano	Palau	Sudán
Belgica	Gabón	Liberia	Perú	Sudán del Sur
Benin	Gambia	Libia	Polonia	Suiza
Bhután	Granada	Liechtenstein	Qatar	Tonga
Bosnia y Herzegovina	Grecia	Lituania	Reino Unido	Trinidad y Tobago
Botswana	Guatemala	Luxemburgo	República Árabe Siria	Turkmenistán
Brunei Darussalam	Guinea	Malawi	República centroafricana	Turquía
Cabo Verde	Guinea Ecuatorial	Maldivas	República Democrática Popular de Corea	Tuvalu
Canadá	Guinea-Bissau	Mali	República Unida de Tanzania	Uganda
Chad	Haití	Malta	República Dominicana	Uruguay
Chipre	Hungría	Mauritania	República Popular Democrática de Corea	Vanuatu
Comoras	India	Micronesia (Estados Federados de)	República Unida de Tanzania	Venezuela (República Bolivariana de)
Congo	Irán (República Islámica del)	Mónaco	Rwanda	Zambia
Croacia	Iraq	Montenegro	Saint Lucia	Zimbabue
Djibouti	Islandia	Mozambique	Samoa	
Emiratos Árabes Unidos	Islas Marshall			

Fuente: Informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr).

Los datos se presentaron en 2012, pero los países pueden diferir en los métodos utilizados. Las encuestas se realizan normalmente en capitales y pueden no ser representativas a nivel nacional.

Tabla 1.4

Niveles registrados de cobertura de las pruebas del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, año más reciente



Países que no presentaron información

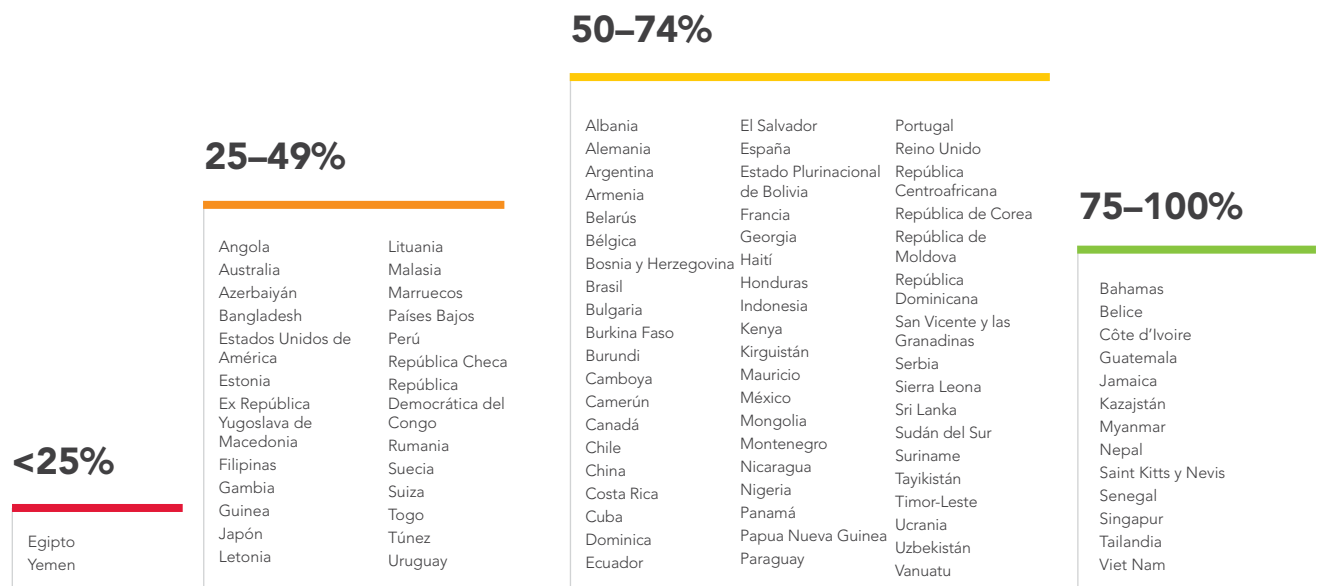
Afganistán	Etiopía	Liberia	República Popular Democrática de Corea
Andorra	Federación de Rusia	Libia	República Unida de Tanzania
Antigua and Barbuda	Fiji	Liechtenstein	Rwanda
Argelia	Gabón	Malawi	Saint Lucia
Austria	Ghana	Maldivas	Samoa
Bahrein	Granada	Malta	San Marino
Barbados	Guinea	Mauritania	Santo Tomé y Príncipe
Benin	Guinea Ecuatorial	Micronesia (Estados Federados de)	Saudi Arabia
Bhután	Guinea-Bissau	Mónaco	Sierra Leona
Botswana	Hungría	Mozambique	Somalia
Brunei Darussalam	India	Namibia	Sudán del Sur
Cabo Verde	Irán (República Islámica del)	Nauru	Tonga
Chad	Iraq	Níger	Trinidad y Tobago
Chipre	Islandia	Nueva Zelandia	Turkmenistán
Comoras	Islas Salomón	Omán	Turquía
Congo	Israel	Pakistán	Tuvalu
Croacia	Jordania	Palau	Uganda
Djibouti	Kiribati	Qatar	Vanuatu
Emiratos Árabes Unidos	Kuwait	República Árabe Siria	Venezuela (República Bolivariana de)
Eritrea	Lesotho	República Democrática del Congo	Zambia
Eslovaquia	Libano	República Democrática Popular Lao	Zimbabue

Fuente: informes de progresos presentados por los países en 2012 (www.unaids.org/cpr).

Los datos se presentaron en 2012, pero los países pueden diferir en los métodos utilizados. Las encuestas se realizan normalmente en capitales y pueden no ser representativas a nivel nacional.

Tabla 1.5

Niveles registrados en el uso del preservativo entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, año más reciente



Países que no presentaron información

Afganistán	Eritrea	Jordania	Namibia	San Marino
Andorra	Eslavaquia	Kiribati	Nauru	Santo Tomé y Príncipe
Antigua and Barbuda	Etiopía	Kuwait	Níger	Saudi Arabia
Argelia	Federación de Rusia	Lesotho	Noruega	Somalia
Austria	Fiji	Libano	Nueva Zelandia	Sudáfrica
Bahrein	Gabón	Liberia	Omán	Sudán del Sur
Barbados	Ghana	Libia	Pakistán	Swazilandia
Benin	Granada	Liechtenstein	Palau	Tonga
Bhután	Guinea Ecuatorial	Madagascar	Polonia	Trinidad y Tobago
Botswana	Guinea-Bissau	Malawi	Qatar	Turkmenistán
Brunei Darussalam	Hungría	Maldivas	República Árabe Siria	Turquía
Cabo Verde	India	Malí	República Democrática Popular de Corea	Tuvalu
Chad	Irán (República Islámica del)	Malta	Lao	Uganda
Chipre	Iraq	Mauritania	República Popular Democrática de Corea	Venezuela (República Bolivariana de)
Comoras	Islandia	Micronesia (Estados Federados de)	República Unida de Tanzania	Zambia
Congo	Islas Marshall	Mónaco	Rwanda	Zimbabwe
Croacia	Islas Salomón	Mozambique	Saint Lucia	
Djibouti	Israel		Samoa	
Emiratos Árabes Unidos				

Fuente: informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr).

Los datos se presentaron en 2012, pero los países pueden diferir en los métodos utilizados. Las encuestas se realizan normalmente en capitales y pueden no ser representativas a nivel nacional.

AVANZANDO HACIA 2015: REDUCIR UN 50% LA TRANSMISIÓN SEXUAL

La combinación completa y efectiva de las estrategias de prevención disponibles ha demostrado de forma concluyente la capacidad de reducir rápidamente el número de nuevas infecciones por el VIH. Para utilizar estas opciones de prevención combinada de la mejor manera posible, los países necesitan prestar una atención especial a los impulsores y a las poblaciones clave más expuestas al riesgo dentro de sus epidemias nacionales. El cambio de conductas, las intervenciones biomédicas y los enfoques estructurales para reducir la vulnerabilidad que subyace a la infección por el VIH deben ponerse en marcha de forma concertada para conseguir la máxima repercusión posible.

Según indican nuevos datos de Kenya y Malawi, incluso las pequeñas transferencias de efectivo pueden repercutir significativamente en las dinámicas de la transmisión sexual del VIH. En Kenya, los jóvenes que habían recibido una transferencia de efectivo tenían menos probabilidades de haber mantenido relaciones sexuales y, cuando eran sexualmente activos, era menos probable que hubieran tenido más de dos parejas sexuales en los 12 meses previos (15). En Malawi, una intervención basada en transferencias de efectivo contribuyó a que descendieran significativamente los matrimonios en edad temprana, los embarazos entre adolescentes y la actividad sexual declarada (16).

La promesa de la terapia antirretrovírica como medida de prevención de la transmisión del VIH, con pruebas bien fundamentadas con relación a la transmisión maternoinfantil, ha pasado durante los dos últimos años al centro de atención. En 2011, los investigadores anunciaron que la terapia antirretrovírica reduce las probabilidades de transmisión sexual en parejas heterosexuales serodiscordantes (17), y en 2012 la OMS publicó directrices para las parejas serodiscordantes en las que recomendaba que la persona que vive con el VIH reciba terapia antirretrovírica independientemente de su recuento de CD4 (18). Además de reducir la transmisión del virus gracias a una supresión viral totalmente efectiva entre las personas seropositivas, los ensayos también indicaron que los medicamentos antirretrovíricos pueden reducir las probabilidades de que una persona no infectada contraiga el virus. La repercusión potencial de esta estrategia en la salud pública, al reducir la incidencia del VIH, depende en gran medida del grado en que los potenciales usuarios seronegativos de medicamentos antirretrovíricos para fines profilácticos puedan observar diariamente esta terapia.

En países prioritarios de África subsahariana se deben tomar medidas adicionales para acelerar la ampliación de la circuncisión masculina médica voluntaria. Si bien algunos países informan de una demanda sólida de esta práctica allí donde se ofrecen estos servicios, generar esta demanda sigue siendo un reto en otros países prioritarios. Invertir en la participación y movilización comunitaria también es una prioridad urgente para acelerar la ampliación. Se están realizando grandes esfuerzos para evaluar dispositivos no quirúrgicos potencialmente prometedores para la circuncisión masculina. Al evitar

la necesidad de utilizar escápelos o puntos de sutura en la circuncisión, se espera que la ampliación pueda acelerarse sustituyendo a cirujanos por enfermeros cualificados, aliviando así la escasez de profesionales y reduciendo la reticencia de los hombres a la hora de someterse a esta intervención. En 2012 se han llevado a cabo en Rwanda y Zimbabwe ensayos de campo de PrePex (un dispositivo que permite realizar la circuncisión masculina adulta de forma no quirúrgica y segura), mientras que en Kenya y Zambia el objeto de los ensayos está siendo Shang Ring (una herramienta de circuncisión con la cual los proveedores de atención sanitaria con poca formación pueden realizar esta práctica). Por su parte, en Botswana se está evaluando un nuevo dispositivo para niños (AccuCirc). La circuncisión masculina médica voluntaria, quirúrgica o no, es una intervención con una importante resonancia cultural, por lo que es necesario mantener un debate cultural sobre su significado y beneficios.

Si bien se han conseguido avances alentadores a la hora de estabilizar la prevalencia del VIH y promover el uso del preservativo entre profesionales del sexo, se necesitan mayores progresos para reducir a la mitad la transmisión sexual entre esta población para 2015. Disponer de cálculos precisos sobre el tamaño y la distribución de las poblaciones de profesionales del sexo ayudará a los países a adoptar el enfoque “conoce tu epidemia, conoce tu respuesta” a la hora de planificar la prevención. La experiencia programática también ha demostrado que la revisión y, cuando sea necesario, la reforma de los marcos jurídicos y políticos para reducir el estigma y la discriminación que sufren los profesionales del sexo pueden promover una mayor utilización de los servicios de prevención.

Asimismo, también son esenciales servicios para reducir la transmisión sexual del VIH entre poblaciones transgénero. La grave marginación que sufren, sus limitadas opciones de empleo, el estigma y la discriminación constantes y, en muchos casos, la violencia son factores que aumentan su vulnerabilidad ante el virus (véase la sección 7 para información adicional sobre poblaciones transgénero).

Para reducir a la mitad la transmisión sexual del VIH para 2015 es esencial que los programas de prevención efectivos lleguen a una mayor proporción de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Esta es una de las muchas áreas en la que el déficit de fondos nacionales destinados a programas sólidos no solo pone en peligro la sostenibilidad de estos programas, sino que indica que la falta de participación nacional está amenazando el éxito de estas iniciativas. Se debe fortalecer la monitorización del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y revisar los marcos jurídicos punitivos para que las respuestas al sida sigan la línea de las normas en materia de derechos humanos. Además de las iniciativas centradas en las conductas relacionadas con el VIH, debe combinarse el acceso a la terapia antirretrovírica para hombres seropositivos que tienen relaciones sexuales con hombres con el uso potencial de la profilaxis previa a la exposición, en un esfuerzo coordinado y acelerado para reducir la transmisión sexual del virus. Debe proseguir asimismo la investigación de microbicidas rectales, ya que pueden ser una herramienta importante para esta población.

2 USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES

El objetivo mundial de reducir en un 50% el número de usuarios de drogas que se infectan por el VIH para 2015 reconoce tanto la carga extraordinaria de la epidemia en esta población como el hecho de que la transmisión relacionada con las drogas está contribuyendo a la propagación del virus en muchos países. Varios países han puesto en marcha programas fundamentados en pruebas destinados a usuarios de drogas que han conseguido reducir drásticamente el número de nuevas infecciones en esta población, que algunos países prácticamente han eliminado por completo. Sin embargo, a nivel global, estamos lejos de reducir a la mitad el número de nuevas infecciones entre usuarios de drogas para 2015.

LOS USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES SOPORTAN UNA CARGA DESPROPORCIONADA

22x

Los usuarios de drogas inyectables tienen un índice de infección por el VIH 22 veces superior al de la población general en 49 países con datos disponibles.

Los usuarios de drogas inyectables son uno de los grupos de población más afectados por la infección por el VIH. En prácticamente todos los países que han aportado datos en 2012, la prevalencia del virus es mayor en este grupo que en la población general (Fig. 2.1). En 49 países con datos disponibles, la prevalencia es al menos 22 veces superior entre los usuarios de drogas inyectables que en la población en su conjunto, y en 11 países la prevalencia se multiplica al menos por 50. Según los cálculos de un estudio realizado en 2007 (1), unos 16 millones de personas se inyectan drogas en todo el mundo, muchas de las cuales no han cumplido los 25 años, y 3 millones viven con el VIH.

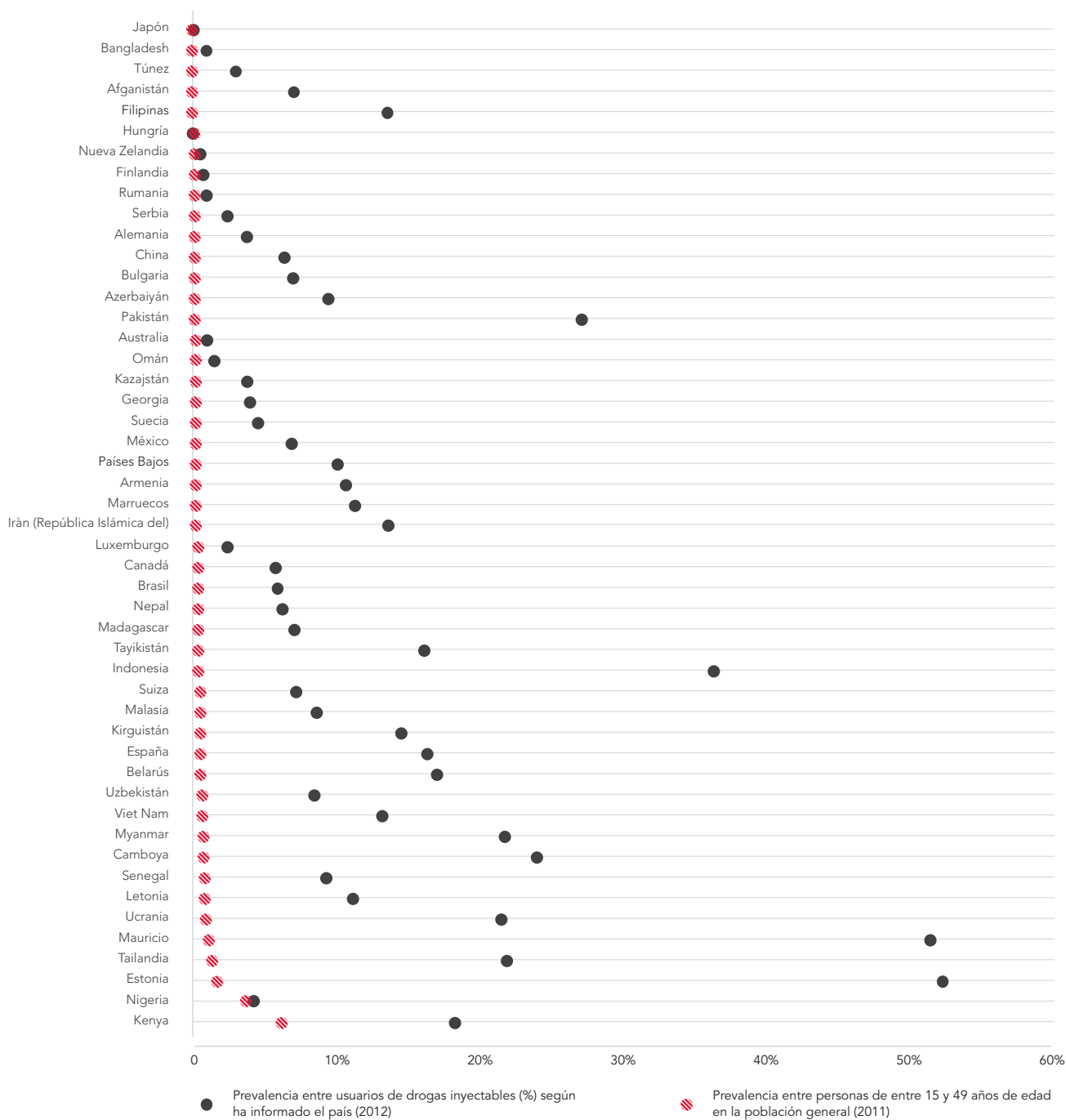
Además de imponer una carga extraordinaria sobre los usuarios de drogas, la transmisión relacionada con el consumo de estupefacientes también socava los esfuerzos mundiales que pretenden establecer los cimientos para acabar definitivamente con el sida. En Europa oriental y Asia central, una de las dos regiones donde el número de nuevas infecciones está aumentando, las epidemias nacionales se propagan normalmente por la transmisión relacionada con el consumo de drogas y su transmisión subsiguiente a las parejas sexuales de los usuarios de estupefacientes.

Los países de ingresos bajos y medios han realizado progresos limitados en la ralentización de la propagación del virus en esta población. Sin embargo, la transmisión se puede reducir sustancialmente. Así lo han demostrado países como Australia y Reino Unido, que han puesto en marcha estrategias de prevención del VIH fundamentadas en pruebas y han reducido drásticamente el número de usuarios de drogas que se infectan por el VIH. Algunos países están cerca de eliminar por completo este tipo de transmisión.



Fig. 2.1

Prevalencia de la infección por el VIH entre usuarios de drogas inyectables frente a la población general en países con datos disponibles, año más reciente



Fuentes: informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr) y estimaciones de ONUSIDA.

Los datos se presentaron en 2012, pero los países pueden diferir en los métodos utilizados. Las encuestas se realizan normalmente en capitales y pueden no ser representativas a nivel nacional. Únicamente se muestran datos para los países que han informado de un tamaño de muestra superior a 100.

LOS PROGRAMAS FUNDAMENTADOS EN PRUEBAS SE ESTÁN AMPLIANDO DE FORMA INADECUADA

Según los informes de los países, prácticamente el 80% de los usuarios de drogas inyectables que participaron en encuestas realizadas en 49 capitales tiene acceso a equipos de inyección esterilizados, y este acceso es similar entre hombres y mujeres. Sin embargo, según sugieren estudios recientemente publicados (2,3) la accesibilidad a programas de intercambio de agujas y jeringas es limitada en la mayoría de los países en los que el consumo de drogas entre mujeres está muy estigmatizado y, en ellos, el acceso a servicios del VIH para estas mujeres sigue siendo bajo comparado con el de los hombres. Además, según los informes de los países, la ampliación de estos programas es inadecuada: la mayoría indica que los programas ofrecen anualmente menos de 100 agujas por usuario de drogas inyectables (Tabla 2.1).¹ Según los cálculos de un estudio diferente realizado en 2010 (4), se distribuyeron mensualmente dos agujas o jeringas (rango 1-4) por usuario de drogas inyectables en todo el mundo, mientras que otro estudio (5) calcula que los usuarios de drogas inyectables solo utilizan globalmente un equipo de inyección esterilizado en un 5% de las ocasiones en las que se inyectan.

Según nuevos datos, las mujeres que consumen drogas inyectables pueden estar expuestas a más riesgos que los hombres (6). En concreto, son más vulnerables a la violencia de manos de sus parejas, la policía y sus clientes sexuales (7). Estas vulnerabilidades, combinadas con la falta de un techo (8) y trastornos mentales concomitantes (9), pueden actuar en sinergia y aumentar el riesgo de exposición al VIH. Existen también pruebas evidentes de que las usuarias de drogas inyectables que viven con el VIH y se quedan embarazadas tienen muchas menos probabilidades de acceder a servicios para evitar que sus hijos se infecten por el virus que otras mujeres seropositivas.

Los países también se han quedado atrás en la ampliación de otras medidas de prevención esenciales para los usuarios de drogas inyectables (Tablas 2.2 y 2.3). El uso del preservativo, por ejemplo, es menor entre los usuarios de drogas inyectables que participaron en encuestas en las capitales que entre los profesionales del sexo o los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En los 56 países que aportan datos, el uso medio del preservativo entre usuarios de drogas inyectables es del 40% (30-48%), y solo tres países registran un uso superior al 75%.

Los servicios de pruebas del VIH tampoco están consiguiendo llegar a esta población. En 57 países que facilitan datos al respecto, una media del 39% (22-60%) de los usuarios de drogas inyectables que participaron en encuestas en capitales afirmó haberse sometido a una prueba del VIH en los 12 meses previos, una cifra que solo superaba el 75% en ocho países.

¹ Es complicado hacer un seguimiento del promedio de agujas distribuidas por usuario de drogas inyectables, ya que requiere un cálculo fehaciente del tamaño de las poblaciones nacionales de usuarios de drogas.

Tabla 2.1

Número de jeringas distribuidas mediante programas de intercambio de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables, último año disponible

Cobertura baja <100

Afganistán	Mauricio
Albania	México
Armenia	Nepal
Azerbaiyán	Pakistán
Belarús	Polonia
Bosnia y Herzegovina	República de Moldova
Bulgaria	Rumania
Chipre	Senegal
Ex República Yugoslava de Macedonia	Serbia
Georgia	Seychelles
Grecia	Sri Lanka
Indonesia	Suiza
Irán (República Islámica del)	Tailandia
Letonia	Tayikistán
Lituania	Túnez
Marruecos	Ucrania

Cobertura media 100–200

Camboya
China
Estonia
Hungría
Kazajistán
Kirguistán
Luxemburgo
Malasia
Myanmar
Uzbekistán
Viet Nam

Cobertura alta >200

Suecia
República Checa
Nueva Zelanda
Noruega
Malta
Madagascar
Finlandia
Bangladesh
Australia

Países que no presentaron información sobre usuarios de drogas inyectables^a

Alemania	Costa Rica	Estados Unidos de América	Islas Salomón	Mónaco	República de Corea	Suriname
Andorra	Côte d'Ivoire	América	Israel	Mongolia	República Democrática Popular Lao	Swazilandia
Argelia	Croacia	Federación de Rusia	Italia	Montenegro	República Dominicana	Timor-Leste
Argentina	Dinamarca	Filipinas	Japón	Nicaragua	República Unida de Tanzania	Togo
Austria	Djibouti	Fiyi	Jordania	Nigeria	República Unida de Tanzania, China	Tonga
Bahamas	Egipto	Francia	Kenia	Omán	Samoa	Turquia
Bahrein	El Salvador	Gabón	Kiribati	Países Bajos	San Marino	Uganda
Bermudas	Emiratos Árabes Unidos	Ghana	Kuwait	Panamá	Saudi Arabia	Uruguay
Brasil	Equator	Guatemala	Líbano	Papua Nueva Guinea	Sierra Leona	Vanuatu
Brunei Darussalam	Eslovaquia	Honduras	Libia	Paraguay	Singapur	Venezuela (República Bolivariana de)
Bután	Eslovenia	India	Malawi	Perú	Sudáfrica	Yemen
Canadá	España	Iraq	Maldivas	Portugal	Sudán	Zambia
Chile	Estado Plurinacional de Bolivia	Irlanda	Micronesia (Estados Federados de)	Qatar		
Colombia		Islandia		Reino Unido		

^a Mathers BM et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 2010, 375:1014–1028.

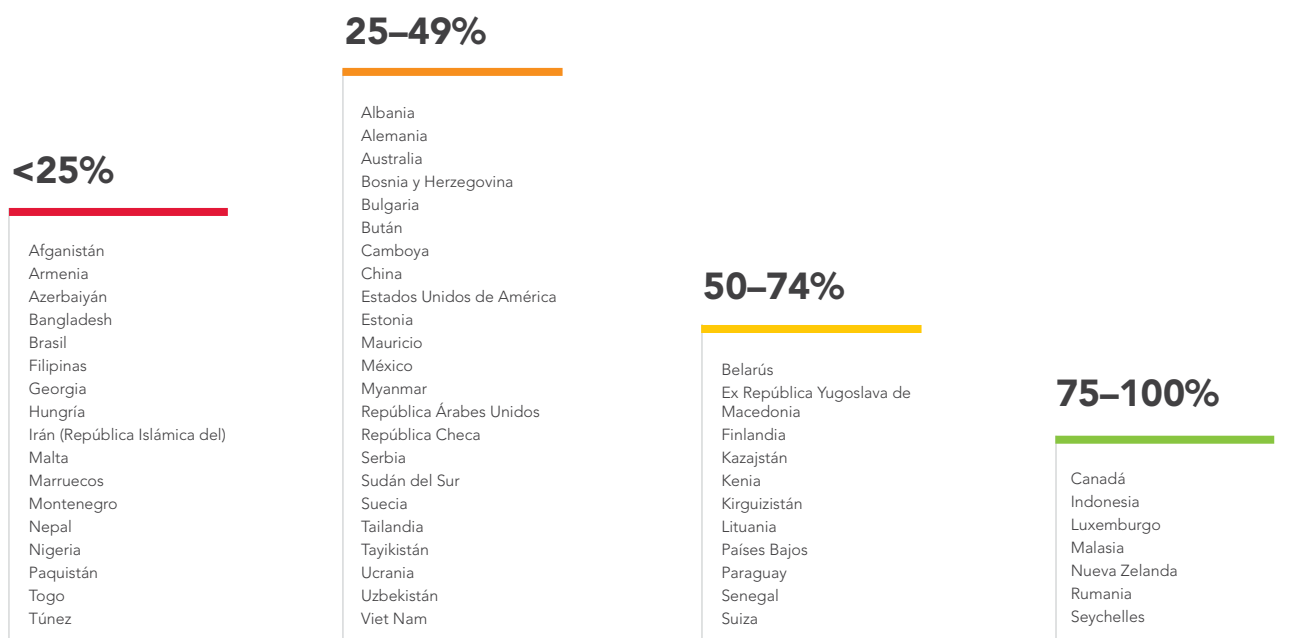
Omán y Eslovenia facilitaron datos sobre el número de jeringas distribuidas, pero no contaban con datos sobre el número estimado de usuarios de drogas.

Fuente: informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr).

Los datos se presentaron en 2012, pero los países pueden diferir en los métodos utilizados. Las encuestas se realizan normalmente en capitales y pueden no ser representativas a nivel nacional.

Tabla 2.2

Cobertura registrada en las pruebas del VIH entre usuarios de drogas inyectables, último año disponible



Países que no presentaron información sobre usuarios de drogas inyectables^a

Andorra	Côte d'Ivoire	Fiyi	Italia	Nicaragua	República Dominicana	Timor-Leste
Argentina	Croacia	Francia	Japón	Noruega	República Unida de	Tonga
Armenia	Dinamarca	Gabón	Jordania	Omán	Tanzania	Turquia
Austria	Djibouti	Ghana	Kiribati	Panamá	Samoa	Uganda
Bahamas	Ecuador	Grecia	Kuwait	Papúa Nueva Guinea	San Marino	Uruguay
Bahrein	Egipto	Guatemala	Letonia	Perú	Saudi Arabia	Vanuatu
Bélgica	El Salvador	Honduras	Libano	Polonia	Sierra Leona	Venezuela (República Bolivariana de)
Bermudas	Emiratos Árabes Unidos	India	Libia	Portugal	Singapur	Yemen
Brunei Darussalam	Eslovaquia	Iraq	Malawi	Qatar	Sri Lanka	Zambia
Chile	Eslovenia	Irlanda	Maldivas	Reino Unido	Sudáfrica	
Chipre	España	Islandia	Micronesia (Estados Federados de)	República de Corea	Sudán	
Colombia	Estado Plurinacional de Bolivia	Islas Salomón	Mónaco	República de Moldova	Suiza	
Costa Rica	Federación de Rusia	Israel	Mongolia	República Democrática Popular Lao	Suriname	
					Swazilandia	

^a Mathers BM et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 2010, 375:1014–1028.

Fuente: informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr).

Los datos se presentaron en 2012, pero los países pueden diferir en los métodos utilizados. Las encuestas se realizan normalmente en capitales y pueden no ser representativas a nivel nacional.

Tabla 2.3

Cobertura registrada en el uso del preservativo entre usuarios de drogas inyectables, último año disponible

25–49%

Afganistán
Albania
Alemania
Argelia
Armenia
Bangladesh
Bosnia y Herzegovina
Brasil
Bulgaria
Canadá
China
Estonia
 Hungría
Japón
Kazajistán
Kirguistán
Libano
Lituania
Madagascar
Malasia
Marruecos
México
Montenegro
Nepal
Nueva Zelanda
Paraguay
Senegal
Serbia
Sudán del Sur
Suiza
Tailandia
Tayikistán
Togo
Ucrania
Uzbekistán

<25%

Azerbaiyán
Estados Unidos de América
Georgia
Irán (República Islámica del)
Kenia
Mauricio
Paquistán
Suecia
Túnez

50–74%

Belarús
Bután
Ex República Yugoslava de
Macedonia
Indonesia
Letonia
Micronesia (Estados Federados de)
Nigeria
Rumania
Viet Nam

75–100%

Camboya
Myanmar
Seychelles

Países que no presentaron información sobre usuarios de drogas inyectables^a

Andorra	Croacia	Finlandia	Italia	Países Bajos	República Dominicana	Turquía
Arabia Saudita	Dinamarca	Fiji	Jordania	Panamá	República Unida de	Uganda
Argentina	Djibouti	Francia	Kiribati	Papúa Nueva Guinea	Tanzania	Uruguay
Australia	Ecuador	Gabón	Kuwait	Perú	Samoa	Vanuatu
Austria	Egipto	Ghana	Libia	Polonia	San Marino	Venezuela (República Bolivariana de)
Bahamas	El Salvador	Grecia	Luxemburgo	Portugal	Sierra Leona	Yemen
Bélgica	Emiratos Árabes Unidos	Guatemala	Malawi	Qatar	Singapur	Zambia
Bermudas	Eslovaquia	Honduras	Maldivas	Reino Unido	Sri Lanka	
Brunei Darussalam	Eslovenia	India	Malta	República Árabe Siria	Sudáfrica	
Chile	España	Iraq	Mónaco	República Checa	Sudán	
Chipre	Estado Plurinacional de	Irlanda	Mongolia	República de Corea	Suriname	
Colombia	Bolivia	Islandia	Nicaragua	República de Moldova	Swazilandia	
Costa Rica	Federación de Rusia	Islas Salomón	Noruega	República Democrática Popular Lao	Timor-Leste	
Côte d'Ivoire	Filipinas	Israel	Omán		Tonga	

^a Mathers BM et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 2010, 375:1014–1028.

Fuente: informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr).

Los datos se presentaron en 2012, pero los países pueden diferir en los métodos utilizados. Las encuestas se realizan normalmente en capitales y pueden no ser representativas a nivel nacional.

LIDERAZGO INSUFICIENTE EN LA RESPUESTA AL SIDA PARA LOS USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES

15%
FINANCIACIÓN
NACIONAL

En Europa oriental y Asia central, las fuentes nacionales del sector público cubren solo el 15% del gasto en programas de prevención para usuarios de drogas inyectables.

Una asignación sólida de recursos nacionales es la prueba más clara del liderazgo a la hora de abordar las necesidades de los usuarios de drogas inyectables con relación al VIH. Aunque la financiación para los programas de prevención destinados a este grupo de población ha aumentado (se duplicó en 18 países con datos disponibles entre 2006-2007 y 2010-2011) la mayor parte de este aumento se debe a esfuerzos de donantes internacionales, que aportaron el 92% de los fondos destinados al gasto total en VIH para usuarios de drogas inyectables en 2010-2011. En la mayoría de los países, las fuentes nacionales del sector público todavía tienen que dar prioridad a la financiación de programas para abordar las necesidades de esta población con relación al VIH.

Estas tendencias son especialmente visibles en Europa oriental y Asia central, que siguen siendo clave para conseguir el objetivo de reducir a la mitad el número de usuarios de drogas inyectables que se infectan por el VIH para 2015. En todos los países de la región, los donantes externos cubrieron al menos el 60% del gasto destinado a programas de prevención para esta población. En el plano regional, el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria es responsable de los programas de prevención para usuarios de drogas inyectables, y los recursos nacionales del sector público apenas cubrieron un 15% de este gasto.

En lo que respecta a los servicios de prevención para usuarios de drogas inyectables, la proporción de países en que la mayoría de la financiación proviene de donantes externos es alta en Europa oriental y Asia central (10 de 10) y en Asia y el Pacífico (11 de 13). En todas las regiones, solo 8 de 43 países¹ que informan del gasto para usuarios de drogas inyectables por fuente donante cubren con fondos de procedencia nacional más del 75% del gasto en programas de prevención para esta población clave. En un momento en el que el Fondo Mundial y la comunidad internacional de donantes están reformulando sus enfoques de financiación (y en que muchos donantes están tomando medidas para centrar su apoyo en los países de recursos más limitados) estas tendencias generan gran preocupación respecto a la sostenibilidad de estos programas y hacen un llamamiento a una mayor participación nacional en ellos, especialmente en países de ingresos medios.

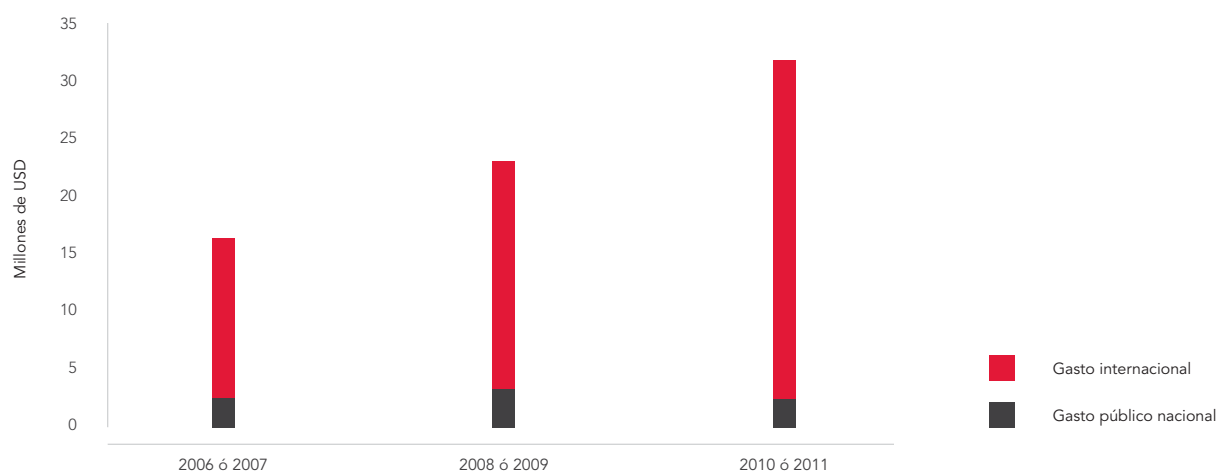
¹ Afganistán (2011), Angola (2011), Argentina (2009), Armenia (2011), Azerbaiyán (2011), Bangladesh (2011), Belarús (2011), Brasil (2009), Bulgaria (2011), Burundi (2010), Camboya (2009), Colombia (2011), Georgia (2011), Ghana (2010), Guatemala (2010), Haití (2011), India (2011), Indonesia (2010), Jamaica (2010), Kazajstán (2011), Kenya (2010), Kirguistán (2011), República Democrática Popular Lao (2011), Lituania (2011), Madagascar (2011), Malasia (2011), Mauricio (2010), México (2009), Myanmar (2011), Nepal (2009), Nigeria (2010), Pakistán (2010), Filipinas (2011), República de Moldova (2011), Rumania (2011), Sri Lanka (2010), Swazilandia (2009), Tayikistán (2011), Tailandia (2011), ex República Yugoslava de Macedonia (2010), Ucrania (2010), Uzbekistán (2011) y Viet Nam (2010).

REDUCIR A LA MITAD EL NÚMERO DE USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES QUE SE INFECTAN POR EL VIH: AVANZANDO HACIA 2015

Según los datos disponibles, el mundo está lejos de conseguir el objetivo fijado para los usuarios de drogas inyectables. Es urgente por lo tanto contar con un compromiso mucho más sólido para que las respuestas fundamentadas en pruebas se amplíen debidamente. Muchos países no presentan datos sobre el VIH con relación a los usuarios de drogas inyectables, por lo que se deben tomar medidas inmediatas para mejorar la presentación de datos agregados por sexo sobre la epidemiología y la cobertura de los servicios del VIH para esta población, con el objetivo de garantizar que se cuente con cálculos nacionales fiables sobre el número total de usuarios de drogas inyectables. Los países que no abordan actualmente las necesidades de estas personas en sus estrategias nacionales del sida deben tomar medidas inmediatas para rectificar esta cuestión. Los gobiernos, por su parte, deben destinar con urgencia recursos importantes a programas integrales de prevención fundamentados en pruebas para usuarios de drogas inyectables e intensificar los esfuerzos para ampliar las pruebas del VIH, la terapia de sustitución de opiáceos, la distribución de jeringas y el uso del preservativo.

Fig. 2.2

Gasto en VIH para usuarios de drogas inyectables 18 países de ingresos bajos y medios con datos disponibles, último año disponible



Fuente: Informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr).

3 ELIMINAR LAS INFECCIONES POR EL VIH ENTRE NIÑOS Y MANTENER CON VIDA A SUS MADRES

El mundo se ha embarcado en un esfuerzo histórico para poner fin a las nuevas infecciones por el VIH entre niños y reducir el número de mujeres seropositivas que fallecen por causas relacionadas con el embarazo. Las partes interesadas se han unido para desarrollar el Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres (1). En 2011, el mundo dio un paso más en el camino hacia el objetivo de 2015 al generar una confianza importante en la viabilidad de eliminar las nuevas infecciones entre niños.

EL NÚMERO DE NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH ENTRE NIÑOS SIGUE DESCENDIENDO

409 000

En los tres años que transcurrieron desde principios de 2009 hasta finales de 2011, la profilaxis antirretrovírica evitó 409.000 nuevas infecciones en niños en países de ingresos bajos y medios.

En 2011, 330.000 [280.000-390.000] niños se infectaron por el VIH. Esto representa un descenso del 43% respecto a 2003 (cuando se produjeron 560.000 [510.000-650.000] nuevas infecciones infantiles) y del 24% respecto a 2009 [cuando 430.000 [370.000-490.000] niños contrajeron la infección).

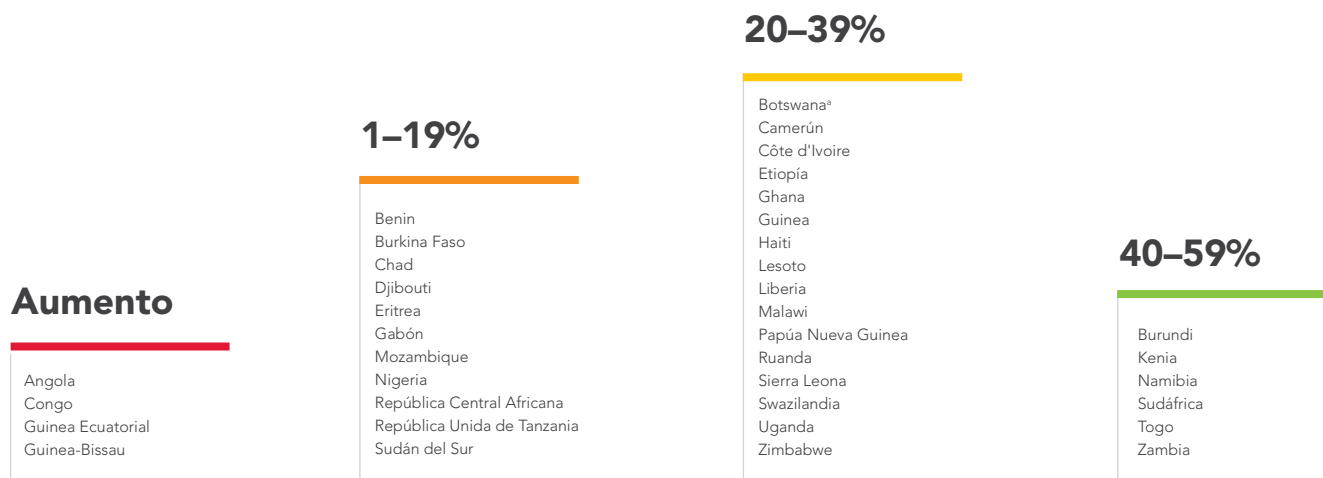
Más del 90% de los niños que se infectaron por el VIH en 2011 vivían en África subsahariana. En esta región, el número de nuevas infecciones en este grupo de edad descendió un 24% entre 2009 y 2011. También se han producido descensos significativos en el Caribe (32%) y Oceanía (36%), y más modestos en Asia (12%), América Latina (24%) y Europa oriental y Asia central (13%). Sin embargo, estas tres regiones habían conseguido previamente reducir de forma significativa el número de nuevas infecciones en niños. Oriente Medio y África septentrional es la única región que todavía no ha observado un descenso de la infección en esta población.

En países con epidemias generalizadas, donde se producen la mayoría de las nuevas infecciones en niños, se han conseguido grandes avances durante la última década. En seis países (Burundi, Kenya, Namibia, Sudáfrica, Togo y Zambia), el número de nuevas infecciones en niños cayó entre un 40 y un 59% entre 2009 y 2011. En otros 16, los descensos durante el mismo periodo fueron de entre el 20 y el 39%.



Table 3.1

Descenso porcentual en el número de niños (de 0 a 14 años) que se infectaron por el VIH en países con epidemias generalizadas entre 2009 y 2011



Fuente: estimaciones de ONUSIDA.

* Nota: el año de referencia para el Plan mundial es 2008. Algunos países ya habían conseguido avances importantes en la reducción del número de nuevas infecciones por el VIH en niños en los años previos a 2009, en particular Botswana que, en ese año, ya contaba con una cobertura de antirretrovíricos del 92% para mujeres embarazadas. En los países que ya cuentan con una cobertura alta es más complicado conseguir que el número de nuevas infecciones entre niños siga disminuyendo.

Sin embargo, los avances no son visibles en todo el mundo, lo que resalta la importancia de actuar con mayor intensidad para conseguir el objetivo de que las nuevas infecciones entre niños para 2015 sean cero. En 11 países, el número de nuevas infecciones en niños apenas se ha reducido entre un 1 y un 19% desde 2009, e incluso ha aumentado en cuatro países: Angola, Congo, Guinea Ecuatorial y Guinea-Bissau (Tabla 3.1).

Aunque el descenso del número de adultos que se infectan por el VIH está ayudando a reducir el riesgo de que los niños contraigan el virus, los últimos avances en la ampliación de los servicios de prevención basados en la terapia antirretrovírica y la alimentación infantil son los principales responsables de la disminución drástica del número de nuevos niños infectados. De 2009 a 2011, la profilaxis antirretrovírica evitó que 409.000 niños se infectaran por el VIH en países de ingresos bajos y medios.

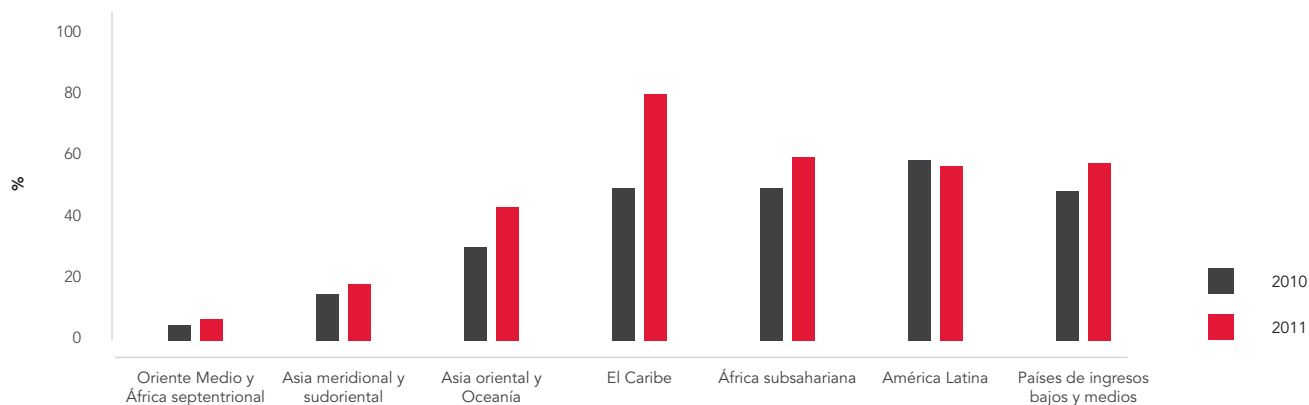
UN PLAN PARA ELIMINAR LAS NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH EN NIÑOS

Se recomiendan cuatro acciones clave para reducir el número de nuevas infecciones por el VIH en niños: (1) fortalecer los servicios de prevención primaria del VIH para garantizar que las mujeres en edad reproductiva y sus parejas eviten la infección, (2) tomar medidas (como ofrecer anticonceptivos y asesoramiento) para cubrir las necesidades de planificación familiar no atendidas de las mujeres que viven con el VIH, (3) facilitar pruebas del VIH, asesoramiento y medicamentos antirretrovíricos cuando sea preciso a mujeres embarazadas seropositivas para evitar que transmitan el virus a sus hijos y (4) garantizar servicios adecuados y oportunos de atención, tratamiento y apoyo a las mujeres que viven con el VIH, a sus hijos seropositivos y a sus familias.

En lo que respecta a evitar que los niños se infecten por el VIH, las técnicas más recientes están evolucionando rápidamente gracias a nuevos datos sobre métodos más efectivos para reducir el riesgo de transmisión. Igualmente, los países deben adaptar los sistemas y enfoques existentes a los nuevos datos disponibles. Entre las decisiones críticas que se deben adoptar están: mantener o no con un tratamiento antirretrovírico triple de por vida a las mujeres embarazadas que viven con el VIH y que inician la terapia cuando su recuento de CD4 supera las 350 células por ml; incluir o no efavirenz en las posologías combinadas para mujeres embarazadas; y cuál debe ser el tipo y la duración de las prácticas de alimentación infantil recomendadas para sacar el máximo partido a los beneficios de prevención para el niño.

Fig. 3.1

Porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas que recibía un tratamiento antirretrovírico efectivo para prevenir la transmisión maternoinfantil, por región, 2010 y 2011



No se informa de la cobertura para Europa oriental y Asia central porque no se han validado por completo los datos.

Fuentes: informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr) y estimaciones de ONUSIDA.

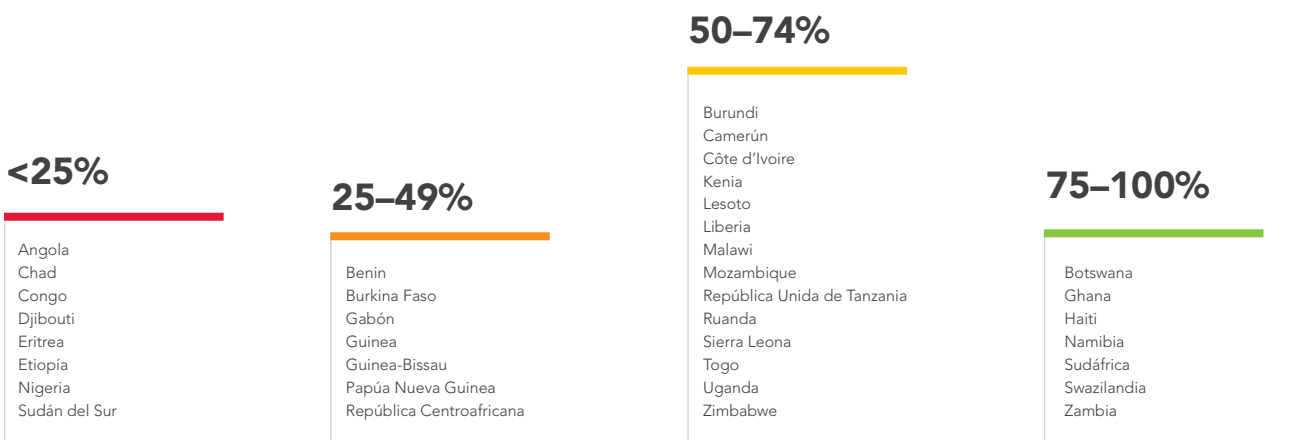
PROVEER SERVICIOS A LAS PERSONAS QUE LOS NECESITAN

Existen pocos datos que indiquen que los programas que pretenden evitar embarazos no deseados hayan cambiado significativamente desde el nacimiento de los programas para prevenir el VIH entre niños. Tan solo 5 de 15 países de África subsahariana que disponen de encuestas nacionales en los hogares mostraron que las necesidades de planificación familiar no cubiertas habían descendido más del 5% entre 2000 y 2011.

En países de ingresos bajos y medios, la cobertura de las posologías antirretrovíricas efectivas para prevenir la transmisión materno-infantil llegó al 57% [51-64%] en 2011. Aunque los países de ingresos altos mantienen desde hace tiempo una cobertura prácticamente universal de los medicamentos antirretrovíricos para mujeres embarazadas, solo el Caribe se ha acercado a estos altos niveles con una cobertura del 79% [67-97%] (Fig. 3.1). En África subsahariana, donde vive el 92% de las mujeres embarazadas seropositivas, el 59% de estas [53-66%] recibió terapia o profilaxis antirretrovírica. La cobertura parece ser sustancialmente menor en Asia meridional y sudoriental (18% [13-23%]) y en Oriente Medio y África septentrional (7% [6-9%]). Sin embargo, en países con epidemias concentradas no se conocen adecuadamente los patrones de fertilidad entre las mujeres que pertenecen a poblaciones con conductas que aumentan el riesgo de transmitir el VIH, lo que hace más difícil calcular la cobertura de los servicios porque es complicado estimar el número de mujeres embarazadas que viven con el VIH en estos contextos.

Tabla 3.2

Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben posologías antirretrovíricas (excepto dosis únicas de nevirapina) para prevenir la transmisión materno-infantil en países con una epidemia generalizada, 2011



Fuentes: informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr) y estimaciones de ONUSIDA.

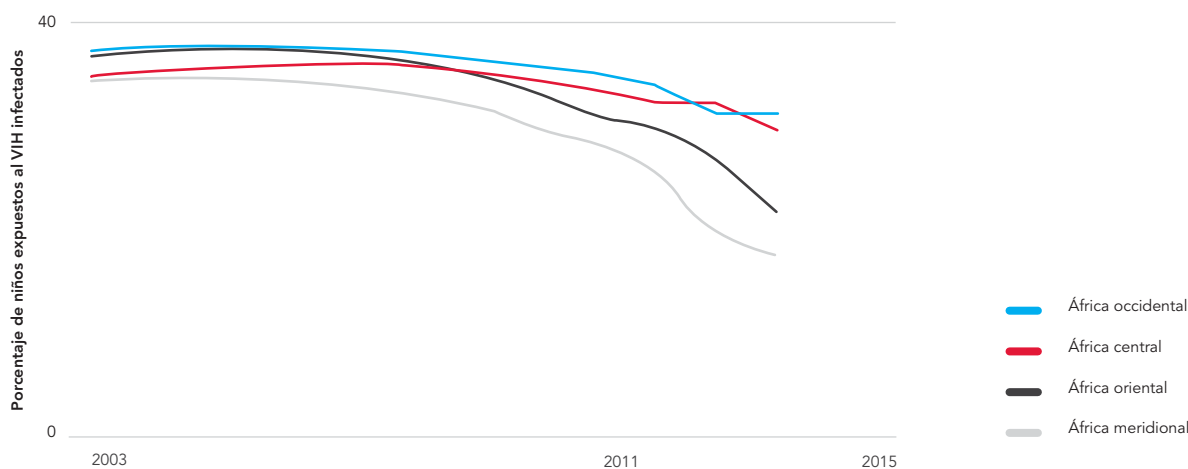
El porcentaje de pares de mujeres embarazadas-lactantes que reciben medicamentos antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil supera el 50% en la mayoría de los países que tienen epidemias generalizadas y datos disponibles. La cobertura excede el 75% en 8 de estos países, y otros 13 informan de una cobertura que va del 50% al 74% (Tabla 3.2).

En las poblaciones lactantes, ofrecer medicamentos antirretrovíricos a las madres o a su hijo durante la lactancia es igualmente esencial para evitar la transmisión vertical (2). En los 21 países identificados como prioritarios en el Plan mundial dentro de África subsahariana, la proporción de pares de mujeres seropositivas-lactantes que reciben profilaxis durante la lactancia ha aumentado desde 2009.

La Figura 3.2 ilustra los índices de transmisión en niños en diferentes subregiones de África subsahariana. Como demuestran los resultados, algunas regiones han conseguido grandes avances: África meridional, la subregión con mayor cobertura de servicios para prevenir la infección en niños dentro de África subsahariana, ha conseguido tener el menor índice de transmisión tras la lactancia (17%). La subregión de África central y occidental, por el contrario, todavía tiene índices de transmisión en torno al 30% debido a una cobertura menor de los servicios, especialmente en lo que se refiere a la profilaxis durante el periodo de lactancia.

Fig. 3.2

Tendencias en los índices de transmisión maternoinfantil por subregión en África subsahariana, 2000-2011



Fuente: estimaciones de ONUSIDA

Para los niños que se han infectado por el VIH, las directrices internacionales recomiendan que todos aquellos que sean menores de dos años comiencen inmediatamente el tratamiento antirretrovírico, mientras que los mayores de dos años siguen diferentes directrices en función de sus niveles de CD4 (3). En 2011, solo el 28% [25-31%] de los niños de entre 0 y 14 años elegibles para el tratamiento recibía medicamentos vitales. En función de la edad que tuviera el niño cuando se infectó, carecer de estos medicamentos podría significar su muerte en menos de un año (4).

Garantizar el acceso de las madres que viven con el VIH al tratamiento no solo les beneficia a ellas, también a sus hijos, ya que según diferentes estudios, los niños cuyas madres fallecen corren un mayor riesgo de muerte, independientemente de cual sea su estado serológico con respecto al VIH. El porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas elegibles que recibía tratamiento antirretrovírico para su propia salud en 2011 era del 30% [27-32%], una cifra inferior a la cobertura estimada para todos los adultos elegibles (según las directrices de la OMS), el 54% [51-59%]. Se requiere, por tanto, una investigación cualitativa a fin de determinar por qué razón, a pesar de tener mayores niveles de acceso a la atención sanitaria, las mujeres embarazadas no están comenzando, o no se está informando de que lo estén haciendo, el tratamiento antirretrovírico. Los últimos datos sugieren que los fallecimientos de mujeres seropositivas relacionados con el embarazo descendieron de 46.000 en 2005 a unos 37.000 en 2010. Es necesario seguir trabajando para garantizar que las mujeres embarazadas que se realizan las pruebas del VIH durante la atención prenatal también se sometan a pruebas para comprobar si son elegibles para recibir la terapia antirretrovírica.

Ya que las mujeres embarazadas que viven con el VIH están mucho más expuestas al riesgo de desarrollar tuberculosis, la detección, prevención y control de la infección por tuberculosis son componentes integrales del paquete de atención para eliminar la transmisión maternoinfantil. El riesgo de desarrollar tuberculosis activa es 10 veces mayor entre mujeres embarazadas seropositivas que entre mujeres embarazadas seronegativas. Igualmente, la tuberculosis se asocia con un conjunto de resultados obstétricos y perinatales realmente adversos, por ejemplo, se duplica el riesgo de transmitir el VIH al feto, el riesgo de mortalidad materna se multiplica por entre 2,2 y 3,2, y el de mortalidad infantil por 3,4 (5). El tratamiento antirretrovírico reduce un 65% el riesgo de desarrollar tuberculosis independientemente de cual sea el recuento de CD4, por lo que combinar la terapia antirretrovírica precoz con la detección regular de la tuberculosis en cada visita a la instalación sanitaria ayuda a garantizar que las madres elegibles reciban tratamiento preventivo con isoniazida o tratamiento precoz para la tuberculosis activa, lo que mejora las probabilidades de supervivencia tanto de la madre como del niño.

Las mujeres embarazadas que viven con el VIH en contextos de crisis humanitarias están expuestas a un riesgo mayor. Para conseguir el objetivo de que ningún niño nazca con el VIH y de mantener con vida a sus madres, los actores humanitarios deben ampliar los servicios de prevención y asegurar que las mujeres desplazadas por la fuerza tengan acceso a servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH.

30%

**DE COBERTURA DEL
TRATAMIENTO**

Solo el 30% de las mujeres embarazadas elegibles recibían tratamiento antirretrovírico para su propia salud en 2011, comparado con el 54% para todos los adultos elegibles.

LAS POLÍTICAS NACIONALES DEBEN FORTALECERSE

De los 22 países prioritarios incluidos en el Plan mundial¹, 21 han fijado objetivos nacionales para evitar que los niños se infecten por el VIH y han alineado sus estrategias nacionales con los elementos del Plan mundial. Sin embargo, los datos disponibles revelan deficiencias constantes en los marcos políticos y en las prácticas clínicas de muchos de estos países. En 2011, por ejemplo, 32 países (12 de ellos con una gran carga de infección por el VIH) informaron de que todavía ofrecían a las mujeres embarazadas posologías subóptimas de dosis única de nevirapina para evitar la transmisión materno-infantil.

Aunque la lactancia sea la norma en la mayor parte de África subsahariana, al igual que en muchas otras partes del mundo, solo 10 de 43 países de esta región han ofrecido información sobre el número de mujeres o niños lactantes que recibieron profilaxis antirretrovírica durante la lactancia. Estos resultados decepcionantes pueden explicarse en parte por la debilidad de los mecanismos de presentación de informes, pero probablemente también reflejen las dificultades que se están encontrando los países a la hora de vincular a las mujeres lactantes con los servicios y el apoyo que necesitan tanto en las instalaciones sanitarias como en el plano comunitario.

Asimismo se necesita un mayor liderazgo nacional y mundial a fin de eliminar las nuevas infecciones entre niños. Trece de los 22 países prioritarios del Plan mundial han facilitado datos sobre las tendencias del gasto en servicios para evitar las nuevas infecciones en niños entre 2008 y 2010. Los recursos destinados a prevenir el VIH en este grupo de edad han amentado en algunos países (Botswana, Burundi, Camerún, Ghana y Kenya), pero el descenso de la financiación (Angola, Chad y Namibia) o los patrones de gasto inconsistentes (República Democrática del Congo, India, Lesotho y Nigeria) son también una realidad en otros lugares, según los datos presentados sobre el gasto en sida.

ELIMINAR LAS NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH EN NIÑOS Y MANTENER CON VIDA A SUS MADRES: EL CAMINO HACIA 2015

Conseguir que la cobertura de los servicios para prevenir la infección por el VIH en niños llegue al 57% es un gran logro. Sin embargo, para alcanzar el objetivo mundial de eliminar estas infecciones para 2015 se necesitarán no solo esfuerzos acelerados que amplíen los servicios de prevención entre esta población, sino también tomar medidas para garantizar que todos los elementos programáticos del Plan mundial se apliquen en su totalidad. En concreto, no será posible alcanzar las metas mundiales si no se impide que las mujeres en edad reproductiva se infecten por el VIH y si las mujeres seropositivas no pueden tomar decisiones sobre su vida reproductiva. Deben utilizarse las posologías profilácticas más efectivas y extenderse los esfuerzos de prevención más allá del periodo prenatal para abarcar también el periodo de lactancia (6). Un diagnóstico y un tratamiento tempranos serán clave para mejorar la supervivencia de

¹ Los países prioritarios del Plan mundial son: Angola, Botswana, Burundi, Camerún, Chad, Côte d'Ivoire, República Democrática del Congo, Etiopía, Ghana, India, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Nigeria, Sudáfrica, Swazilandia, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabue.

los niños expuestos al VIH y garantizar la calidad de los programas. Los asociados deben colaborar para formar a los enfermeros y garantizar que todos los centros clínicos tengan acceso a medicamentos esenciales.

También es necesario intensificar los esfuerzos para ofrecer un tratamiento y una atención de calidad y oportunos a las mujeres que viven con el VIH. Se calcula que el 70% [68-73%] de las mujeres embarazadas con recuentos de CD4 por debajo de 350 células por ml no está recibiendo terapia antirretrovírica, un patrón que socava la salud de la mujer así como los esfuerzos mundiales por prevenir la transmisión maternoinfantil.

Cada vez se dispone de más datos que indican que conviene continuar ofreciendo a las madres seropositivas las mismas posologías combinadas que toman como profilaxis durante el embarazo para el resto de sus vidas (Opción B+). Este enfoque tiene el potencial de reducir los índices de transmisión en futuros embarazos, así como las probabilidades de transmitir el virus a sus parejas sexuales, además de mejorar la supervivencia materna y promover el uso de posologías simplificadas (7). Es esencial que se lleve a cabo con el consentimiento informado de cada mujer y respetando sus derechos.

Incorporar servicios integrales de prevención y tratamiento antirretrovírico con los servicios de salud materna, prenatal e infantil mejorará la eficiencia y la efectividad de todas las intervenciones. Al agruparlos, es más probable que las mujeres obtengan los servicios que necesitan y que mejore su eficiencia (8). Esta integración es especialmente importante en países con epidemias generalizadas, ya que la atención relacionada con el VIH es una carga importante para unos sistemas de atención sanitaria ya de por sí débiles.

También se necesitan esfuerzos adicionales para minimizar los obstáculos sociales y estructurales que impiden ampliar los servicios. Los programas comunitarios para asesorar a las mujeres, ofrecerles apoyo a la hora de revelar su estado serológico, promover la participación de hombres y niños, y reducir el estigma y la discriminación son esenciales para fomentar el acceso a los servicios esenciales y mantener a las familias en la atención. Asimismo, incluso en aquellos países que han alcanzado altos niveles de cobertura en los servicios, se necesitan esfuerzos concertados para llegar a las poblaciones más marginadas y vulnerables, como usuarias de drogas, mujeres que venden sexo, reclusas, migrantes ilegales y minorías étnicas. En los grupos marginados, que a menudo son relegados al olvido en los servicios de salud materna e infantil, los índices de transmisión maternoinfantil del VIH son prácticamente 2,5 veces superiores a los de la población general (9).

Para aliviar el estigma que impide que las mujeres que viven con el VIH y las mujeres vulnerables accedan a la atención prenatal es necesaria la implicación de las comunidades afectadas, innovación y compromiso. Reconociendo la oportunidad única de eliminar las nuevas infecciones por el VIH entre niños para 2015, los asociados nacionales e internacionales también deben garantizar que la competencia entre las prioridades sanitarias no desplace el apoyo esencial para los servicios de prevención del VIH.

2,5x

La transmisión del VIH entre los hijos de mujeres de poblaciones marginadas es 2,5 veces superior a la de la población general.

4 TRATAMIENTO

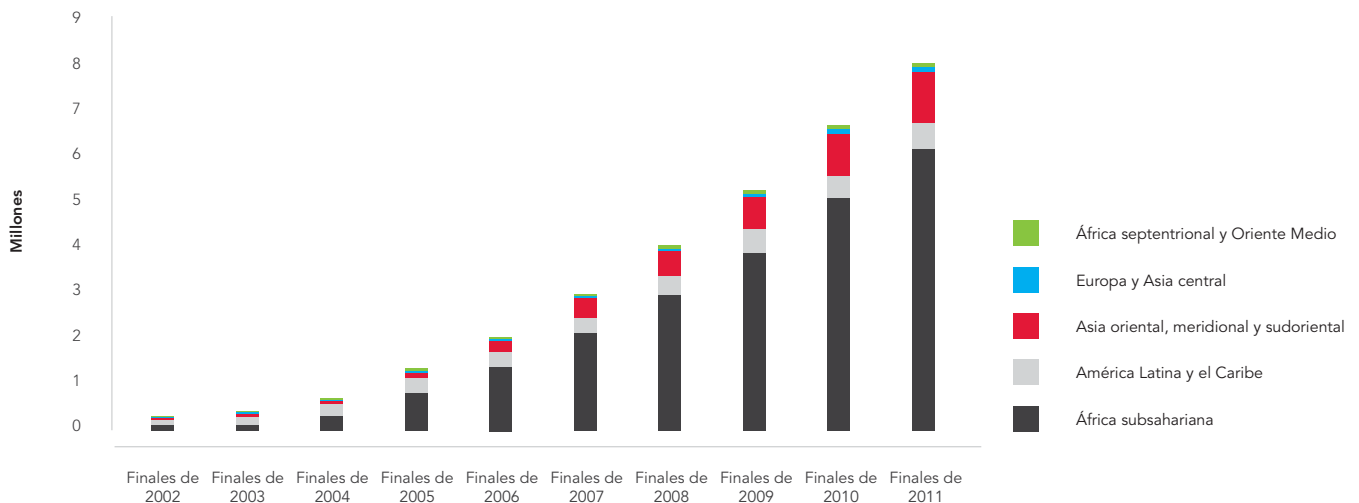
La rápida expansión del tratamiento antirretrovírico (uno de los logros más significativos en la historia reciente de la salud pública) continuó durante 2011, año en el que más personas que nunca empezaron a recibirlo. El número de personas seropositivas en tratamiento aumentó un 21% con respecto a 2010, de acuerdo con los datos de los informes de progreso presentados por los países. Esta ampliación de la cobertura está salvando vidas, ya que la mitad de las personas con un recuento de células CD4 inferior a 350/ml, donde se sitúa el umbral actual para iniciar el tratamiento, podría morir en dos años si no recibe terapia antirretrovírica. Este ritmo acelerado debe mantenerse si el mundo quiere conseguir el objetivo de llevar el tratamiento a 15 millones de personas seropositivas para 2015.

TENDENCIAS PROMETEDORAS EN LA COBERTURA DEL TRATAMIENTO

A finales de 2011 se había llevado el tratamiento a 8 millones de personas, una cifra 20 veces superior a la de 2003 (Fig. 4.1). Desde 1995, la terapia antirretrovírica ha añadido 14 millones de años de vida en países de ingresos bajos y medios, de los cuales 9 millones corresponden a África subsahariana.

Fig. 4.1

Número de personas que recibía terapia antirretrovírica en países de ingresos bajos y medios, por región, 2002-2011



Fuente: Informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr).



En 2011, por primera vez, la mayoría (54%) de las personas elegibles para recibir terapia antirretrovírica en países de ingresos bajos y medios estaba en tratamiento. En América Latina (68%), el Caribe (67%) y Oceanía (69%) se registró la mayor cobertura. África subsahariana, donde un 56% de las personas elegibles está recibiendo tratamiento, supera ligeramente la media mundial, pero los niveles siguen siendo bajos en Europa oriental y Asia central (25%), así como en África septentrional y Oriente Medio (15%).

El número de países con una cobertura de al menos un 80% ascendió de 7 en 2009 a 10 en 2011, y el de países con una cobertura inferior al 20% descendió de 28 en 2009 a 10 en 2011, lo que representa progresos reales al respecto. Sin embargo, el hecho de que en 10 países menos de una de cada de cinco personas elegibles reciba tratamiento exige que se le preste atención con urgencia.

En los países de ingresos bajos y medios, la cobertura de la terapia antirretrovírica sigue siendo superior en mujeres (68%) que en hombres (47%). La brecha en el acceso infantil al tratamiento aún persiste, con una cobertura mundial mucho menor en niños (28%) que en adultos (54%). Cuarenta y dos países ofrecen terapia antirretrovírica a menos de uno de cada cinco niños elegibles, mientras que solo en diez países la cobertura en adultos es inferior al 20%. Sin embargo, son más los países que han conseguido ampliar la cobertura infantil de la terapia antirretrovírica hasta el 80% (18) que los que han alcanzado este objetivo en adultos (14).

El acceso y la continuidad del tratamiento del VIH sigue siendo una cuestión importante para las poblaciones afectadas por crisis humanitarias. En 2011, el 93% de los refugiados en Asia, África, América Latina, y África septentrional y Oriente Medio pudo obtener tratamiento antirretrovírico en un nivel similar al de la población de su entorno.

MEJORAR LOS RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS

Pruebas convincentes señalan que las entidades ejecutoras de los programas están aprovechando las enseñanzas extraídas en los últimos diez años para aumentar el éxito de las acciones relacionadas con el tratamiento. La delegación de funciones y el descenso en los costes de los medicamentos permiten que más personas puedan recibir tratamiento con los mismos recursos limitados. En Mozambique, mejorar la supervisión de los programas contribuyó a reducir los costes de la terapia antirretrovírica por persona un 45% de 2009 a 2011 (1). De acuerdo con un estudio de 2012 elaborado por la Iniciativa Clinton de Acceso a la Salud, en más de 160 dispensarios de cinco países de África subsahariana (2), el coste de la prestación del tratamiento del VIH por persona ha ido descendiendo de forma constante a lo largo del tiempo.

28%
DE COBERTURA INFANTIL

En países de ingresos bajos y medios, la cobertura del tratamiento del VIH es de un 68% en mujeres y un 47% en hombres, frente al 28% en niños en todo el mundo.

REDUCIR MÁS LOS COSTES DEL TRATAMIENTO

Además de reducir los costes por persona del tratamiento mejorando la gestión de los programas, también es necesario trabajar para reducir más los costes de los medicamentos antirretrovíricos. Los países, con la ayuda de los asociados internacionales, deben tomar medidas para desarrollar una capacidad farmacéutica local y aprovechar al máximo las flexibilidades que ofrece el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC). Como recomienda el Grupo consultivo de expertos de la OMS, es preciso centrarse de inmediato en la creación de mecanismos de financiación innovadores que estimulen la realización de más investigaciones y avances sanitarios para el VIH y otros problemas de salud a los que se enfrentan los países de ingresos bajos y medios, prestando especial atención a la creación de nuevas herramientas asequibles que permitan atender problemas prioritarios en materia de salud.

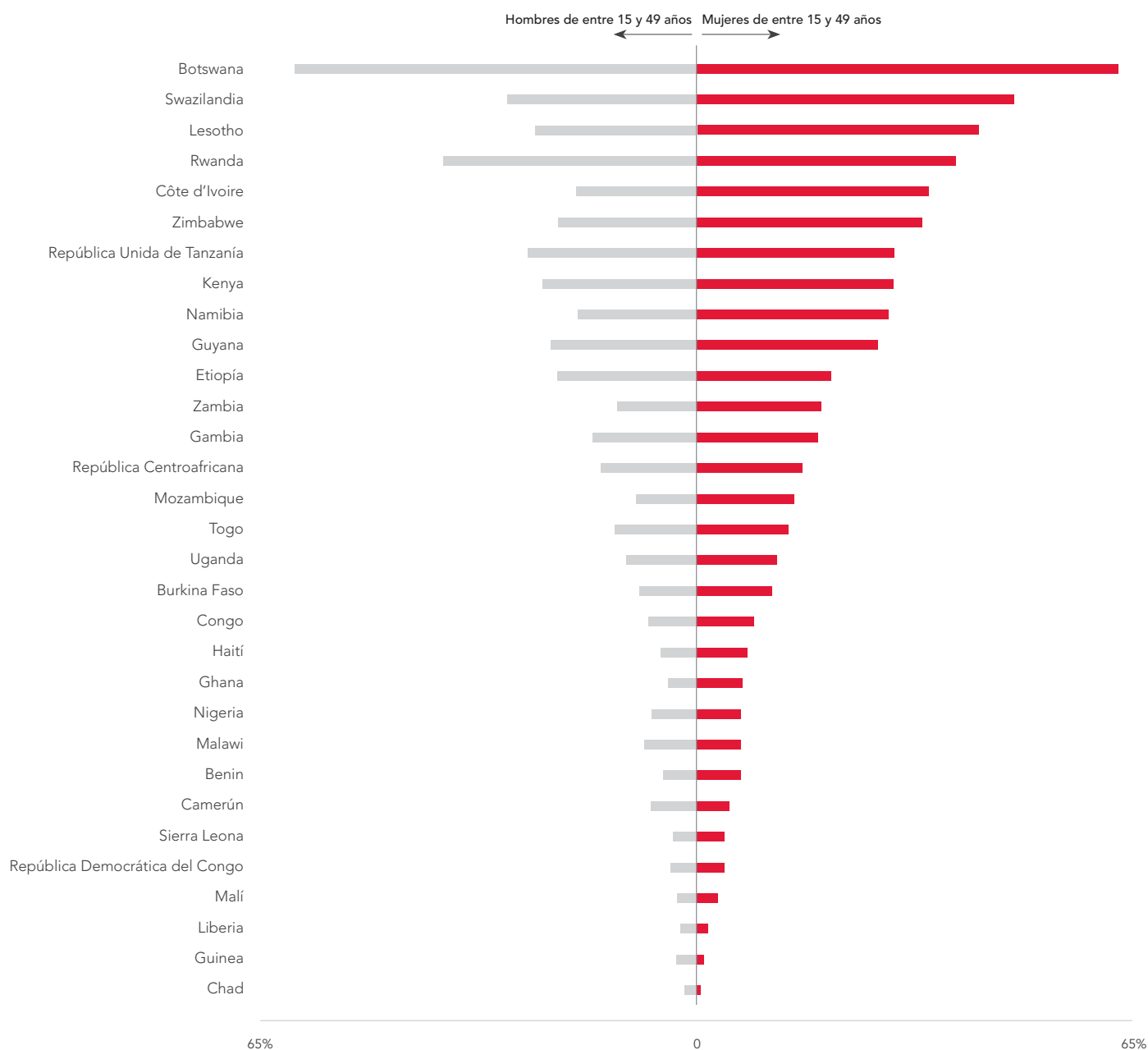
INVOLUCRAR A LAS COMUNIDADES EN EL ESFUERZO PARA AMPLIAR EL TRATAMIENTO

El tratamiento 2.0, un enfoque programático para impulsar la próxima fase del tratamiento del VIH, reclama la implicación total de las personas que viven con el VIH y las comunidades afectadas en la planificación, ejecución y evaluación de programas de alta calidad para el tratamiento y la atención basados en el respeto de los derechos. El liderazgo de las comunidades tiene la capacidad de generar una demanda de servicios de tratamiento sólida y sostenible, así como de mejorar la observancia del tratamiento y otros resultados relacionados con él. Aunque una revisión reciente de información disponible reveló que el 70% de las personas que siguen programas de tratamiento en clínicas de África subsahariana continuaba recibiendo la terapia antirretrovírica dos años después de iniciarla, los índices de continuidad en ese mismo periodo ascendían al 98% en un programa de Mozambique que utilizaba estrategias de apoyo comunitario para complementar los servicios de las clínicas. ONUSIDA está trabajando en la elaboración de una base empírica sobre la implicación comunitaria que permita reforzar los programas de tratamiento y atención relacionados con el VIH.

Ya se están llevando a cabo acciones para mejorar los resultados en cada etapa del proceso de tratamiento. Las encuestas realizadas entre 2004 y 2011 en 14 países de África subsahariana señalan que el porcentaje de adultos que se sometieron a pruebas en los 12 meses anteriores había aumentado de forma significativa gracias a la ampliación de los programas de tratamiento antirretrovírico y a la inversión de los países en diferentes estrategias en materia de pruebas, como asesoramiento y pruebas iniciadas por el proveedor, tecnologías de pruebas rápidas y campañas para realizar pruebas en los hogares (Fig. 4.2). Los planteamientos innovadores, como las campañas de prevención de más de una enfermedad llevadas a cabo en Kenya y Uganda, han demostrado la viabilidad y el potencial de los enfoques sobre pruebas basados en la comunidad. En los 14 países de África subsahariana que se estudiaron, los índices de realización de pruebas suelen ser superiores en mujeres que en hombres, en parte quizás porque la disponibilidad de pruebas en los centros de atención prenatal ha aumentado. Aunque la tendencia hacia mayores índices poblacionales de realización de pruebas es alentadora, los datos disponibles no demuestran de forma concluyente que los programas estén llegando a los grupos de edad y población más expuestos al riesgo de contraer el VIH.

Fig. 4.2

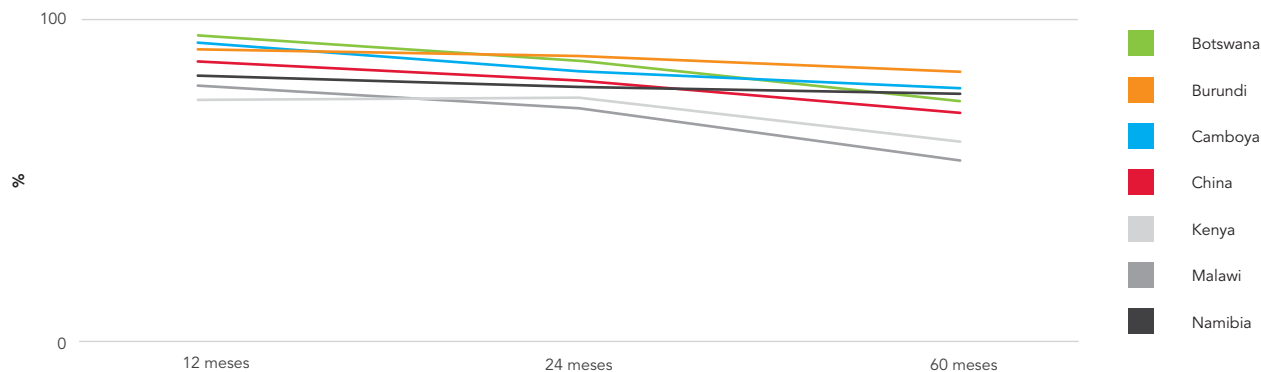
Porcentaje de hombres y mujeres de entre 15 y 49 años que se sometió a una prueba del VIH en los últimos doce meses y conoce su resultado, 2004-2011



Fuente: Encuestas demográficas y de salud (www.measuredhs.com).

Fig. 4.3

Índices de retención en la terapia antirretrovírica a los 12, 24 y 60 meses en países seleccionados, informes de progreso de los países presentados en 2012



Fuente: Informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr).

MEJORAR LA RETENCIÓN DE PACIENTES EN EL TRATAMIENTO

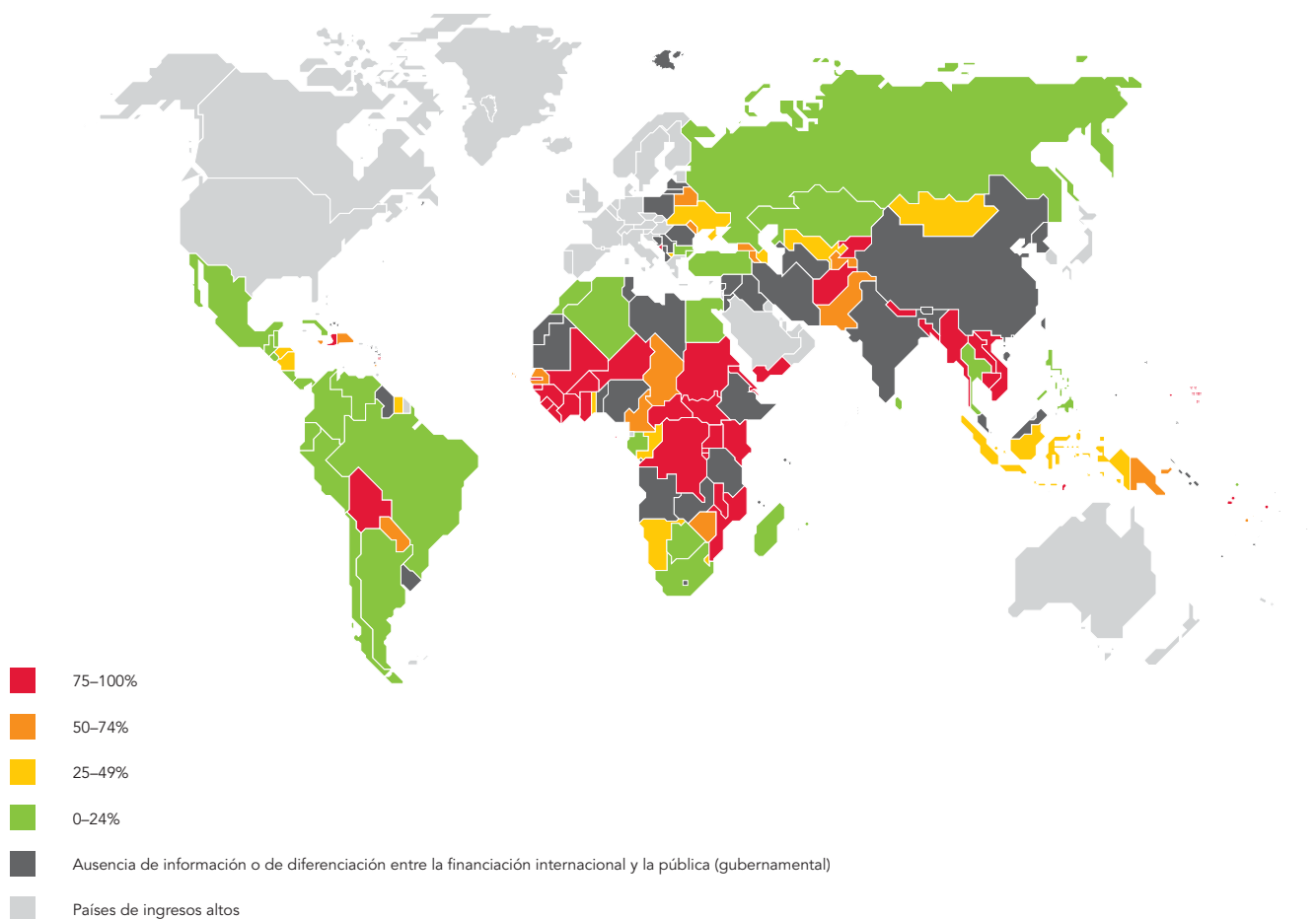
Los datos siguen poniendo de relieve la apremiante necesidad de mejorar los índices de retención de las personas que reciben tratamiento y atención relacionados con el VIH. Cerca de la mitad de todos aquellos que iniciaron la terapia antirretrovírica en un mismo centro de tratamiento de Malawi, lo había abandonado cinco años después. Esta proporción es casi del 40% en Kenya (Fig. 4.3). Obtener conclusiones fiables sobre la tendencia de los índices de retención es complicado porque hay pocos países que elaboren datos nacionales consistentes que permitan realizar un seguimiento a lo largo del tiempo. Además, informar constantemente sobre las personas que se trasladan a otros centros representa un gran obstáculo.

DEPENDENCIA MUNDIAL DE LA AYUDA PARA EL TRATAMIENTO

A pesar de que se están realizando grandes esfuerzos para incrementar la financiación nacional, muchos países dependen en gran medida de la ayuda internacional para prestar tratamiento, atención y apoyo (Fig. 4.4). La financiación externa cubrió más de la mitad del gasto en 59 países y más del 75% en 43 de los 102 países de ingresos bajos y medios que informaron sobre la proporción de inversión internacional y pública (gubernamental) en tratamiento al menos una vez entre 2007 y 2011.

Fig. 4.4

Proporción del gasto en atención y tratamiento procedente de la ayuda internacional, países de ingresos bajos y medios, 2007-2011



Fuente: Informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr).

LLEVAR TRATAMIENTO DEL VIH A 15 MILLONES DE PERSONAS PARA 2015: AVANZANDO HACIA 2015

Al ritmo anual actual al que se está ampliando el tratamiento, llevar terapia antirretrovírica a 15 millones de personas para 2015 es viable. Sin embargo, alcanzar este objetivo exigirá que se redoblen los esfuerzos por mejorar la eficacia y la eficiencia de los programas de tratamiento.

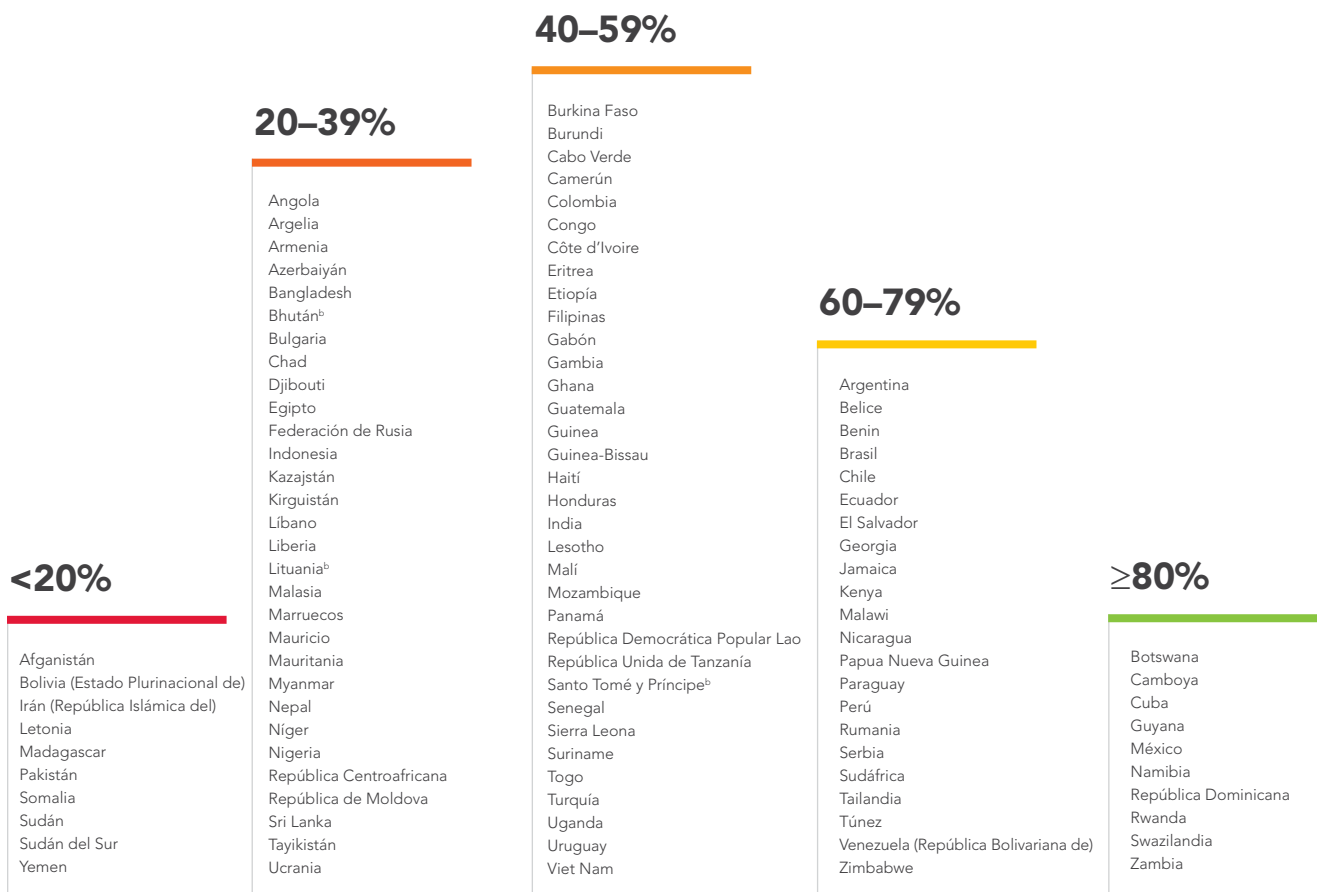
Para maximizar los beneficios terapéuticos y preventivos del tratamiento es necesario conseguir resultados mucho mejores en la eliminación de las deficiencias en el proceso de tratamiento. Las personas que viven con el VIH necesitan que se les realice un diagnóstico precoz en el curso de la infección a través de servicios de pruebas que sean simples y de fácil acceso. Aquellas cuyo resultado sea positivo deben ser remitidas a servicios de atención a los que puedan acceder con facilidad y recibir una evaluación diligente, la terapia antirretrovírica debe iniciarse en el momento oportuno, y los pacientes deben permanecer en los programas de tratamiento y recibir apoyo para observar las posologías que se les han prescrito. Los sistemas de suministro de medicamentos deben ser más fiables, los programas tienen que aprovechar mejor las oportunidades disponibles para vincular el tratamiento con otros programas (como los de asesoramiento y pruebas para parejas, iniciativas sobre la circuncisión masculina médica voluntaria, o la terapia de sustitución de opiáceos) y las comunidades deben apoyar más las acciones relacionadas con el tratamiento.

Reducir más el coste de la terapia antirretrovírica será crucial, sobre todo en los regímenes de segunda y tercera línea, cuya demanda crecerá cada vez más en los próximos años. Las estrategias para gestionar la propiedad intelectual orientadas a favorecer el logro de los objetivos en materia de salud pública, como utilizar en su totalidad, si es necesario, las flexibilidades que ofrecen reglamentos internacionales como el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual que administra la Organización Internacional del Comercio, desempeñarán un papel fundamental. Los actores internacionales deben evitar las disposiciones de los acuerdos de libre comercio que pueden socavar el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias asequibles y capaces de salvar vidas.

Es necesario redoblar los esfuerzos a fin de mejorar la cobertura del tratamiento en niños, sobre todo entre los más jóvenes y vulnerables, y garantizar que los servicios de tratamiento y pruebas del VIH lleguen antes a más hombres en los lugares con una prevalencia alta. Los sistemas sanitarios deben atender mejor las necesidades de las poblaciones vulnerables y es necesario reforzar los mecanismos de presentación de informes en materia de salud para supervisar la retención en el tratamiento por sexo y edad. Y por último, hay que dedicar más esfuerzos a impulsar la próxima fase del tratamiento del VIH acelerando los estudios sobre aplicación y tomando en cuenta las enseñanzas extraídas en diferentes lugares del mundo (Tabla 4.1).

Tabla 4.1

Porcentaje de personas elegibles que recibía terapia antirretrovírica en países de ingresos bajos y medios seleccionados a finales de 2011^a



^a La tabla no incluye países con menos de 100 personas que necesitan terapia antirretrovírica.

^b Países con una necesidad estimada de terapia antirretrovírica inferior a 1000 personas. Los datos de estos países deben interpretarse con cautela por el modo en que afectan los rangos de incertidumbre a las estimaciones.

Fuente: Estimaciones de ONUSIDA.

5 TUBERCULOSIS Y VIH

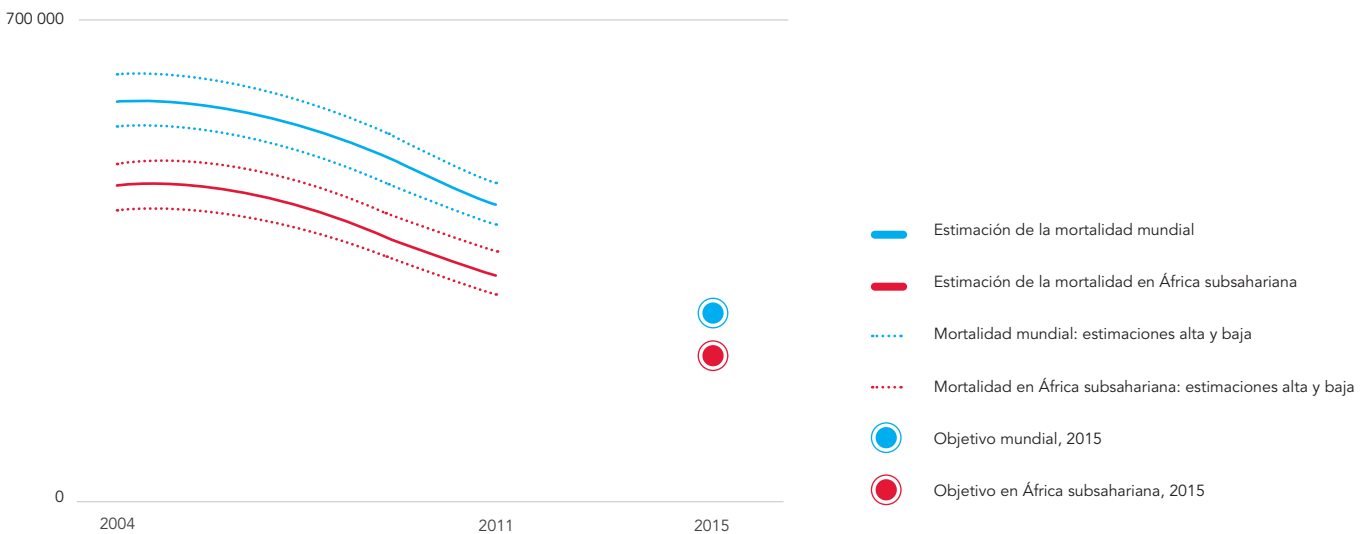
Se han realizado progresos importantes para alcanzar el objetivo mundial fijado para 2015 de reducir en un 50% las muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH. Desde 2004, las defunciones de personas seropositivas a causa de la tuberculosis han descendido un 25% en todo el mundo (Fig. 5.1) y un 28% en África subsahariana, donde habita cerca del 80% de todas las personas que viven con tuberculosis y VIH. La OMS calcula que la ampliación de las actividades de colaboración en el ámbito de ambas afecciones supuso que se evitaran en torno a 1,3 millones de muertes por causas relacionadas con el sida entre 2005 y 2011.

Se calcula que en 2011, de los 8,7 millones de personas que contrajeron la tuberculosis en todo el mundo, 1,1 millones (13%) vivían con el VIH. De entre todas las personas con tuberculosis que recibieron el resultado de las pruebas del VIH en ese año, un 23% obtuvo un diagnóstico positivo (Tabla 5.1) (1).

Es preciso tomar numerosas medidas críticas para seguir avanzando en los progresos recientes y alcanzar el objetivo mundial de reducir a la mitad las muertes relacionadas con la tuberculosis entre las personas seropositivas.

Fig. 5.1

Número estimado de muertes relacionadas con la tuberculosis en personas que viven con el VIH, 2004-2011



Fuente: *Global tuberculosis report 2012*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (www.who.int/tb/publications/global_report/en).



La terapia antirretrovírica reduce de forma significativa el riesgo de que las personas seropositivas desarrollen la tuberculosis y mueran por su causa, ya que repara sus sistemas inmunitarios, dañados por el VIH. La administración temprana del tratamiento antirretrovírico debe seguir ampliándose sin descanso para prevenir la tuberculosis y mejorar los resultados de su tratamiento en las personas que viven con el VIH. De acuerdo con un metanálisis de 2011 (2), la terapia antirretrovírica reduce el riesgo de que las personas seropositivas enfermen por tuberculosis un 65%. Todos aquellos que viven con ambas infecciones deben empezar a recibir tratamiento antirretrovírico lo antes posible, independientemente de su recuento de células CD4.

Tabla 5.1

Pruebas y tratamiento del VIH para personas que viven con el VIH y la tuberculosis y prevención de la tuberculosis en personas que viven con el VIH, por región, 2011 (números en miles salvo que se indique lo contrario)

	Número estimado de personas seropositivas que desarrollaron la TB (miles)			Número de personas con TB que conocen su estado seropositivo (miles)	% de personas con TB diagnosticada que recibieron pruebas del VIH	% de personas seropositivas que se realizaron pruebas de detección de la TB	% de personas que viven con el VIH y la TB que iniciaron la terapia antirretrovírica	Número de personas seropositivas que se realizaron un examen de detección de la TB
	Mejor estimación	Estimación baja	Estimación alta					
Caribe	6.2	5.4	7.2	14 248	71	20	31	2 341
Asia oriental	13	9.2	18	227 528	21	2.1	36	179 946
Europa oriental y Asia central	20	17	22.4	169 870	60	6.8	42	8 245
América Latina	29	26	32	101 272	50	17	70	312
África septentrional y Oriente Medio	7.3	6.4	8.3	26 636	19	4.8	57	974
América del Norte	1	0.9	1.2	9 056	76	8.3	NA	NA
Oceanía	2.2	1.4	3.2	6 432	33	8.7	67	2 182
Asia meridional y sudoriental	164	140	190	882 810	30	7.1	58	448 468
África subsahariana	874	800	951	1 005 082	69	46	46	2 798 326
Europa central y occidental	2.7	2.4	2.9	25.436	30	3.5	81	928
TOTAL	1 100	1 000	1 200	2 468 370	40	23	48	3 441 722

NA: No disponible.

Fuente: *Global tuberculosis report 2012*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (www.who.int/tb/publications/global_report/en).

48%

RECIBIÓ TRATAMIENTO PARA EL VIH

Menos de la mitad de las personas que viven con el VIH y la tuberculosis recibió terapia antirretrovírica en 2011.

En 2011, menos de la mitad (48%) de las personas con tuberculosis e infección conocida por el VIH recibió terapia antirretrovírica en todo el mundo (Tabla 5.1). En África subsahariana, solo el 46% de aquellos que viven con el VIH y padecen tuberculosis inició el tratamiento antirretrovírico. De los 41 países más afectados por el VIH y la tuberculosis (donde reside el 97% de la población mundial estimada que vive con la coinfección (3)), el porcentaje de personas con tuberculosis y VIH diagnosticado que recibe terapia antirretrovírica solo supera el 75% en seis de ellos: Angola, Brasil, Camboya, Myanmar, Rwanda y Sudán (Tabla 5.2) (1).

El diagnóstico rápido del VIH resulta esencial para que el tratamiento sea eficaz, y a veces para que la persona sobreviva, de modo que el aumento en el número de pruebas del VIH practicadas a personas con tuberculosis es un dato prometedor. De 2010 a 2011, la proporción de personas con tuberculosis que se sometieron a pruebas del VIH aumentó del 33% al 40%, lo que supone que en 2011 se realizaron pruebas del VIH a 2,46 millones de personas que padecían tuberculosis.

Los índices de realización de pruebas de 2011 fueron más altos (hasta un 45%) en los 41 países más afectados por ambas infecciones, donde vive cerca del 90% de todas las personas con tuberculosis que recibieron pruebas del VIH, y estos índices alcanzaron un 69% en la Región africana de la OMS. En 2011, la mitad de estos 41 países ofreció pruebas del VIH a, al menos, el 75% de los pacientes con tuberculosis, aunque en muchos países las pruebas se están quedando atrás. A pesar de que en Myanmar la cobertura de la terapia antirretrovírica es alta, esta se ve deteriorada por los bajos índices que se registran en la cobertura de las pruebas del VIH para personas con tuberculosis (Tabla 5.2) (1).

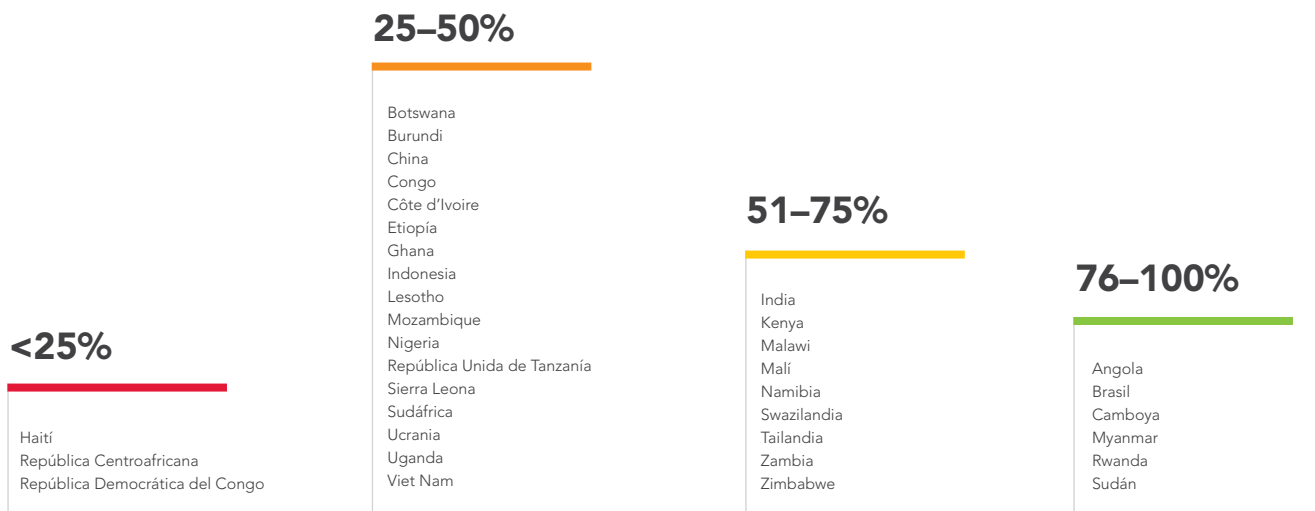
En 2011, 3,2 millones de personas seropositivas fueron examinadas para determinar si padecían tuberculosis, y 460.000 personas seropositivas sin tuberculosis activa recibieron terapia preventiva con isoniazida. En Sudáfrica, los exámenes realizados a personas que viven con el VIH para detectar si están infectadas por la tuberculosis casi se duplicaron, y el número de personas seropositivas que recibe tratamiento preventivo contra la tuberculosis se multiplicó casi por tres, pasando de 146.000 en 2010 a 373.000 en 2011 (1).

Aunque los logros recientes son alentadores, es necesario llevar a cabo más iniciativas para reforzar la respuesta a estas epidemias interrelacionadas. Realizar pruebas del VIH a todos los pacientes de tuberculosis supone un punto de acceso fundamental a la atención. Asimismo, para que los programas del VIH puedan prevenir y reducir la carga de tuberculosis entre las personas seropositivas, es necesario iniciar la terapia antirretrovírica pronto y ampliar la estrategia de las tres "Ies" para el VIH y la tuberculosis (*intensificar* la detección de la tuberculosis, ofrecer terapia preventiva con *isoniazida*, y controlar las *infecciones* por tuberculosis (3)). Todas aquellas personas que reciben atención relacionada con el VIH deben someterse a análisis para detectar la afección pulmonar, y las que no padecen tuberculosis activa deben recibir terapia preventiva con isoniazida. Además, las personas seropositivas con tuberculosis activa también deben recibir tratamiento antirretrovírico, independientemente de su recuento de células CD4. Todos los centros de atención del VIH deben asegurarse de que se aplican medidas de control de la infección por tuberculosis para limitar su transmisión y garantizar un entorno más seguro a los usuarios y al personal sanitario de sus servicios. Las partes interesadas también deben redoblar sus esfuerzos para ampliar la notificación de casos y el seguimiento de los progresos de las actividades de colaboración en el ámbito de la tuberculosis y el VIH, aplicando indicadores armonizados (4,5) y sistemas de seguimiento de los pacientes recomendados en todo el mundo (6).

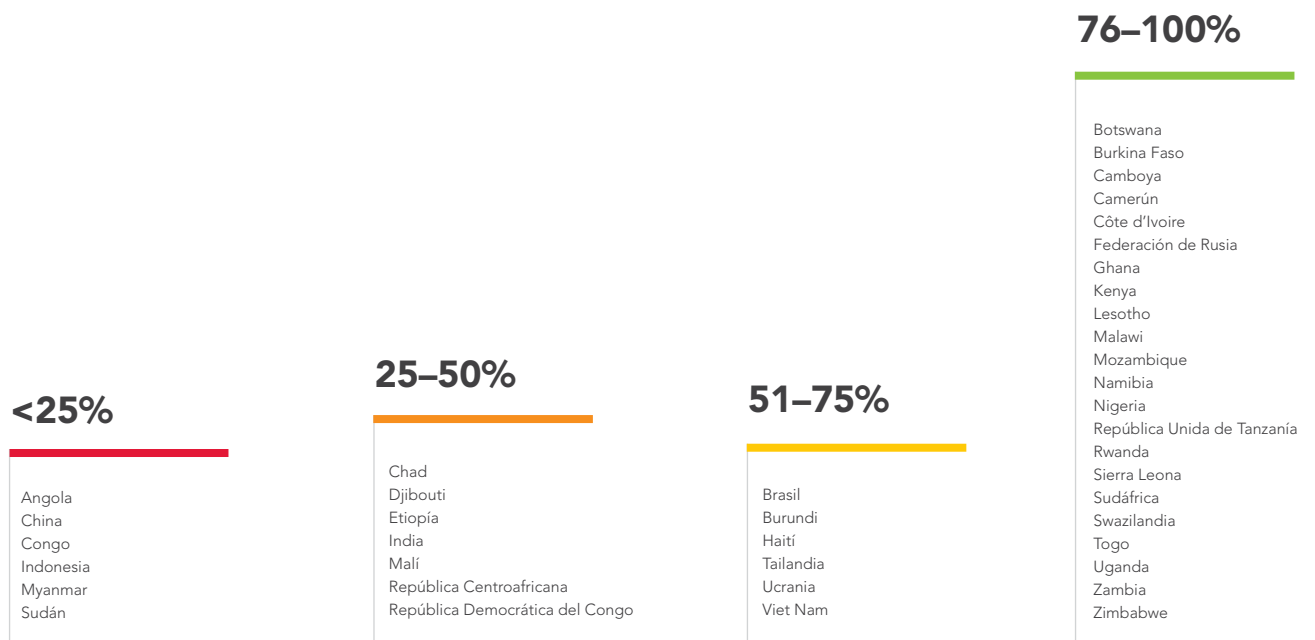
Tabla 5.2

Personas con tuberculosis que iniciaron la terapia antirretrovírica y porcentaje de personas con tuberculosis diagnosticada que se realizaron pruebas del VIH en 41 países con una carga alta de VIH y tuberculosis que disponen de datos al respecto

PORCENTAJE DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON VIH Y TUBERCULOSIS QUE INICIARON LA TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA



PORCENTAJE DE PERSONAS CON TUBERCULOSIS DIAGNOSTICADA QUE TAMBIÉN SE REALIZARON LAS PRUEBAS DEL VIH



Fuente: Informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr).

6 RECURSOS Y GASTOS

En 2011 aparecieron indicios alentadores en la búsqueda por acabar con el déficit de recursos mundiales para el sida, ya que la inversión en la respuesta al VIH creció un 11% en comparación con 2010. Cabe destacar que los países de ingresos bajos y medios aumentaron su gasto en materia de VIH un 15%, lo que supuso que por primera vez la inversión nacional representara la mayor parte de todo el gasto relacionado con el virus. Sin embargo, en 2011 la inversión mundial en la respuesta al VIH fue de 16.800 millones de USD, frente al objetivo mundial de conseguir una inversión anual de entre 22.000 y 24.000 millones de USD para 2015.

HACER UN SEGUIMIENTO DEL GASTO EN MATERIA DE VIH

En 2012, 127 países (entre ellos 112 de ingresos bajos y medios) aportaron datos sobre su inversión en materia de VIH (Tabla 6.1). Los mayores índices de notificación se dieron en las regiones de Asia oriental, América central y del sur, y Europa oriental y Asia central, en las que más del 80% de los países facilitaron datos sobre sus gastos en la respuesta al VIH.

La exhaustividad de los informes sobre la financiación nacional varía de unos a otros. De los 127 países, solo 11 facilitaron datos sobre su gasto total relacionado con el VIH sin desglosarlo por categorías; 81 países de ingresos bajos y medios informaron sobre la inversión en tratamiento antirretrovírico en 2012 (una cifra similar a la de 2010), mientras que 79 ofrecieron datos sobre sus gastos en servicios para acabar con las nuevas infecciones en niños (un aumento del 6%).

RECURSOS DISPONIBLES PARA LOS PROGRAMAS DEL VIH EN PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS

Los países de ingresos bajos y medios están liderando el aumento mundial de la inversión en materia de VIH. A pesar de que la financiación internacional se ha estancado con la llegada del deterioro de la economía mundial, la inversión nacional ha estado aumentando de forma constante. La inversión nacional pública y privada en el ámbito del VIH en países de ingresos bajos y medios ascendió de 3.900 millones de USD en 2005 a casi 8.600 millones de USD en 2011 (Fig. 6.1). Este incremento del desembolso nacional no solo ha proporcionado nueva financiación esencial a los programas del VIH, sino que también representa un indicador claro del aumento de la implicación de los países en sus respuestas nacionales al sida.



Tabla 6.1

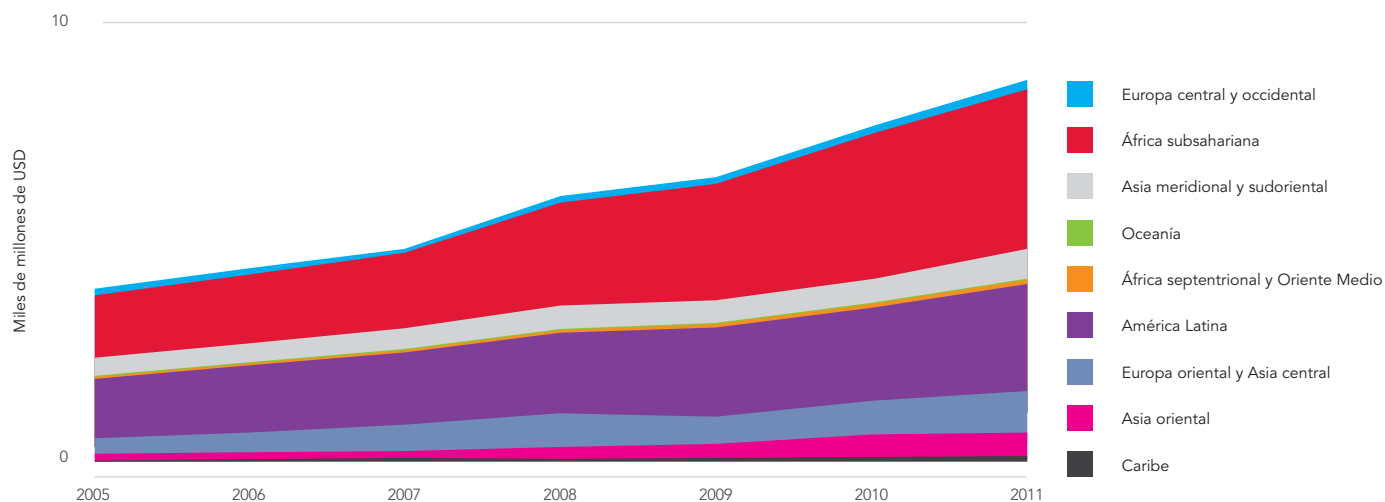
Presentación de informes sobre el gasto relacionado con el sida en 2012

	Número de países	Países que han informado	Países que no han informado	Tasa de respuesta
Europa oriental y Asia central	12	10	2	83%
América Central y del Sur	19	17	2	89%
Asia meridional y sudoriental	19	15	4	79%
África subsahariana	46	35	11	76%
Caribe	13	9	4	69%
Oceanía	14	11	3	79%
África septentrional y Oriente Medio	20	14	6	70%
Asia oriental	5	5	0	100%
Europa central y occidental	42	11	31	26%
América del Norte	2	0	2	0%
TOTAL	192	127	65	66%

Fuente: Informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr).

Fig. 6.1

Fondos públicos y privados disponibles para el VIH en países de ingresos bajos y medios en miles de millones de dólares estadounidenses actuales, 2005-2011



Fuente: Estimaciones de ONUSIDA.

¿QUIÉN PAGA LA RESPUESTA AL SIDA?

Aunque la inversión nacional está adquiriendo mayor importancia, las contribuciones de los donantes siguen desempeñando un papel crucial en la financiación de la respuesta al sida, sobre todo en países de ingresos bajos y medios (Fig. 6.2).

Muchos de ellos han ido participando cada vez más en la financiación de sus propias respuestas nacionales. Sudáfrica, por ejemplo, ha multiplicado por cinco su gasto en VIH entre 2006 y 2009, y Botswana, por su parte, lo ha multiplicado por más del doble entre 2006 y 2011. Sin embargo, muchos países de ingresos medios altos siguen sin asumir por completo la responsabilidad de financiar su respuesta al sida. La mitad sigue accediendo a que los donantes externos financien el 50% o más de sus programas del VIH destinados a las poblaciones clave más expuestas al riesgo de infección.

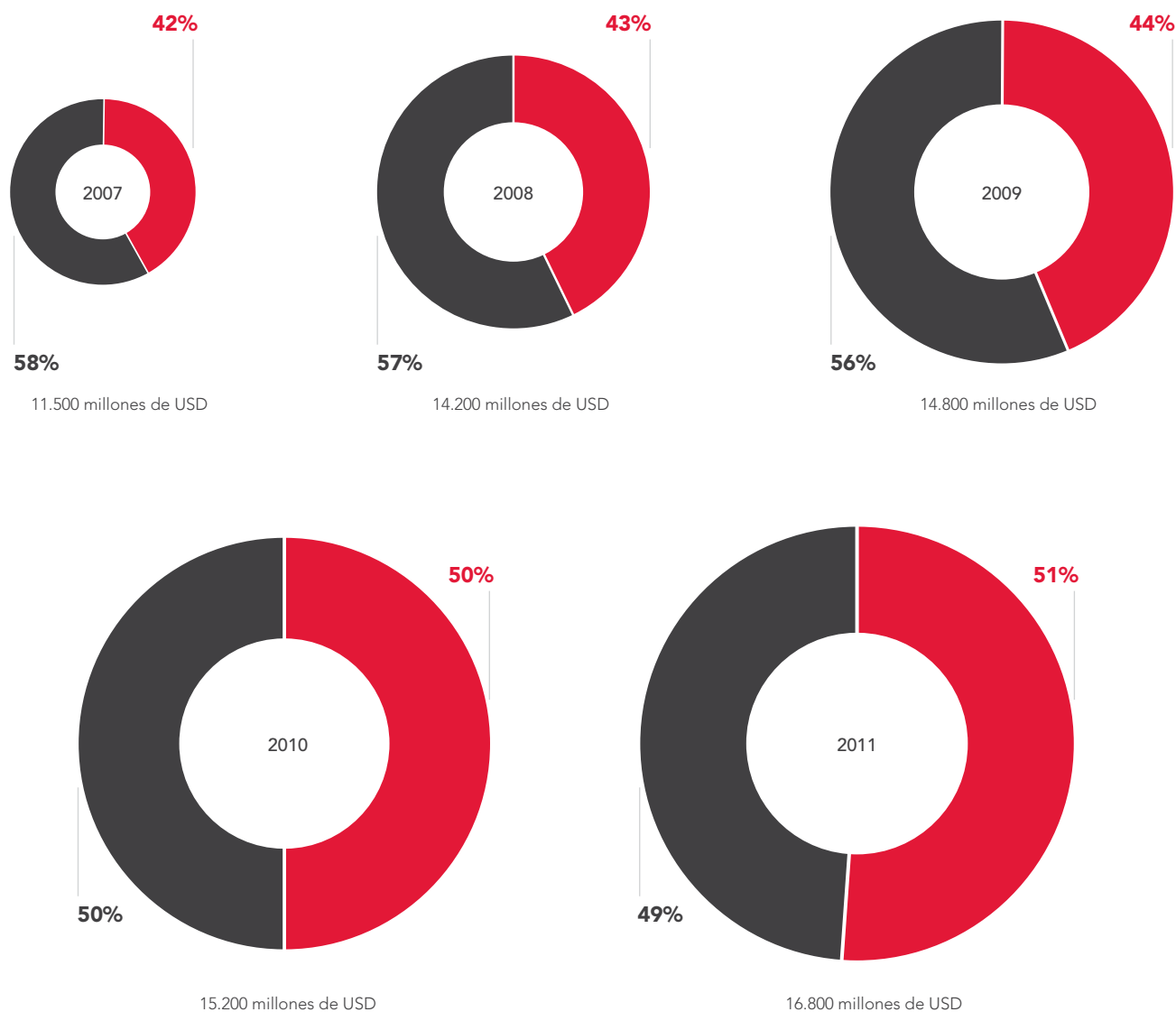
El presupuesto nacional de Zambia en materia de salud para 2012 es un 45% superior al de 2011, aunque el gasto total en este ámbito sigue siendo inferior al 15% del presupuesto nacional que se acordó destinar a la salud en la Declaración de Abuja (1).

Algunos países de ingresos bajos también están tomando medidas importantes para ampliar su inversión nacional en materia de VIH. Kenya duplicó su gasto nacional en la respuesta al virus entre 2008 y 2010, al igual que Togo entre 2007 y 2010, y Rwanda entre 2006 y 2009.

Aunque la inversión nacional en programas del VIH ha aumentado, muchos países siguen dependiendo en gran medida de la ayuda exterior. En total, las fuentes internacionales facilitaron el 36% de los 9.400 millones de USD que se destinaron a responder al VIH en 107 países de ingresos bajos y medios que facilitaron datos al respecto entre 2006 y 2011. En 82 de ellos más del 25% de los fondos que se invirtieron en responder al virus procedía de fuentes internacionales. Entre ellos, 61 países recibieron del exterior más de la mitad de sus fondos para el VIH, y 38 el 75% o más. De los 33 países de África subsahariana que cuentan con datos sobre la financiación internacional entre 2009 y 2011, 26 recibieron más de la mitad de los fondos que destinaron a responder al virus de fuentes internacionales, y de ellos 19 recibieron el 75% o más (Tabla 6.2).

Fig. 6.2

Recursos disponibles para el VIH en países de ingresos bajos y medios en miles de millones de dólares estadounidenses, 2007-2011



- Fondos nacionales (públicos y privados)
- Fondos internacionales

Fuente: Estimaciones de ONUSIDA.

Table 6.2

Porcentaje de financiación para responder al VIH procedente de fuentes internacionales, países de ingresos bajos y medios que han informado al respecto, año más reciente^a

≥ 75%

Afganistán 2011
 Bangladesh 2011
 Bolivia (Estado Plurinacional de) 2011
 Burkina Faso 2010
 Burundi 2010
 Cabo Verde 2011
 Camboya 2009
 Côte d'Ivoire 2009
 Djibouti 2011
 Fiji 2011
 Ghana 2010
 Guinea 2011
 Guinea-Bissau 2010
 Haití 2011
 Islas Salomón 2011
 Kenya 2010
 Kiribati 2011
 Liberia 2011
 Malawi 2011
 Mali 2010
 Micronesia (Estados Federados de) 2011
 Myanmar 2011
 Nepal 2009
 Níger 2011
 Papua Nueva Guinea 2010
 República Centroafricana 2011
 República Democrática del Congo 2010
 República Democrática Popular Lao 2011
 Rwanda 2009
 Santo Tomé y Príncipe 2011
 Sierra Leona 2009
 Sudán 2009
 Tayikistán 2011
 Túnez 2011
 Tuvalu 2011
 Vanuatu 2011
 Viet Nam 2010
 Zimbabue 2011

50–74%

Armenia 2011
 Belarús 2011
 Belice 2010
 Benin 2010
 Camerún 2010
 Chad 2011
 Congo 2010
 Georgia 2011
 Indonesia 2010
 Jamaica 2010
 Kirguistán 2011
 Madagascar 2011
 Mongolia 2011
 Nicaragua 2010
 Nigeria 2010
 Palau 2011
 Paquistán 2010
 República de Moldova 2011
 San Vicente y las Granadinas 2011
 Suriname 2011
 Swazilandia 2009
 Togo 2010
 Yemen 2011

25–49%

Angola 2011
 Antigua y Barbuda 2011
 Azerbaiyán 2011
 Bulgaria 2011
 Ex República Yugoslava de Macedonia 2010
 Filipinas 2011
 Gabón 2011
 Granada 2011
 Guatemala 2010
 Honduras 2010
 Islas Marshall 2011
 Jordania 2011
 Líbano 2011
 Marruecos 2011
 Mauricio 2010
 Namibia 2010
 Perú 2010
 Samoa 2011
 Sri Lanka 2010
 Ucrania 2010
 Uzbekistán 2011

<25%

Argelia 2011
 Argentina 2009
 Botswana 2011
 Brasil 2010
 Chile 2010
 China 2011
 Colombia 2011
 Costa Rica 2010
 Cuba 2011
 Ecuador 2010
 El Salvador 2010
 Irán (República Islámica del) 2009
 Kazajstán 2011
 Letonia 2011
 Lituania 2011
 Malasia 2011
 México 2009
 Panamá 2010
 República Árabe Siria 2011
 República Popular Democrática de Corea 2011
 Rumania 2011
 Seychelles 2011
 Sudáfrica 2009
 Tailandia 2011
 Venezuela (República Bolivariana de) 2011

^a Esta tabla solo enumera los países que informaron sobre contribuciones internacionales entre 2009-2011. Estas cifras no incluyen fondos privados para el VIH, pues pocos países disponen de datos al respecto.

Fuente: Informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr).

A pesar de que el aumento de la inversión nacional ha contribuido a reducir el déficit de recursos para el sida, el apoyo sólido y fiable de los donantes seguirá siendo crucial para lograr los objetivos relacionados con esta afección, sobre todo en los países de ingresos bajos, que probablemente seguirán dependiendo de los donantes a corto plazo. Para los países de ingresos bajos con una prevalencia alta de la infección por el VIH, la financiación internacional es decisiva, ya que probablemente tengan una capacidad limitada para acabar por completo con las deficiencias que pudiesen aparecer a causa de futuros recortes en la asistencia internacional. Entre estos países se encuentran la República Centrafricana, Kenya, Malawi, Mozambique, Uganda y Zimbabwe.

MAXIMIZAR EL USO ESTRATÉGICO DE LOS RECURSOS LIMITADOS

El enfoque de inversión¹ pretende fomentar que los limitados recursos disponibles para responder al sida se utilicen de la forma más estratégica posible repartiendo la inversión entre seis actividades programáticas elementales², componentes dinamizadores esenciales para que las respuestas tengan éxito e iniciativas que fomenten la creación de sinergias con otros sectores del desarrollo más amplios. Los datos de inversión de 100 países que han facilitado información detallada sobre sus gastos en actividades programáticas elementales centradas en los individuos muestran que es necesario dedicar más esfuerzos a financiar servicios para evitar que los niños contraigan el virus y programas de prevención destinados a las poblaciones clave más expuestas al riesgo de infección, a fin de conseguir que la inversión en materia de VIH sea más eficaz de aquí a 2015 (Fig. 6.3). Sin duda, es necesario aumentar la inversión en todas las áreas para 2015, especialmente en los programas de prevención, que no reciben fondos suficientes. Así, el gasto destinado a programas para evitar que los niños contraigan la infección por el VIH debe ser 2,9 veces superior, el de los programas de circuncisión masculina médica voluntaria debe triplicarse y el de los programas para las poblaciones clave más expuestas al riesgo de infección debe multiplicarse por cuatro.

Durante 2012, ONUSIDA ha estado colaborando con al menos 49 países para evaluar las prioridades de la inversión nacional con el fin de aplicar programas relacionados con el VIH más eficaces y eficientes.

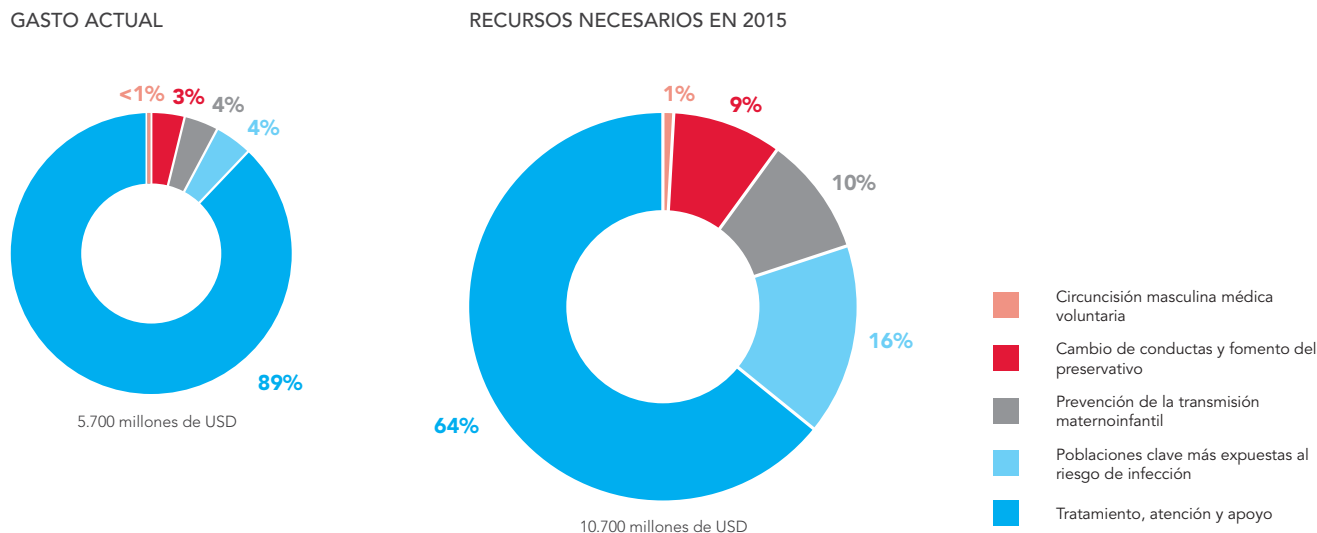
Maximizar la incidencia y la rentabilidad de los limitados recursos disponibles destinándolos a los lugares más afectados por la epidemia y a las poblaciones que más los necesitan es una estrategia importante para mejorar su optimización. El patrón de gasto varía entre regiones y países en función del tipo de epidemia. En algunos lugares, para invertir de forma más estratégica es necesario dedicar una mayor parte del gasto en prevención a la población general.

¹ En 2012, ONUSIDA presentó una nueva herramienta de inversión para llevar a cabo una respuesta al sida más estratégica y eficaz. Se aconseja a los países que adapten este enfoque a sus circunstancias nacionales (2).

² Las actividades programáticas elementales que contempla la herramienta de inversión incluyen programas para las poblaciones clave más expuestas al riesgo de infección; acabar con las nuevas infecciones en niños; programas para el cambio de conductas; distribuir y fomentar el uso del preservativo; tratamiento, atención y apoyo para las personas seropositivas; y la circuncisión masculina médica voluntaria en países con una prevalencia alta del VIH e índices de circuncisión bajos.

Fig. 6.3

Gasto proporcional en actividades programáticas elementales centradas en los individuos en 100 países de ingresos bajos y medios: situación actual frente a la proyección para 2015 de acuerdo con la herramienta de inversión

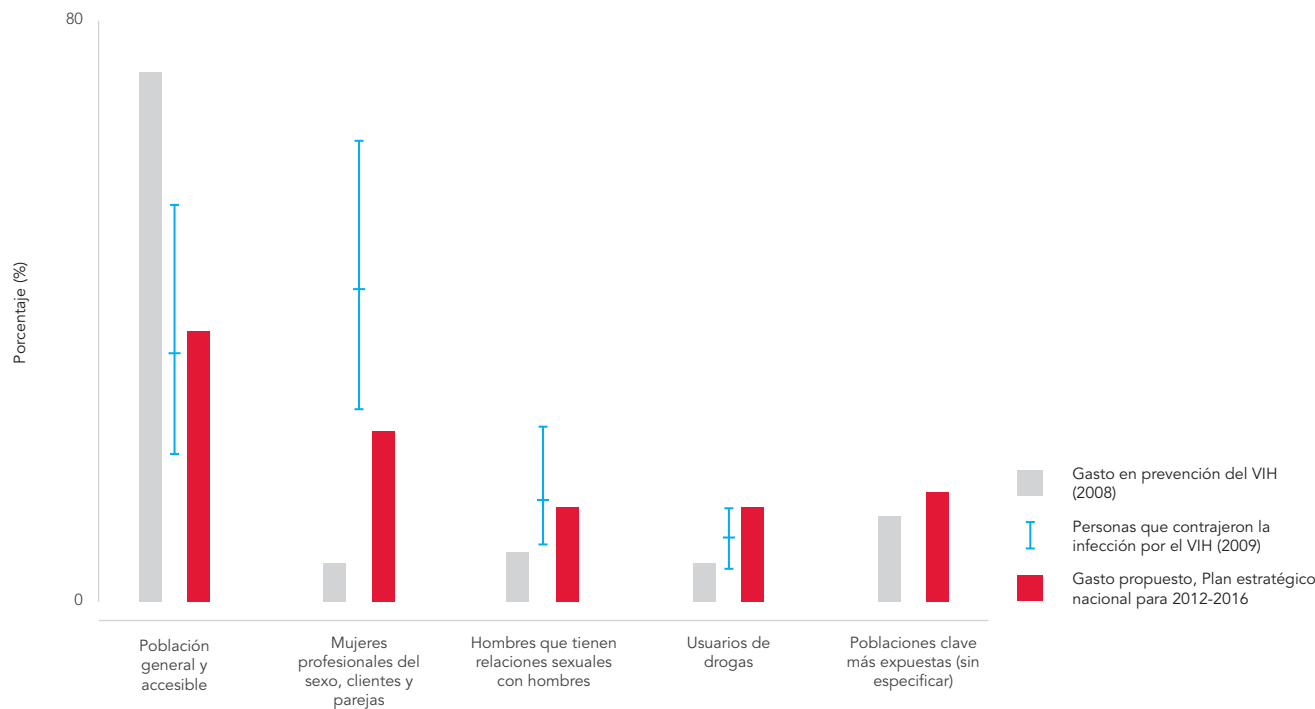


Fuentes: Informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr) y Schwartländer B et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet*, 2011, 377:2031–2041.

En otros países, es necesario centrarse en las poblaciones clave, a las que pertenece la mayor parte de las personas que contraen la infección. Marruecos se ha servido de información estratégica para optimizar la asignación de los recursos. Comparó la distribución de las personas que se habían infectado por el VIH en función del modo de transmisión con sus patrones de gasto recientes para orientar su próximo plan de prevención (Fig. 6.4). El análisis de los modos de transmisión reveló que los principales factores impulsores de la epidemia del VIH en Marruecos son el sexo remunerado sin protección, las relaciones sexuales entre hombres y el intercambio de equipo de inyección contaminado. La comparación de los patrones de gasto mostró que la inversión en prevención del VIH de 2008 no concordaba con la distribución de las personas que habían contraído la infección, lo que llevó a que se revisaran las necesidades de recursos previstas para próximas intervenciones en materia de prevención. Ahora el plan estratégico nacional de Marruecos para 2012-2016 contempla dedicar el 63% de los recursos para responder al sida a programas de prevención destinados a las poblaciones clave más expuestas al riesgo de infección, en comparación con cerca del 25% destinado en 2008 de acuerdo con la evaluación del gasto de ese año.

Fig. 6.4

Reasignación de recursos a programas para las poblaciones clave más expuestas al riesgo de infección por el VIH en Marruecos



Fuente: *HIV modes of transmission in Morocco*. Rabat, Marruecos. Ministerio de Salud de Marruecos, Programa Nacional de ITS/VIH, 2010.

CUBRIR EL DÉFICIT DE RECURSOS: AVANZANDO HACIA 2015

Si el mundo quiere alcanzar el objetivo de movilizar entre 22.000 y 24.000 millones de USD al año para responder al sida, habrá que seguir varias vías. Los países deben asegurarse de que el gasto en materia de VIH se destina a inversiones eficaces y emprender acciones para ampliar más su gasto nacional, entre ellas el desarrollo de fuentes de financiación de la repuesta al sida innovadoras y sostenibles. Asimismo, deben redoblar sus esfuerzos por mejorar la eficacia del gasto aumentando la productividad, reduciendo más los costes de los medicamentos antirretrovíricos, integrando servicios y mejorando su prestación de servicios. El crecimiento económico de los países de ingresos bajos y medios puede contribuir a ampliar el margen fiscal para las inversiones en materia de VIH. Además, hay que dedicar más esfuerzos a formar a las economías emergentes como donantes internacionales de la respuesta al sida. En el ámbito de la responsabilidad compartida y la solidaridad mundial, los actuales donantes internacionales deben seguir contribuyendo a cubrir el déficit de recursos de las naciones que lo necesitan. Los países solo podrán alcanzar su objetivo de 2015 si aplican el enfoque de inversión y trabajan en un marco de responsabilidad compartida.

7 EL GÉNERO Y LA RESPUESTA AL VIH

En la Declaración política sobre el VIH y el sida de 2011, los países se comprometieron a eliminar las desigualdades, la violencia y los abusos basados en el género, y a ampliar la capacidad de mujeres y niñas para protegerse del VIH, pero la falta de recursos para iniciativas que aborden las dimensiones de género de la epidemia y la persistencia de la violencia de género siguen socavando los esfuerzos por acelerar los progresos para lograr este objetivo. Sin embargo, las experiencias desarrolladas en diferentes lugares sirven de inspiración y orientación, y demuestran que el propósito de acabar con las desigualdades entre ambos sexos, combatir la violencia de género, y conectar a mujeres y niñas con los servicios que necesitan es posible.

LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO ALIMENTAN LA EPIDEMIA DEL VIH

El VIH sigue afectando profundamente a mujeres y niñas en todas las regiones. Por ejemplo, en África subsahariana, la región más gravemente afectada por el virus, las mujeres representan el 58% de las personas que viven con el VIH y la atención corre en gran medida a su cargo.

Cuanto menor es el poder socioeconómico y político de la mujer, como las desigualdades en el acceso a la educación y el empleo, y la violencia o el miedo a sufrirla, mayor es su vulnerabilidad fisiológica al VIH. Debido a los desequilibrios en el poder socioeconómico entre hombres y mujeres y las consecuentes limitaciones en el acceso a los servicios, muchas mujeres y niñas no tienen apenas capacidad para negociar las prácticas sexuales, insistir en el uso del preservativo o tomar medidas para protegerse a sí mismas del VIH.

Las normas de género también aumentan la vulnerabilidad de los hombres al virus al incitarles a adoptar comportamientos de alto riesgo y desalentarles a la hora de buscar servicios de salud sexual o de reconocer su falta de conocimientos sobre el VIH (1). Además, el estigma y la discriminación que sufren las personas transgénero las hace especialmente vulnerables al virus y les dificulta el acceso a servicios relacionados con el VIH y medios de subsistencia seguros.

GARANTIZAR EL ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS

Aunque la creciente disponibilidad de servicios de prevención y pruebas del VIH en los centros de atención prenatal ofrece a las mujeres un punto de acceso a los servicios relacionados con el virus, en general sigue siendo insuficiente para las mujeres embarazadas seropositivas y sus parejas masculinas. Mientras que el 57% de las mujeres embarazadas



que viven con el VIH en países de ingresos bajos y medios recibió tratamiento preventivo con antirretrovíricos en 2011, solo el 30% de las mujeres embarazadas que necesitan terapia antirretrovírica para mejorar su propia salud la obtiene.

Las evaluaciones participativas (2) que dirigió ONUSIDA sobre las barreras relacionadas con el género que socavan el acceso a servicios para evitar que los niños contraigan la infección por el VIH pusieron de relieve las repercusiones negativas de las desigualdades de género. Las mujeres que participaron en el estudio citaron su falta de poder para tomar decisiones y de acceso a recursos, el miedo a sufrir violencia y ser abandonadas, y las posiciones culturales con respecto al sexo, el embarazo y el VIH como barreras significativas para acceder a los servicios.

Fuera del ámbito de la maternidad, las mujeres y las niñas afrontan obstáculos similares en el acceso a servicios de pruebas y prevención del VIH. A lo largo de su vida, las mujeres se enfrentan a normas de género perjudiciales que aumentan su vulnerabilidad al virus. De hecho, a menudo se les culpa por contraerlo y se enfrentan a estigma y discriminación por ser consideradas inmorales (3).

Asimismo, las normas de género sobre masculinidad desalientan a los hombres a la hora de buscar ayuda y admitir que están enfermos (4). Habitualmente, los hombres se realizan pruebas del VIH en menor medida que las mujeres, su recuento de células CD4 al acceder a la terapia antirretrovírica suele ser inferior y tienden a cumplir peor el tratamiento; por ello, los índices de defunción son más altos entre ellos (5). El acceso desproporcionadamente insuficiente de los hombres a la terapia antirretrovírica se ha documentado en África meridional (6) y en numerosos países, entre ellos Kenia (7), Malawi (8), Sudáfrica (9) y Zambia (10).

ABORDAR LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO A TRAVÉS DE POLÍTICAS SOBRE EL VIH

En la actualidad, casi todos los países incluyen en sus estrategias nacionales de respuesta al sida iniciativas centradas en la mujer (Fig. 7.1). Sin embargo, los informes de los países señalan que existen diferentes interpretaciones sobre lo que significa “incluir a la mujer” en las respuestas nacionales al sida, lo que sugiere que posiblemente los enfoques actuales solo se basan en los derechos de forma parcial e inadecuada, y no se centran como es debido en conseguir que mujeres y niñas se impliquen de forma significativa. Muchos menos países incluyen en sus presupuestos actividades relacionadas con el VIH destinadas a mujeres y niñas.

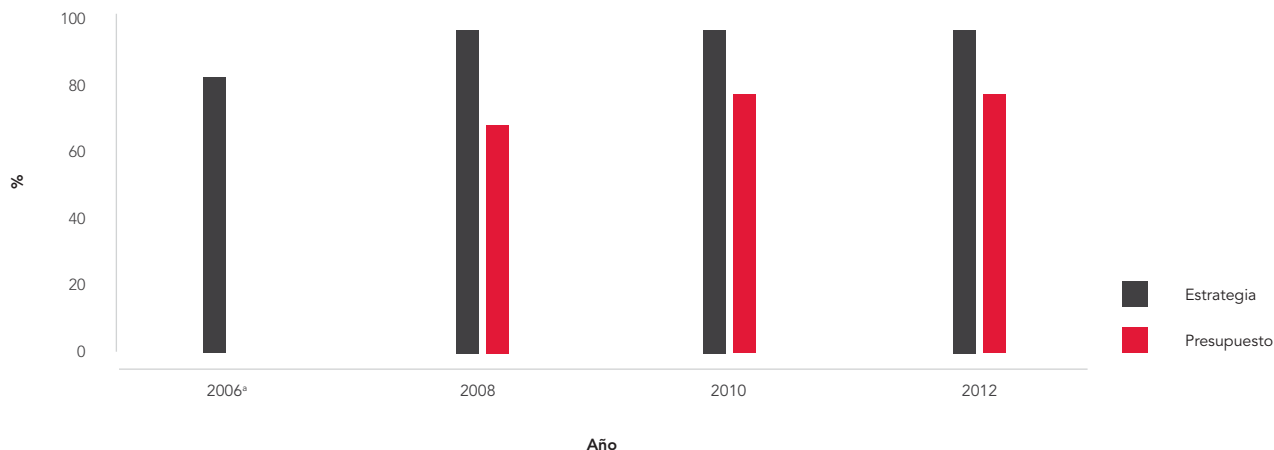
En 2011 (Fig. 7.2), tan solo un tercio de los países había ampliado el alcance de los programas sobre preservativos femeninos a escala nacional, y una porción similar integró los servicios relacionados con el VIH con los de salud sexual y reproductiva. Tan solo cerca de uno de cada diez países implica de forma eficaz a hombres y niños en la respuesta al sida a nivel nacional. Aunque la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer es el mecanismo mundial clave de rendición de cuentas sobre los derechos de la mujer, son pocos los países que cuentan con la participación de mujeres seropositivas en la elaboración de los informes nacionales.

10%
DE HOMBRES Y NIÑOS

Tan solo el 10% de los países involucra de forma eficaz a hombres y niños en sus respuestas nacionales al sida.

Fig. 7.1

Porcentaje de países prioritarios de ONUSIDA que informaron de que incluyen y presupuestan acciones destinadas a las mujeres en sus estrategias multisectoriales relacionadas con el VIH, 2006-2012

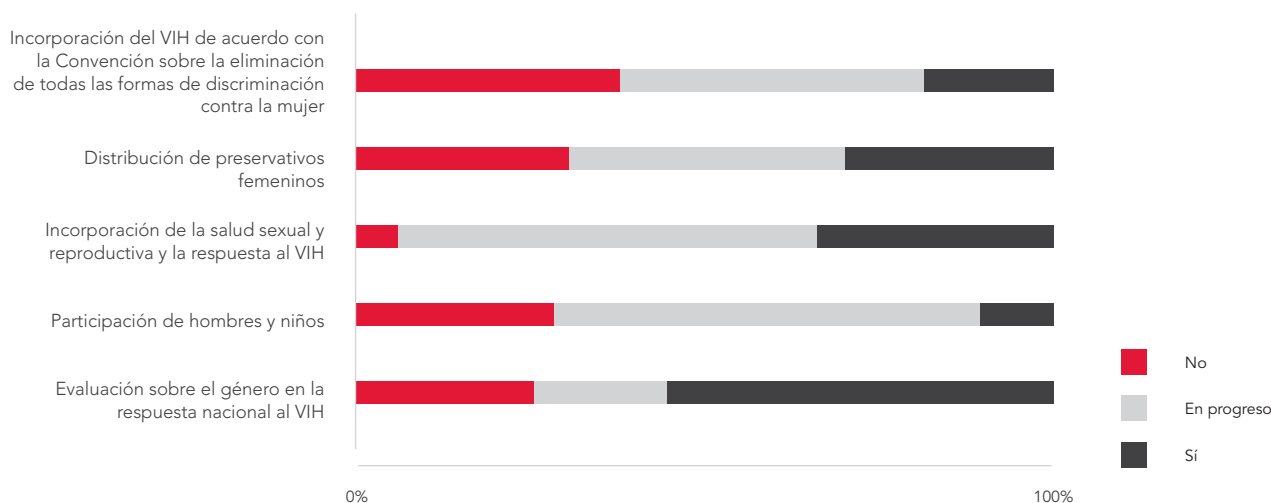


* No se dispone de datos sobre los presupuestos para 2006.

Fuentes: Datos del ICPN 2006–2012 (www.unaids.org/ncri) de 21 países que han informado sistemáticamente en las cuatro convocatorias de notificación en 2006-2012.

Fig. 7.2

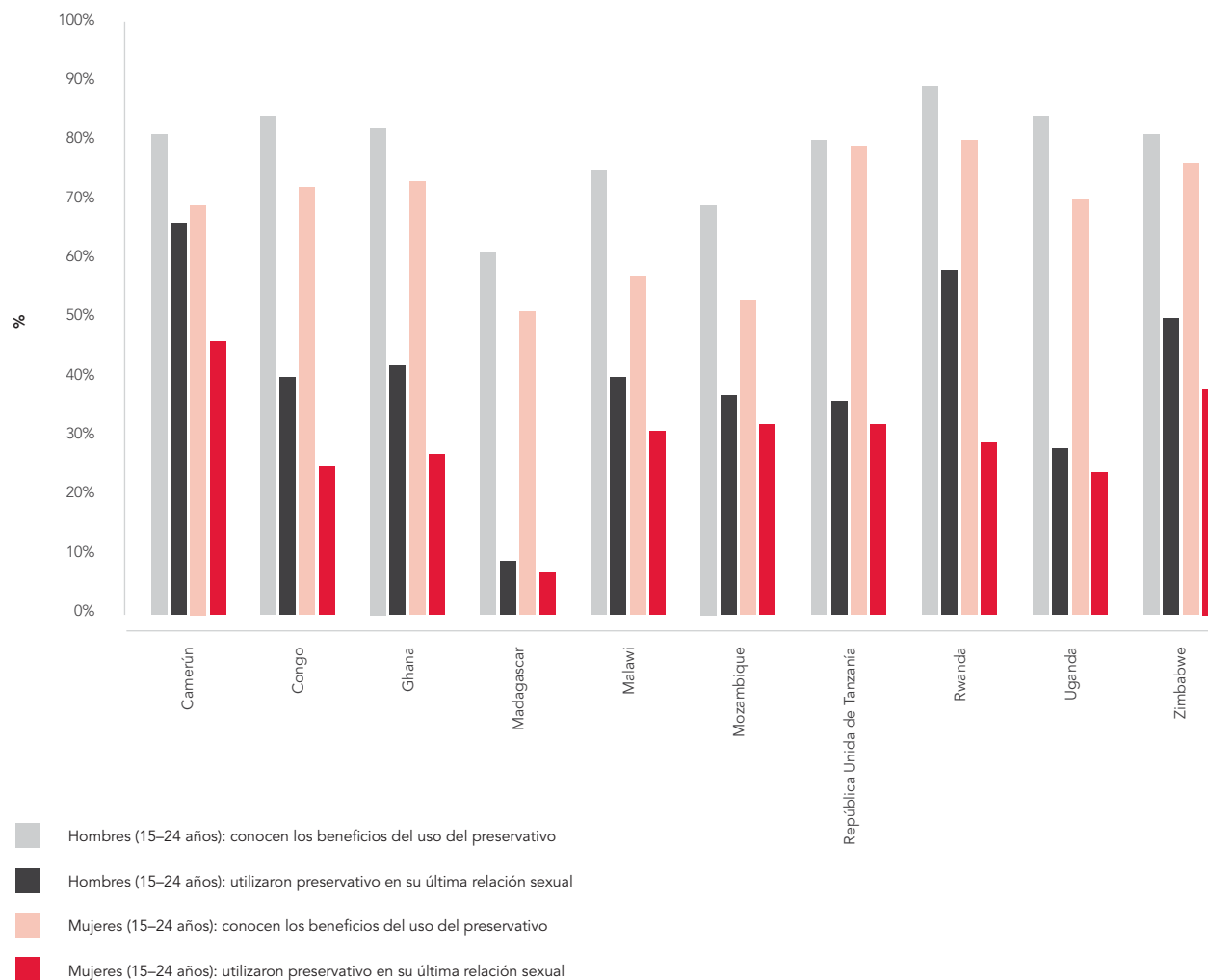
Marcadores seleccionados de las tarjetas de puntuación de ONUSIDA sobre el género en las respuestas en 2011: porcentaje de 94 países en diferentes niveles de progreso



Fuente: Scorecard on gender equality in national HIV responses: documenting country achievement and the engagement of partners under the UNAIDS Agenda for Women, Girls, Gender Equality and HIV. Ginebra, ONUSIDA, 2011.

Fig. 7.3

Conocimientos sobre preservativos y su uso documentado en la última relación sexual entre hombres y mujeres jóvenes con más de una pareja sexual en los últimos 12 meses – países seleccionados de África subsahariana, últimos datos disponibles



Fuente: Encuestas demográficas y de salud (www.measuredhs.com).

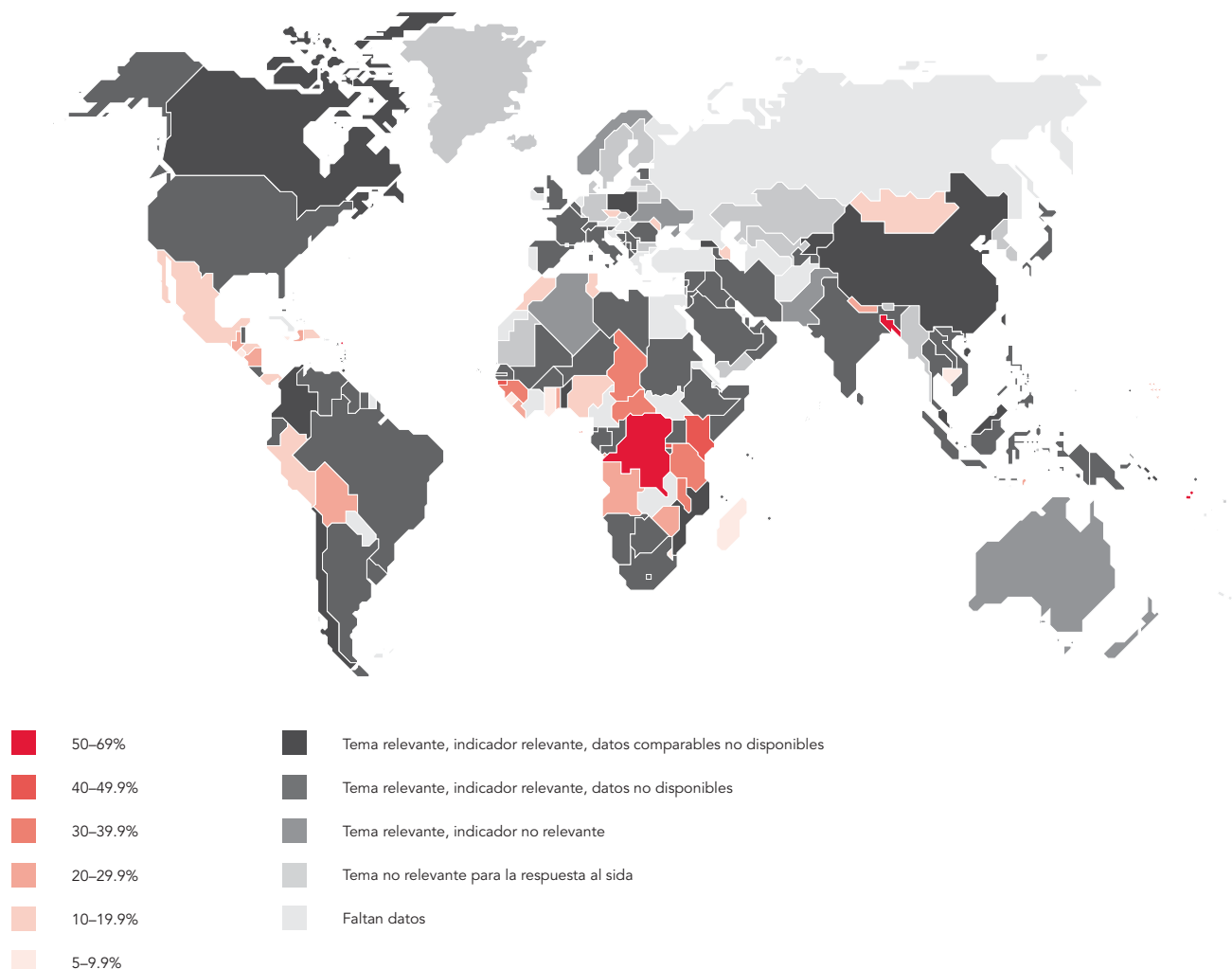
No aplicar políticas adecuadas que contemplen las necesidades y los derechos de las mujeres y las niñas socava los esfuerzos realizados para frenar la propagación del VIH. Por ejemplo, en muchos países suele ser menos probable que las mujeres jóvenes conozcan los beneficios de protección de los preservativos o que los utilicen en sus relaciones sexuales en comparación con los varones jóvenes (Fig. 7.3).

El abuso sexual, físico y emocional que sufren las mujeres es una de las manifestaciones más brutales de las desigualdades de género. La violencia de género es un fenómeno mundial cuya incidencia nacional en el entorno de la pareja en los últimos 12 meses va del 5% al 69% entre mujeres de diferentes países que han sido objeto de estudio (Fig. 7.4). En Swazilandia (11) y la República Unida de Tanzania (12) cerca de una de cada tres mujeres y niñas de entre 13 y 24 años declaró haber sufrido al menos un incidente de violencia sexual antes de los 18 años.

Además de vulnerar los derechos humanos de la mujer, la violencia de género es a la vez causa y efecto de la transmisión del VIH. El miedo a ser víctimas de actos violentos socava la capacidad de las mujeres y las niñas para negociar relaciones sexuales más seguras. Asimismo,

Fig. 7.4

Prevalencia de la violencia en la pareja en los últimos 12 meses en países que facilitaron datos al respecto y países sin datos que informaron sobre si era un indicador relevante o no



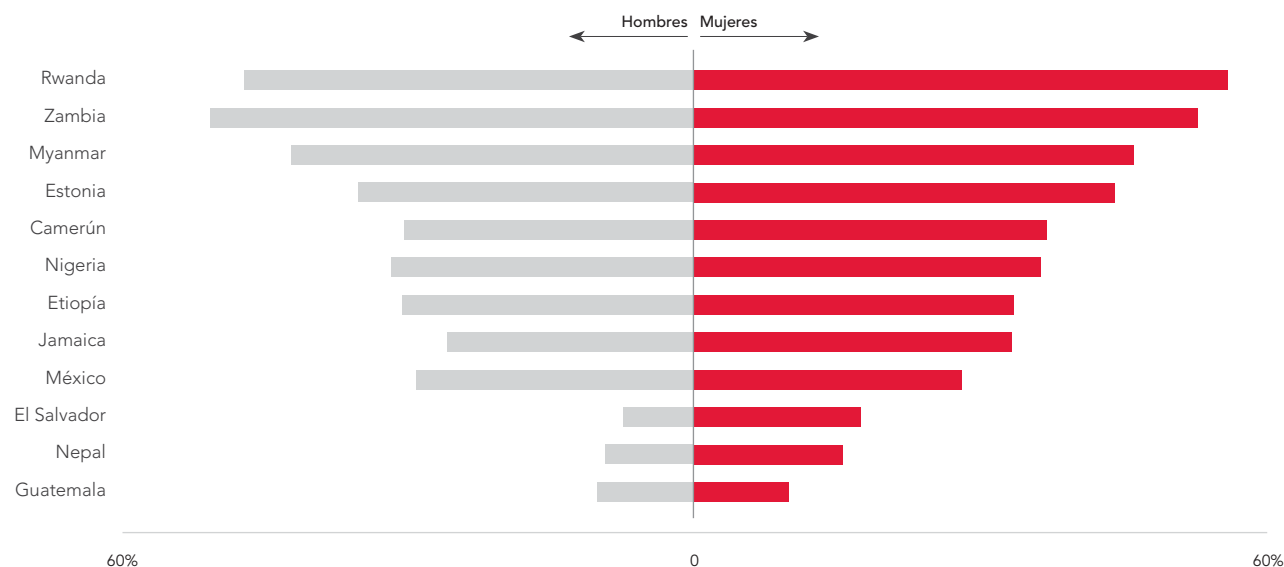
Fuente: Informes de progreso de los países presentados en 2012 (www.unaids.org/cpr).

sufrir agresiones está relacionado con un aumento de los comportamientos sexuales de riesgo en el futuro (13). De acuerdo con encuestas realizadas a través del Índice de estigma en personas que viven con el VIH, las mujeres seropositivas suelen sufrir más agresiones verbales y violencia física que los hombres seropositivos, se avergüenzan más de sí mismas y tienen más pensamientos suicidas (Fig. 7.5).

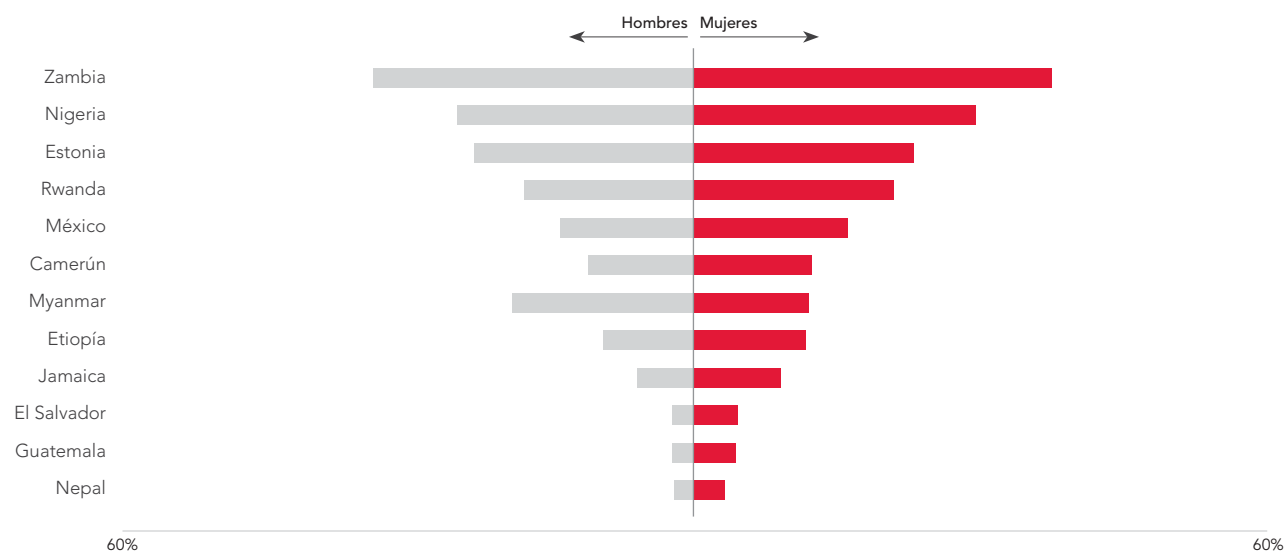
Fig. 7.5

Porcentaje de hombres y mujeres seropositivos que sufren violencia física y verbal, países que cuentan con datos divididos por sexo

VIOLENCIA VERBAL



VIOLENCIA FÍSICA



Fuentes: encuestas llevadas a cabo utilizando el Índice de estigma en personas que viven con el VIH, que se publicarán en www.stigmaindex.org.

43%

POLÍTICAS PARA LAS PERSONAS TRANSGÉNERO

Tan solo el 43% de los países indica que sus estrategias nacionales para responder al sida atienden las necesidades de las personas transgénero.

ATENDER LAS NECESIDADES RELACIONADAS CON EL VIH DE LAS PERSONAS TRANSGÉNERO

Las cerca de 15 millones de personas transgénero de todo el mundo (14) se enfrentan a un riesgo desproporcionado de contraer la infección por el VIH, con una prevalencia que llega a alcanzar el 68% (14, 15) y una exposición considerable a sufrir violencia de género. Afrontan altos índices de estigma y discriminación por expresar un género que no se corresponde con su sexo de nacimiento. Además, tienen un acceso insuficiente a información, servicios y oportunidades económicas, lo que acentúa aún más su vulnerabilidad. Por ello, las personas transgénero a menudo dependen del trabajo sexual como su única fuente de ingresos y supervivencia y hasta un 44% participa en este (16, 17).

Aunque cada vez hay una mayor conciencia de la gravedad con que la epidemia afecta a estas personas y las comunidades transgénero se están organizando cada vez más para defender sus derechos, la respuesta al sida sigue prestando una atención muy insuficiente a esta población. Los programas de prevención apenas atienden sus vulnerabilidades específicas, de modo que las personas transgénero siguen siendo bastante invisibles en la respuesta al sida. En 2012, solo el 43% de los países informaron de que sus estrategias nacionales para responder al sida atendían las necesidades de las personas transgénero, y el 40% señaló que el gobierno ofrecía menos del 25% de los programas y servicios destinados a esta comunidad (18, 19).

TOMAR COMO REFERENCIA LOS ÉXITOS PROBADOS: EL CAMINO A SEGUIR

Aunque los obstáculos que imponen las desigualdades de género son duros y a menudo desalentadores, la aplicación de iniciativas bien diseñadas que tengan por objeto modificar las normas de género perjudiciales pueden influir sobre estos impedimentos que genera sociedad. Así, en Malawi, donde la prevalencia del VIH en mujeres de entre 15 y 24 años es más del doble que en hombres de estas mismas edades, la Coalición de mujeres que viven con el VIH/sida ha utilizado un enfoque empírico para hacer frente a las normas de género imperantes a través de una estrategia de comunicación eficaz. Como resultado, el uso del preservativo entre los participantes aumentó y la violencia de género disminuyó, al igual que el número de hombres con múltiples parejas sexuales simultáneas. La mayor implicación de la comunidad también contribuyó a aliviar el estigma y la discriminación relacionados con el virus, como refleja el incremento en el número de personas que están revelando su estado serológico con respecto al VIH y el crecimiento de la participación en los grupos de apoyo (20).

Tomando como referencia estos éxitos, los países deben capacitar a todas las mujeres y niñas, incluidas las mujeres que viven con el VIH, como líderes que favorezcan cambios culturales esenciales que permitan alcanzar la igualdad de género y el acceso a servicios de calidad. Contar con la financiación adecuada para abordar las dimensiones de género de la epidemia es un elemento fundamental de la respuesta. Los países deben conseguir que hombres y niños participen en el fomento de normas de género saludables y en la adaptación de los programas relacionados con el VIH para garantizar que lleguen a todas las personas que los necesitan, incluidos los grupos marginados, como las personas transgénero. Además, hay que redoblar los esfuerzos dedicados a combatir la violencia de género, lo que mejora el acceso de las mujeres a servicios integrados del VIH y de salud sexual y reproductiva. Otra pieza fundamental en una respuesta al VIH eficaz, y en el desarrollo sostenible en general, es la capacitación económica de la mujer, con medidas como garantizar que disfruten de un ejercicio pleno de sus derechos de propiedad y de herencia, u otras estrategias prometedoras como las transferencias de efectivo condicionadas para fomentar la asistencia a la escuela y el acceso a información y apoyo escolar.

8 ESTIGMA, DISCRIMINACIÓN Y LEGISLACIÓN

Aunque se han conseguido grandes resultados en la lucha contra el estigma, la discriminación y los enfoques punitivos desde el inicio de la infección por el VIH, todavía queda mucho por hacer para alcanzar la visión de cero discriminación para 2015. Acabar con el estigma y la discriminación exigirá que se apliquen políticas y leyes que garanticen el pleno ejercicio de todos los derechos humanos en el contexto del VIH, así como respuestas programáticas que capaciten a las personas seropositivas y contribuyan a forjar normas sociales de tolerancia, solidaridad y no discriminación.

El miedo, la ignorancia y la discriminación con respecto al VIH siguen suponiendo importantes costes humanos, también en sus peores formas: el tratamiento abusivo y la violencia. Las actitudes y creencias negativas de las comunidades también pueden contribuir a incrementar el autoestigma interiorizado, como la culpa, la vergüenza y la marginación que sienten las personas seropositivas. De acuerdo con datos recogidos a través del Índice de estigma en personas que viven con el VIH¹, más de la mitad (52%) de las personas seropositivas de Zambia señaló haber sufrido abusos verbales a causa de su estado serológico con respecto al VIH (Tabla 8.1), y una de cada cinco en Nigeria y Etiopía indicó haber pensado en el suicidio.

La persistencia del estigma y la discriminación también socavan los esfuerzos que se están realizando para prestar servicios esenciales de prevención y tratamiento del VIH. En Nigeria, más de una de cada cinco personas seropositivas (21%) afirman que se les han negado servicios sanitarios a causa de su infección por el VIH. De acuerdo con un estudio que la Organización Internacional del Trabajo y la Red mundial de personas que viven con el VIH llevaron a cabo en nueve países, el porcentaje de personas seropositivas que afirmaron haber sufrido actitudes discriminatorias por parte de empleadores y compañeros de trabajo oscilaba entre el 8% en Estonia y el 54% en Malasia (1).

Las poblaciones que son objeto de gran marginación y/o penalización, como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, los usuarios de drogas o los profesionales del sexo, se enfrentan a índices de estigma y discriminación aún mayores, incluidos los relacionados con el virus (Fig. 8.1). En julio de 2012, la Comisión mundial sobre el VIH y la legislación, un órgano independiente dirigido por el PNUD compuesto por dirigentes de todo el mundo en materia de salud, asuntos sociales, jurídicos y políticos, detalló que existe una estrecha relación entre la situación de penalización, niveles altos de estigma (a causa del VIH y otras razones) y la falta de capacidad para acceder a servicios relacionados con el VIH y continuar acudiendo a ellos regularmente.

¹ El Índice de estigma en personas que viven con el VIH es una herramienta cualitativa elaborada por y para personas que viven con el VIH. Hasta la fecha, más de 40 países han facilitado datos de acuerdo con el índice, a través de encuestas llevadas a cabo entre 2008 y 2011. Véase www.stigmaindex.org. Los métodos de muestras difieren entre países, por lo que debe prestarse atención al comparar resultados de diferentes países.



Tabla 8.1

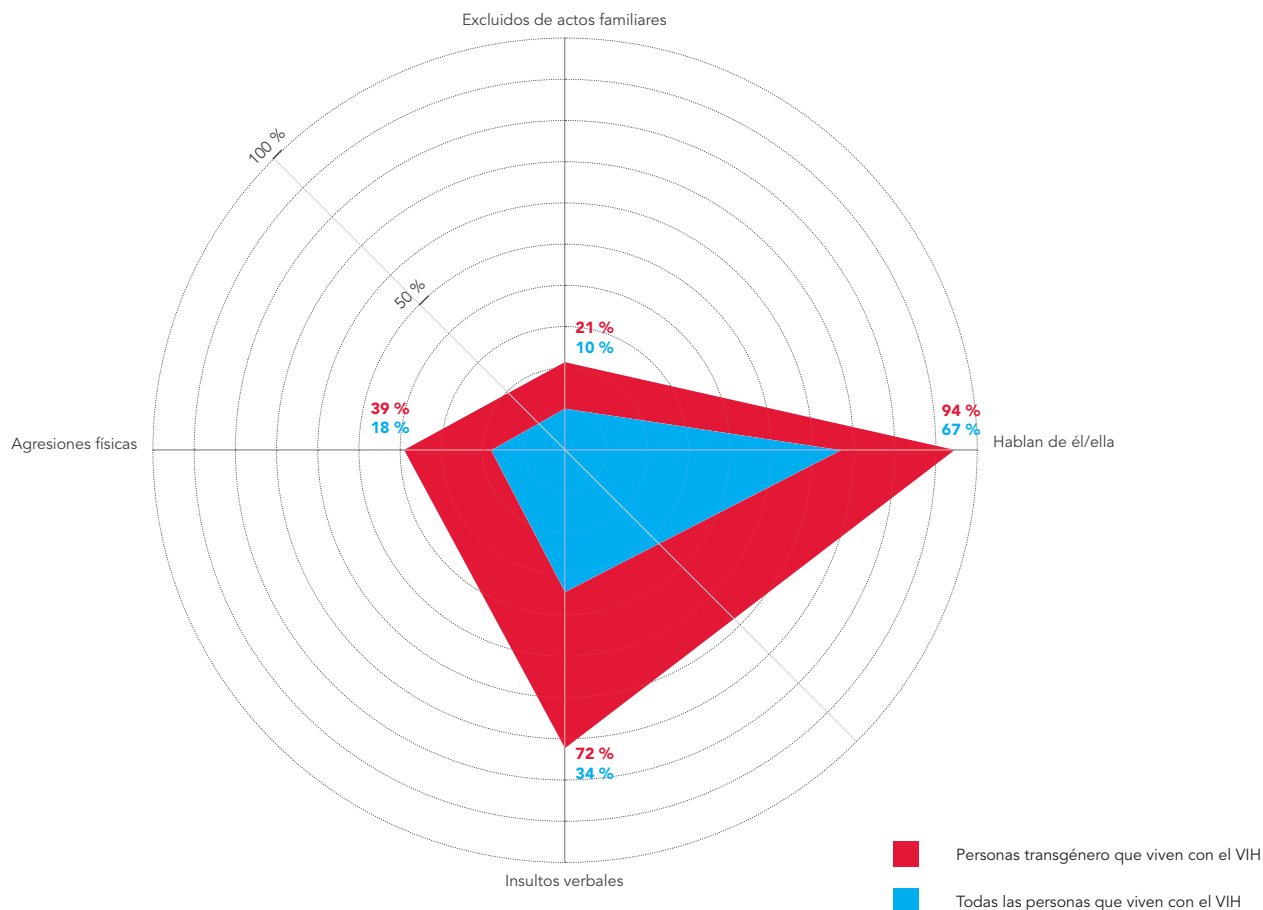
Resultados de las encuestas realizadas utilizando el Índice de estigma en personas que viven con el VIH, países seleccionados, 2008-2011

	% que experimenta estigma en la familia y la comunidad		% que experimenta violencia		% que experimenta estigma y discriminación en el lugar de trabajo		% que experimenta estigma interiorizado		% de acceso a la atención sanitaria	
	Excluidos de actos familiares	Hablan de él/ella	Insultos verbales	Agresiones físicas	Denegación de una oportunidad de empleo	Pérdida de empleo o de ingresos	Se siente avergonzado	Tiene pensamientos suicidas	Denegación de servicios sanitarios, incluida la atención dental	Denegación de servicios de salud sexual y reproductiva
Argentina	12	57	34	18	13	21	28	14	16	5
Camerún	13	51	35	12	7	23	35	5	13	5
El Salvador	10	48	31	7	8	19	...	17	8	4
Estonia	7	63	39	24	...	29	42	10	8	2
Etiopía	26	69	32	11	24	42	46	20	7	6
Guatemala	4	19	10	3	3	18	42	14	6	6
Jamaica	10	55	30	8	...	17	...	...	6	...
Kenya	30	79	56	31	...	41	42	16	...	...
México	10	67	34	18	5	23	36	18	14	2
Myanmar	15	45	18	10	15	...	81	25	10	20
Nepal	6	36	12	3	8	12	49	15	7	2
Nigeria	34	54	35	28	...	29	63	20	21	8
Rwanda	22	42	53	20	37	65	22	14	8	13
Ucrania	7	59	42	15	...	...	37	8	...	8
Zambia	28	75	52	24	...	37	37	14	8	10

Fuentes: encuestas llevadas a cabo utilizando el Índice de estigma en personas que viven con el VIH que se publicarán en www.stigmaindex.org.

Fig. 8.1

Nivel de estigma y discriminación que experimentan las personas transgénero que viven con el VIH en México



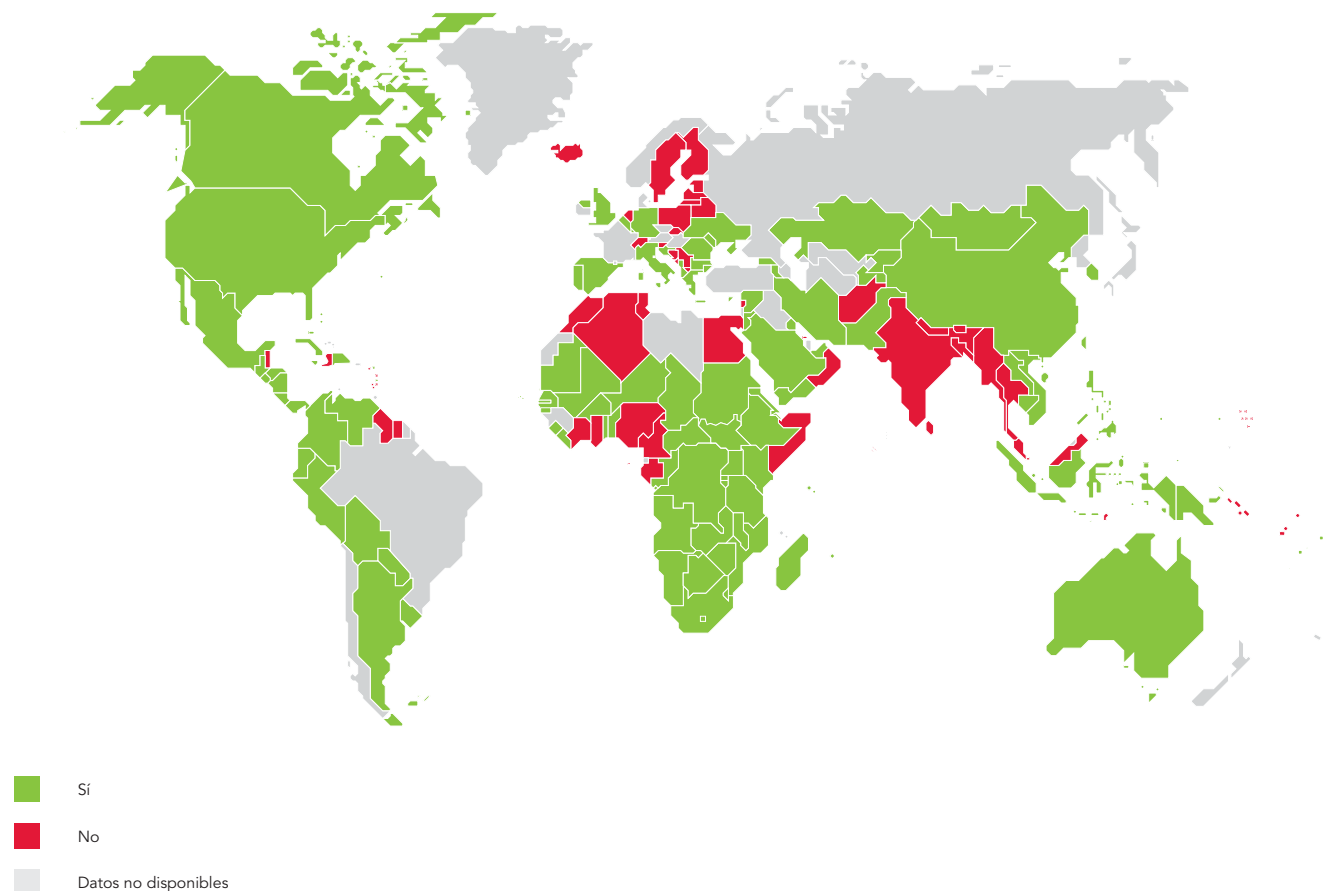
Fuente: datos recogidos utilizando el Índice de estigma en personas que viven con el VIH en México en 2011.

LAS LEYES PUEDEN PROTEGER A LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

En 2012, el 61% de los países señaló que contaba con leyes contra la discriminación para proteger a las personas que viven con el VIH (Fig. 8.2) (3), lo que quiere decir que en la cuarta década de la epidemia, casi 4 de cada 10 países de todo el mundo todavía carecen de disposiciones legales específicas que eviten o hagan frente a la discriminación relacionada con el VIH.

Fig. 8.2

Países que han notificado poseer leyes y disposiciones que contemplan salvaguardias para las personas que viven con el VIH, 2012, fuentes no gubernamentales



Fuente: Informes de país sobre el ICPN presentados en 2012, fuentes no gubernamentales (www.unaids.org/ncpi).

Pero incluso cuando esas leyes existen, muchas veces proporcionan poca protección real. Por ejemplo, aunque Ucrania cuenta con una ley en vigor contra la discriminación relacionada con el VIH, no se han aprobado disposiciones para aplicarla y someter a penas a sus infractores. De acuerdo con las encuestas llevadas a cabo en más de 40 países a través del Índice de estigma en las personas que viven con el VIH, pocas personas de las que han sufrido discriminación relacionada con el VIH saben dónde o cómo reclamar reparación jurídica.

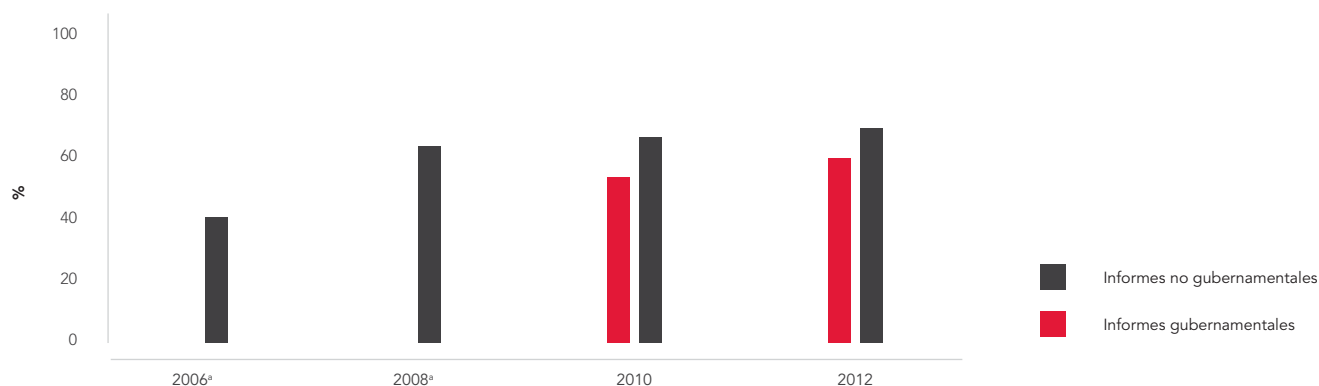
No obstante, se han realizado progresos en la ampliación del acceso de las personas seropositivas a la justicia. La proporción de países que manifiestan contar con servicios jurídicos relacionados con el virus ha ascendido de un 45% en 2008 a un 55% en 2012, y los que señalan haber formado a jueces y magistrados en materia de VIH y discriminación han pasado del 46% al 57%. En 2012, el 59% de los países señaló que había establecido mecanismos para atender los casos de discriminación relacionada con el VIH, aunque generalmente su cobertura es baja (3).

LEYES QUE PENALIZAN A LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH Y A LAS POBLACIONES CLAVE MÁS EXPUESTAS AL RIESGO DE INFECCIÓN

Se han realizado pocos progresos en lo que respecta a la reforma de leyes que discriminan a las personas que viven con el VIH y a otras poblaciones clave más expuestas al riesgo de infección. En 2012, fuentes no gubernamentales del 70% de los países que presentaron informes, y gobiernos nacionales del 60% señalaron la existencia en su territorio de leyes, disposiciones o políticas que imponen obstáculos a la hora de prestar servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH de forma eficaz a poblaciones clave y grupos vulnerables (Fig. 8.3). Aunque estas cifras son un motivo de preocupación, también resultan prometedoras en otro sentido, ya que reconocer su existencia supone un primer paso crucial hacia su reforma.

Fig. 8.3

Porcentaje de países que han notificado poseer leyes, disposiciones o políticas que ponen trabas a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH para las poblaciones clave más expuestas al riesgo de infección y grupos vulnerables, 82 países que han informado sistemáticamente entre 2006-2012



^a A los gobiernos no se les planteó esta pregunta en 2006 y 2008, y por lo tanto no hay datos al respecto.

Fuente: Informes de país sobre el ICPN presentados en 2012 (www.unaids.org/ncpi).

Hasta 2012, cerca de 60 países han aprobado leyes que penalizan expresamente la transmisión del VIH, con más de 600 condenas en 24 países (2,4). De acuerdo con la revisión mundial de 2012, más del 40% de los Estados miembros de las Naciones Unidas (78 de 193) penalizan las relaciones entre personas del mismo sexo. Algunas jurisdicciones permiten aplicar la pena de muerte a las condenas practicadas en base a dichas leyes (5). Asimismo, una revisión de 2011 (6) reveló que las políticas punitivas relacionadas con el uso de drogas, incluida la penalización de las personas drogodependientes, la detención obligatoria por consumo de estupefacientes o la prohibición de aplicar programas de intercambio de agujas y jeringas y otras medias de reducción del daño, socavan los esfuerzos por prestar servicios relacionados con el VIH capaces de salvar vidas a los usuarios de drogas. La mayoría de los países dispone de leyes que consideran ilegal algún aspecto del trabajo sexual y a menudo se recurre a ellas para justificar el acoso, la extorsión y la violencia que sufren los profesionales del sexo por parte de la policía y sus clientes, lo que les pone en mayor riesgo de contraer el VIH (7). Por el contrario, algunos países han reformado su legislación para despenalizar a las poblaciones clave más expuestas a la infección. Por ejemplo, Portugal eliminó en el año 2000 la penalización del uso y la posesión de drogas, y Nueva Zelanda aprobó en 2003 la Ley de reforma sobre la prostitución que despenalizaba el trabajo sexual. En otros lugares, se han adoptado acuerdos pragmáticos con la policía para garantizar que la aplicación de la ley no supone un obstáculo a la prevención y el tratamiento del VIH. Estos programas se han puesto en práctica en Australia, India, Indonesia, Papua Nueva Guinea y Tailandia, entre otros países (8).

La Comisión mundial sobre el VIH y la legislación formuló recomendaciones fundamentadas en pruebas que urge poner en marcha y que instan a los gobiernos a revisar sus marcos jurídicos y, si corresponde, revocar o reformar las leyes para que amparen una respuesta al sida basada en los derechos humanos. La Comisión mundial recomendó que los países prohibieran la discriminación relacionada con el VIH; se abstuvieran de penalizar expresamente la exposición al VIH, su transmisión o la no revelación del estado serológico con respecto al virus; protegieran a las mujeres y los niños en el contexto del VIH; se sirviesen de la legislación para garantizar el acceso al tratamiento; y que tomaran medidas para eliminar las leyes y políticas punitivas o discriminatorias con las poblaciones clave más expuestas al riesgo de infección y los grupos vulnerables, incluidos los usuarios de drogas, los profesionales del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, los reclusos y los migrantes (2).

El estigma suele afectar a los refugiados de forma particular. A menudo se les acusa erróneamente de incrementar los riesgos relacionados con el VIH para las comunidades locales, aunque en realidad los refugiados suelen migrar de áreas con una prevalencia del VIH inferior (9), y la experiencia demuestra que el acceso a información, bienes y servicios en los campos de refugiados mejora los conocimientos y actitudes con respecto a mantener relaciones sexuales más seguras (10). En algunas ocasiones, los solicitantes de asilo deben someterse a pruebas obligatorias de detección del VIH para que se les conceda la condición de refugiado, lo que no es sino una muestra más de estigma y discriminación.

60

PAÍSES PENALIZAN

En 2012, cerca de 60 países tenían leyes en vigor que penalizaban la transmisión del VIH.

LAS ACCIONES PROGRAMÁTICAS HACEN FRENTE AL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

Es necesario aplicar iniciativas programáticas concretas para acelerar los progresos que lleven a eliminar el estigma y la discriminación. En 2012, el 81% de los países señalaron haber puesto en marcha programas para reducirlos como parte de su respuesta nacional al sida (3).

62%

En la décima convocatoria de subvenciones del Fondo Mundial, el 62% incluía actividades para hacer frente al estigma y proteger los derechos humanos, en comparación con el 13% en la octava convocatoria.

Existen algunos indicios de que estas acciones están dando resultados. En Lesotho, donde los casos de estigma y discriminación relacionados con el VIH han descendido, más del 80% de la población señaló en 2009 que estaría dispuesta a prestar atención a una persona seropositiva, que aceptaría a profesores que viven con el VIH en las aulas o que compraría frutas y verduras frescas a un vendedor seropositivo, un aumento radical en comparación con el 50-55% que respondió afirmativamente a las mismas preguntas en 2006 (3). Haití ha informado de que una campaña para reducir el estigma basada en la comunidad estuvo relacionada con un incremento significativo en el número de personas que accedían a pruebas de detección del VIH y la tuberculosis (3). En los Estados Unidos, la Ley de protección del paciente y cuidado asequible de la salud también prohíbe a las aseguradoras privadas ejercer prácticas que discriminen a las personas que viven con el VIH (3).

Las personas seropositivas están abriendo camino en la lucha contra el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en muchos lugares del mundo. En un caso que llevaron ante la justicia tres mujeres seropositivas que fueron esterilizadas sin dar su consentimiento informado, el Tribunal Superior de Namibia emitió una resolución en julio de 2012 por la cual se exige a los médicos obtener consentimiento informado antes de practicar dicho procedimiento (3). En Vanuatu, una mujer que vive con el VIH viajó por todo el país para desafiar las percepciones estigmatizantes de comunidades, grupos eclesiales y otros actores (3).

Aunque los programas han dado buenos resultados a la hora de hacer frente al estigma y la discriminación, aún queda mucho por hacer. El porcentaje de subvenciones del Fondo Mundial que incluyen actividades para abordar el estigma y proteger los derechos humanos aumentó del 13% en la octava convocatoria al 62% en la décima, aunque estas actividades no suelen integrarse en los planes de trabajo, los presupuestos o los marcos de desempeño de las subvenciones (11). Sin embargo, la revisión que el Fondo Mundial llevó a cabo en julio de 2012 (12) puso de manifiesto que “solo se han logrado débiles progresos en la mejora del área de derechos humanos en lo que respecta a los resultados en la lucha contra las enfermedades”.

AVANZANDO HACIA 2015

La persistencia del estigma, la discriminación y las leyes punitivas pone de relieve la necesidad de ampliar mucho más las acciones para cimentar las respuestas al sida en el respeto de los derechos humanos. Los países deben adoptar medidas para entender y abordar mejor los factores que intervienen en la vulnerabilidad con respecto al VIH e impiden el acceso a los servicios; tomar medidas para evaluar y reducir el estigma y la discriminación; iniciar reformas jurídicas y adoptar decisiones pragmáticas para hacer cumplir las leyes de protección y mejorar el acceso a la justicia; y trabajar para garantizar un espacio seguro y digno que permita a las personas que viven con el VIH dirigir la labor de lucha contra el estigma y la discriminación. El marco político de salud, dignidad y prevención positivas ofrece a este enfoque una estructura que sitúa la voz, el liderazgo y la salud de las personas seropositivas en el centro de las respuestas eficaces al VIH (13).

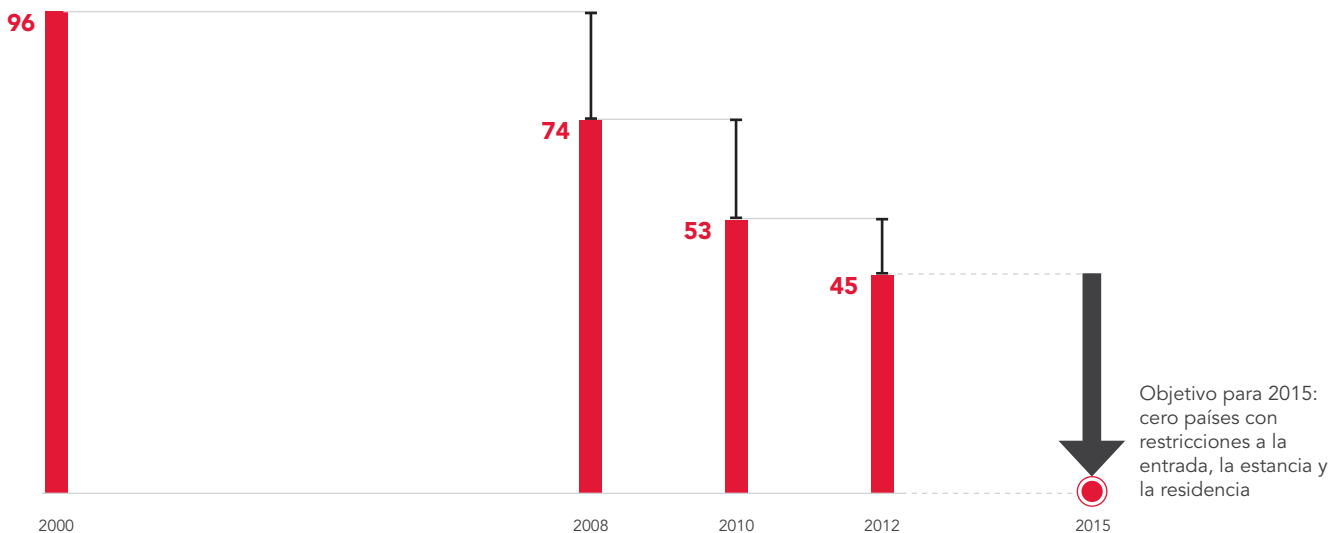
9 ELIMINACIÓN DE LAS RESTRICCIONES A LA ENTRADA, LA ESTANCIA Y LA RESIDENCIA

Existen indicios alentadores que señalan que los gobiernos se están replanteando sus restricciones discriminatorias y desfasadas a la entrada, la estancia y la residencia relacionadas con el VIH, aunque algunos países deben acelerar sus progresos al respecto para alcanzar el objetivo de eliminarlas para 2015.

La mayoría de estas restricciones se impusieron en los primeros años de la epidemia, cuando no se sabía mucho sobre la prevención del VIH y no existía un tratamiento eficaz. En 2012, los gobiernos son cada vez más conscientes de que estas restricciones no tienen sentido en un mundo en el que el virus es una realidad en todos los países, las personas seropositivas tienen vidas largas y productivas, y la igualdad en la libertad de circulación no solo es un derecho humano, sino que resulta fundamental en un mundo globalizado. Cabe destacar el descenso en el número de países, territorios y zonas que aplican restricciones para viajar relacionadas con el VIH: ha pasado de 96 en el año 2000 a 45 en 2012 (Fig. 9.1).

Fig. 9.1

Número de países con restricciones a la entrada, la estancia y la residencia de personas que viven con el VIH, 2000-2012 y objetivo para 2015



Fuentes: para 2000: Weissner P, Haerry D. Entry and residency restrictions for people living with HIV. *Equipo internacional de trabajo sobre las restricciones para viajar relacionadas con el VIH, primera reunión, 24-25 de febrero de 2008, Ginebra, Suiza*; para 2008, 2010 y 2012: base de datos de ONUSIDA sobre las restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia.



Desde 2010, Armenia, China, Fiji, Namibia, la República de Corea, la República de Moldova, Ucrania y los Estados Unidos de América han revocado estas restricciones, poniendo sus legislaciones nacionales en conformidad con las normas internacionales recomendadas. Los países que las han eliminado no han señalado efectos negativos al respecto, ni en términos de costes ni para la salud pública (1).

La naturaleza y el rigor de las restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia son variables. Cinco países (Brunei Darussalam, Omán, Sudán, los Emiratos Árabes Unidos y Yemen) mantienen una prohibición general a la entrada de personas que viven con el VIH. Otros cinco (Egipto, Iraq, Qatar, Singapur y las Islas Turcas y Caicos) exigen a las personas que solicitan estancias cortas (10-90 días) que demuestren su estado seronegativo con respecto al VIH. La legislación de 20 países contempla la deportación de personas si se descubre que viven con el VIH (Fig. 9.2). En los lugares en los que siguen existiendo estas restricciones suelen ser frecuentes asimismo otras formas de discriminación y estigma relacionadas con el virus, que también afectan a los ciudadanos de estos países que viven con el VIH.

Las restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia perjudican seriamente a las personas seropositivas y sus familias. Sus efectos son mucho más graves para los trabajadores migrantes, que cada vez desempeñan un papel más importante en la economía mundial y el desarrollo. Entre 2005 y 2010, el número de migrantes internacionales creció de 191 millones a 214 millones (2).

La experiencia de los Estados del Golfo, un destino prioritario para millones de trabajadores migrantes, refleja claramente las consecuencias negativas de las restricciones para viajar relacionadas con el VIH sobre ellos. Los seis miembros del Consejo de Cooperación del Golfo (Bahrein, Kuwait, Omán, Qatar, Arabia Saudita y los Emiratos Árabes Unidos) realizan pruebas de detección del virus obligatorias a las personas que pretenden acudir a los países del Golfo a trabajar, y exigen pruebas periódicas para renovar los visados. Aquellas personas que contraen el virus mientras están trabajando en el Golfo a menudo son puestas en cuarentena, deportadas sumariamente, privadas de una atención sanitaria adecuada y condenadas al ostracismo tras su vuelta a sus países de origen. Los efectos de este trato discriminatorio incluyen traumas mentales, estrés y pérdida de ingresos y oportunidades. Los resultados seropositivos de los migrantes se comparten con todas aquellas personas autorizadas por los centros médicos del Consejo de Cooperación del Golfo, clasificando a estos trabajadores como “no aptos de forma permanente” para entrar en cualquier país del Consejo en el futuro, lo que limita aún más sus oportunidades (3).

Con el tiempo, las restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia no solo se han convertido en una práctica discriminatoria carente de fundamentos científicos, sino que también han resultado contraproducentes para las empresas. “Las restricciones para viajar relacionadas con el VIH no solo son malas para las personas, también para los negocios”, afirma Chip Bergh, presidente de Levi Strauss & Co., un destacado fabricante de prendas de vestir a nivel internacional. “En el entorno competitivo actual, en el que los viajes de negocios por todo el mundo son fundamentales, necesitamos poder enviar nuestro talento y nuestras aptitudes allí donde se necesiten”.

20 PAÍSES DEPORTAN

20 países tienen leyes en vigor que contemplan la deportación de personas si se descubre que viven con el VIH.

AVANZANDO HACIA 2015

Será necesario acelerar los progresos para conseguir eliminar todas las restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia para 2015. Las coaliciones nacionales o los grupos de trabajo pueden ayudar a formar a los responsables de tomar decisiones y sentar las bases para que los países emprendan acciones encaminadas a eliminarlas. Los funcionarios gubernamentales, en especial los que pertenecen a los ministerios de Salud, deben desempeñar una labor primordial para demostrar que estas restricciones no protegen la salud pública y resultan ilógicas en el mundo actual. Los ministerios de Trabajo también tienen que intervenir para asegurarse de que no se sigan ejerciendo prácticas discriminatorias contra los trabajadores migrantes. A medida que el mundo empresarial es cada vez más consciente de los daños que pueden causar estas restricciones a los negocios internacionales, el sector privado se ha convertido en una voz potencialmente poderosa para conseguir eliminarlas. En lugar de estas restricciones, se debería facilitar suficiente información sobre el virus y servicios de tratamiento y prevención del VIH a todas aquellas personas que entren o salgan de los países, tanto ciudadanos nacionales como extranjeros.

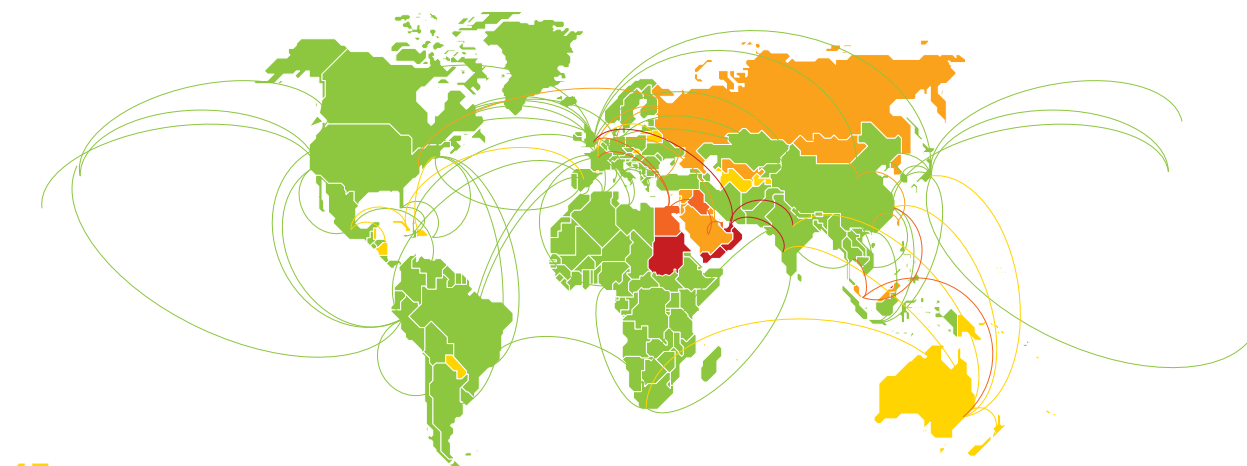
Fig. 9.2

Países con restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia en 2012

132 países, territorios y zonas no tienen ninguna restricción relacionada con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia:

Albania	Chile	Gabón	Italia	Mali	Portugal	Somalia
Antigua y Barbuda	China	Gambia	Jamaica	Malta	Reino Unido	Sri Lanka
Argentina	Colombia	Georgia	Japón	Marruecos	República Centroafricana	Sudáfrica
Armenia	Congo	Ghana	Kazajstán	Mauritania	República Checa	Suecia
Austria	Costa Rica	Granada	Kenya	México	República de Corea	Suiza
Azerbaiyán	Côte d'Ivoire	Grecia	Kirguistán	Micronesia (Estados Federados de)	República de Moldova	Swazilandia
Bangladesh	Croacia	Guatemala	Kosovo*	Mónaco	República Democrática del Congo	Tailandia
Barbados	Dinamarca	Guinea	La ex República Yugoslava de Macedonia	Montenegro	República Democrática Popular Lao	Togo
Bélgica	Djibouti	Guinea-Bissau	Lesoto	Mozambique	República Unida de Tanzania	Trinidad y Tabago
Benin	Dominica	Guyana	Letonia	Myanmar	Rumania	Túnez
Bosnia y Herzegovina	Ecuador	Haití	Liberia	Namibia	Rwanda	Turquía
Botswana	El Salvador	Hong Kong (Región Administrativa Especial de China)	Liechtenstein	Nigeria	Saint Kitts y Nevis	Ucrania
Brasil	España	Hungría	Los Estados Unidos de América	Noruega	San Marino	Uganda
Bulgaria	Estonia	India	Luxemburgo	Países Bajos	Santa Lucía	Uruguay
Burkina Faso	Fiji	Indonesia	Madagascar	Pakistán	Santa Sede	Vanuatu
Burundi	Filipinas	Irán (República Islámica del)	Malawi	Panamá	Senegal	Venezuela (República Bolivariana de)
Camboya	Finlandia	Irlanda	Maldivas	Perú	Serbia	Viet Nam
Camerún	Francia	Islandia		Polonia	Sierra Leona	Zambia
Canadá						Zimbabwe
Chad						

* De acuerdo con la resolución 1244 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (1999).



45

países, territorios y zonas imponen algún tipo de restricción a la entrada, la estancia y la residencia de las personas que viven con el VIH en base a su estado serológico:

Andorra	Federación de Rusia	Papua Nueva Guinea
Arabia Saudita	Iraq	Paraguay
Aruba	Islas Marshall	Qatar
Australia	Islas Salomón	República Árabe Siria
Bahrein	Islas Turcas y Caicos	República Democrática Popular de Corea
Belarús	Israel	República Dominicana
Belice	Jordania	Samoa
Brunei Darussalam	Kuwait	Singapur
China, Provincia	Libano	Sudán
Chipre	Lituania	Taiwán
Comoras	Malasia	Tayikistán
Cuba	Mauricio	Tonga
De Taiwán	Mongolia	Turkmenistán
Egipto	Nicaragua	Uzbekistán
Emiratos Árabes Unidos	Nueva Zelandia	Yemen
Eslovaquia	Omán	

20

países deportan a las personas seropositivas si se descubre su estado serológico con respecto al VIH:

Arabia Saudita	Malasia
Bahrein	Mongolia
Brunei Darussalam	Omán
China, Provincia de	Qatar
Taiwán	República Árabe Siria
Egipto	República Democrática Popular de Corea
Emiratos Árabes Unidos	Singapur
Federación de Rusia	Sudán
Iraq	Uzbekistán
Jordania	Yemen
Kuwait	

5

países exigen demostrar un estado seronegativo con respecto al VIH para conceder estancias incluso para periodos cortos (de 10 a 90 días):

Egypt
Iraq
Qatar
Singapur
Turks and Caicos Islands

5

países prohíben totalmente la entrada y la estancia a las personas que viven con el VIH:

Brunei Darussalam
Emiratos Árabes Unidos
Omán
Sudán
Yemen

Fuente: base de datos de ONUSIDA sobre las restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia.

10 INTEGRACIÓN

Con el objetivo de sacar al sida del aislamiento, la Declaración Política sobre el VIH y el sida: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el sida (1) insta a eliminar los sistemas paralelos de servicios relacionados con el VIH, afianzar sistemas de salud más amplios e incorporar la respuesta al sida en las acciones mundiales en materia de salud y desarrollo. Asimismo, un enfoque más integrado reforzará el alcance y la repercusión de la respuesta al sida, aprovechará los resultados relacionados con la respuesta al VIH para generar mayores avances en materia de salud y desarrollo, y mejorará la sostenibilidad a largo plazo de la respuesta al sida.

El movimiento del sida se caracteriza porque su liderazgo surge de los grupos marginados y por negarse a aceptar que los medicamentos de vanguardia estén reservados a los países de ingresos altos, por ello se encuentra al frente de las acciones en materia de salud y desarrollo encaminadas a diseñar un mundo nuevo (2).

A medida que se ha ido expandiendo el alcance de los programas para responder al sida, también lo han hecho las posibilidades de integrar el VIH en acciones más amplias en materia de salud, lo que ha dado lugar a sistemas que están resultando ser más que la suma de sus partes. El número de centros de salud con servicios integrados de detección, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis y el VIH ha aumentado rápidamente desde 2005, con progresos al respecto especialmente destacables en África subsahariana, la región más afectada por el VIH, la tuberculosis y la coinfección por ambas (3). De acuerdo con un reciente programa de evaluación de 16 clínicas comunitarias y un hospital de distrito de una zona rural de Swazilandia, la integración de los mecanismos de detección de casos de tuberculosis en los sistemas de prestación de atención rutinaria del VIH es eficaz y viable desde el punto de vista operativo (4). En 2012, Sudáfrica presentó una estrategia integrada de cinco años para hacer frente al VIH, la tuberculosis e infecciones de transmisión sexual.

Los servicios para evitar que los niños contraigan la infección por el VIH se han incorporado a los de salud materna e infantil en los 22 países prioritarios del Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para 2015 y mantener con vida a sus madres. Una revisión de 10 estudios de diferentes países reveló que integrar el asesoramiento y las pruebas del VIH iniciadas por el proveedor en los centros de atención prenatal aumentó los niveles de pruebas entre un 10 y un 66%, con un acceso a las mismas de al menos el 85% en ocho estudios (5). Sin embargo, estos progresos corren peligro en lugares que no disponen de suficientes centros de salud que presten atención prenatal o con sistemas deficientes de gestión de la previsión, la adquisición y la cadena de suministro de productos.



Los servicios relacionados con el VIH también se están integrando en los de salud sexual y reproductiva en países de toda África subsahariana. Por ejemplo, Tanzania, Malawi, Botswana, Burkina Faso y Zimbabwe hace poco llevaron a cabo una evaluación rápida para fundamentar sus estrategias y determinar las prioridades de sus planes nacionales para ampliar e impulsar la integración. Kenya está valorando una estrategia nacional que, a partir de 2002, empezó a incorporar los servicios de asesoramiento y pruebas del VIH en los de planificación familiar. La falta de indicadores normalizados ha impedido que se midiera la eficacia y las repercusiones de estas conexiones, lo que ha dado lugar a que un grupo de expertos compuesto por representantes de gobiernos nacionales, donantes, organismos de las Naciones Unidas y la sociedad civil trabaje para identificar un conjunto de indicadores pertinentes.

A medida que se está ampliando el acceso a la terapia antirretrovírica y la supervivencia de las personas seropositivas está mejorando, los programas de tratamiento y atención relacionados con el VIH cada vez se orientan más a tratar enfermedades crónicas. En Etiopía (6), las enseñanzas extraídas de la respuesta al sida se están aplicando en el tratamiento clínico de la diabetes; dos dispensarios de Médicos Sin Fronteras en Camboya (6) han combinado los servicios de atención del VIH, la diabetes y la hipertensión; la organización FHI360 ha incorporado servicios para enfermedades no transmisibles en los programas existentes para el VIH en Kenya (6); y Sudáfrica (6) ha emprendido una campaña de pruebas integradas centrada en el VIH, la hipertensión y la diabetes (7). La Reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre enfermedades no transmisibles celebrada en septiembre de 2011 renovó los esfuerzos mundiales por cambiar el curso de estos desafíos. A partir de esta cumbre, ONUSIDA y la OMS acordaron impulsar su colaboración en la integración de los programas relacionados con el VIH con los de enfermedades no transmisibles.

Las posibilidades de multiplicar los resultados beneficiosos a través de enfoques conjuntos con iniciativas de respuesta al sida están presentes en todo el abanico de programas de desarrollo social y económico. Una reciente revisión realizada por el Banco Mundial reveló que más de 120 programas de transferencia de efectivo aplicados en África subsahariana (8) demostraron que algunas formas de inversión en protección social que hacen frente a las vulnerabilidades económicas y sociales de los más necesitados están llegando a hogares con huérfanos, niños vulnerables e índices altos de dependencia, lo que ofrece a las familias más vulnerables y afectadas por el VIH oportunidades para aprovechar los recursos y mitigar los efectos de la epidemia.

Cerca del 10% de la población mundial vive con alguna discapacidad (9). Aunque se dispone de pocos datos sobre la prevalencia de la infección por el VIH entre estas personas, estudios sobre poblaciones con deficiencias auditivas indican que existe una prevalencia igual o superior a la del resto de la comunidad (10). En 2012, el 41% de los países señalaron que su estrategia multisectorial para responder al sida incluía acciones integradas para atender a personas con discapacidad (7, 11).

71

PAÍSES INTEGRAN ACCIONES PARA ATENDER A LOS DISCAPACITADOS

En 2012, 71 países señalaron que sus estrategias multisectoriales de respuesta al sida integran acciones para atender a las personas con discapacidad.

Teniendo en cuenta que el VIH afecta de forma particular a las poblaciones marginadas, y a menudo penalizadas, es necesario que se incorporen más acciones en los programas de justicia penal y de aplicación de la ley. Las sesiones de formación para la policía que se imparten una sola vez, se están reemplazando por un enfoque integrado en el que el VIH se convierte en una pieza permanente de los planes de estudio y la formación en el empleo de los servicios uniformados de numerosos países. Por ejemplo, la reducción de daños empezó a formar parte de la instrucción de la Policía Real de Malasia en 2009, y la formación en materia de VIH se ha incorporado en todos los niveles de la policía de Nepal.

La organización tailandesa de profesionales del sexo SWING se asoció con la Academia Nacional de Cadetes de Policía de Tailandia en un esfuerzo por acabar con un patrón de violencia y abusos persistentes al que se sentían sometidos profesionales del sexo varones por parte de agentes de policía. Cuatro años de un programa de formación anual han creado un grupo de policías cadetes al que los profesionales del sexo y SWING todavía pueden acudir. Asimismo, se han observado cambios positivos en la actitud de los agentes de policía y existen nuevas vías de desagravio en caso de acoso (12).

AVANZANDO HACIA 2015: SACANDO AL SIDA DEL AISLAMIENTO

Maximizar las sinergias e integrar las respuestas al VIH en acciones más amplias en materia de salud y desarrollo es crucial para que la respuesta sea eficaz y sostenible. El gran número de posibilidades programáticas que existen para la integración ahora exige una base empírica más sistemática que refina los conocimientos actuales sobre dónde, cuándo y cómo se deben aplicar los programas de forma óptima y las circunstancias en las que se pueden desarrollar sinergias positivas entre ellos. Deben elaborarse indicadores para los enfoques integrados (e incorporarse sistemas de supervisión ya existentes en diferentes plataformas sectoriales) que permitan que la notificación periódica siga los progresos realizados en la integración.

Cuadro 10.1. Mejorar la integración y aumentar la participación de los hombres en los servicios de salud materna, infantil y neonatal

En la actualidad se sabe que la implicación de los hombres en la salud de sus familias, ya sea como padres o parejas sexuales, tiene efectos beneficiosos (13-15). La prestación de servicios de manera conjunta a la pareja, en lugar de por separado, está relacionada con el cambio de conductas para proteger al miembro seronegativo de la pareja y puede reducir de forma significativa el riesgo de transmisión del VIH (15). Por tanto, muchos países están probando varias estrategias para ampliar las posibilidades de implicar a los hombres en la prestación de servicios (16, 17).

Se están llevando a cabo acciones para integrar los servicios destinados a los hombres en los de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil en numerosos lugares. Algunos ejemplos de iniciativas innovadoras y prometedoras son el aumento del número de profesionales sanitarios varones que ofrecen servicios relacionados con el VIH, la prestación de servicios destinados a los hombres en paralelo con los de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, y la atención para parejas.

Estudios llevados a cabo en Rwanda y Zambia (18,19) han demostrado que la implicación de los hombres está relacionada con una reducción de dos tercios en el número de nuevas infecciones por el VIH. Cuando se ofrece asesoramiento a las parejas, hay que tener en cuenta las necesidades de las mujeres que pueden verse disuadidas por el “requisito” de tener que asistir a estos servicios con sus maridos o parejas. Asimismo, los programas deben ser conscientes de que algunas mujeres embarazadas no tienen pareja.

En un esfuerzo por mejorar los servicios relacionados con el VIH destinados a los hombres a la vez que se amplían los dedicados a prevenir la transmisión maternoinfantil del virus, Rwanda ha elaborado un paquete de apoyo familiar. Este paquete de servicios integrados se ajusta a las estrategias nacionales para evitar que los niños contraigan la infección por el VIH y además hace hincapié en la participación de los hombres y anima a los miembros masculinos de las parejas a tomar parte en el asesoramiento y las pruebas del VIH. Las acciones de esta campaña incluyen:

- el fomento como estrategia nacional de servicios de asesoramiento y pruebas del VIH para parejas;
- la movilización de las comunidades junto con las autoridades locales y los profesionales comunitarios de atención de la salud;
- el desarrollo de las capacidades del personal de atención sanitaria sobre asesoramiento y pruebas del VIH para parejas;
- la organización de sesiones de asesoramiento y pruebas del VIH los fines de semana para las parejas que no pueden acudir entre semana; y
- la introducción de cartas de invitación para los miembros masculinos de las parejas.

El enfoque del paquete familiar ha generado un aumento espectacular en el acceso a pruebas en pareja. Se ha pasado de una media nacional del 33% de los miembros varones de las parejas sometidos a pruebas en 2005 a un 78% en 2008. El número de parejas que se ha realizado pruebas a través del programa de prevención de la transmisión maternoinfantil ha pasado de 58.700 en 2005 a 229.200 en 2008. Dentro del programa, la cobertura de las pruebas aumentó del 10% de todas las mujeres embarazadas previstas en 2002 al 50% en 2005 y al 75% en 2008. La prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas y sus parejas masculinas también descendió, del 9,1% en 2003 al 3,0% en 2008 en mujeres embarazadas, y del 10,2% en 2003 al 3,1% en 2008 entre sus parejas masculinas (20).

Un estudio de 456 mujeres embarazadas que viven con el VIH y 140 parejas en Kenya (21) reveló que el riesgo de que los bebés contrajeran el VIH o fallecieran se reducía un 45% cuando las mujeres acudían a recibir atención prenatal con sus parejas masculinas, respecto a cuando acudían solas.

Cuadro 10.2. La asociación Pink Ribbon Red Ribbon

Pink Ribbon Red Ribbon es una asociación innovadora publicoprivada que trabaja en pro de la salud mundial y aprovecha las enseñanzas y experiencias adquiridas en la respuesta al sida para combatir el cáncer cervical y el de mama en países de África subsahariana y América Latina. El Instituto George W. Bush, ONUSIDA, el Plan de emergencia del presidente de los Estados Unidos para el alivio del sida y la Fundación Susan G. Komen for the Cure dirigen Pink Ribbon Red Ribbon, que está trabajando para ampliar la disponibilidad de pruebas y tratamiento vitales para el cáncer cervical, sobre todo entre las mujeres seropositivas de mayor riesgo, y para fomentar la educación sobre el cáncer de mama.

Pink Ribbon Red Ribbon se sirve de la ampliación de los servicios de tratamiento y la prevención relacionados con el VIH como plataforma para ofrecer a las mujeres servicios adicionales capaces de salvar vidas, entre ellos la prevención del virus del papiloma humano, y pruebas y tratamiento para el cáncer cervical. La coinfección por el virus del papiloma humano es frecuente entre las personas que viven con el VIH, en parte porque ambos virus comparten un conjunto de factores de riesgo y ambos se transmiten por vía sexual. Las infecciones por cepas de alto riesgo del virus del papiloma humano, si no se detectan ni se tratan, constituyen la causa principal del cáncer cervical en mujeres y el cáncer de pene y de ano en hombres. La prevalencia del virus del papiloma humano suele ser superior en personas que viven con el VIH (22).

Presentada en septiembre de 2011, Pink Ribbon Red Ribbon ya está realizando progresos significativos. Esta asociación emplea el poder de convocatoria y el liderazgo de ONUSIDA para garantizar un compromiso de alto nivel con el logro de sus objetivos en los países en los que ejecuta sus proyectos. Así, las delegaciones nacionales de ONUSIDA han colaborado estrechamente con los gobiernos de Botswana y Zambia en la elaboración de estrategias para integrar las pruebas del cáncer cervical en los servicios relacionados con el VIH. Los esfuerzos por proporcionar estrategias de comunicación y promoción de alto nivel para conseguir vincular las respuestas al VIH con el cáncer cervical y el de mama han generado llamamientos a incluir la prevención del cáncer cervical en el próximo Plan estratégico nacional de Rwanda sobre el VIH y el sida (2013-2017) y en el Plan operativo nacional de Botswana para 2012-2016. Como parte de las acciones centradas en movilizar a las mujeres seropositivas para que participen en la planificación y la revisión de programas, el equipo conjunto de las Naciones Unidas de Rwanda está llevando a cabo actividades de sensibilización para incluir a organizaciones de la sociedad civil, especialmente de mujeres, en los planes nacionales sobre el VIH y el cáncer cervical.

REFERENCIAS

Introducción

1. *Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA*, Ginebra, ONUSIDA, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610_un_a-res-65-277_es.pdf, consultado el 1 de noviembre de 2012).
2. *Informe mundial de avances en la lucha contra el sida 2012: directrices – desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política sobre el VIH/sida de 2011*. Ginebra, ONUSIDA, 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global_AIDS_Response_Progress_Reporting_es.pdf, consultado el 1 de noviembre de 2012).

1. Transmisión sexual

1. Hankins CA, de Zaluondo BO. Combination prevention: a deeper understanding of effective HIV prevention. *AIDS*, 2010, 24 (Supl. 4):S70–S80.
2. Schwartländer B et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet*, 2011, 377:2031–2041.
3. Marteau TM, Hollands, GJ, Fletcher PC. Changing human behavior to prevent disease: the importance of targeting automatic processes. *Science*, 2012, 337:1492–1495.
4. Hallett TB et al. Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe, and urban Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 2006, 82(Supl. 1):i1–i8.
5. Gregson S et al. HIV decline associated with behavior change in eastern Zimbabwe. *Science*, 2006, 311:664–666.
6. Johnson LF et al. The effect of changes in condom usage and antiretroviral treatment coverage on human immunodeficiency virus incidence in South Africa: a model-based analysis. *Journal of the Royal Society Interface*, 2012, 9:1544–1554.
7. Jafa K, Chapman S. *Reinvigorating condoms as an HIV prevention tool*. Arlington, VA, AIDSTAR-One, 2012 (AIDSTAR-One Spotlight on Prevention series; http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/Prev_Spotlight_Condoms_Final.pdf, consultado el 1 de noviembre de 2012).
8. *UNAIDS resource needs for AIDS in low- and middle-income countries*. Ginebra, ONUSIDA, 2007 (<http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2007/september/20070925resource methodology/>, consultado el 1 de noviembre de 2012).
9. Papo JK et al. Exploring the condom gap: is supply or demand the limiting factor – condom access and use in an urban and a rural setting in Kilifi district, Kenya. *AIDS*, 2011, 25:247–255.

10. Njeuhmeli E et al. Voluntary medical male circumcision: modeling the impact and cost of expanding male circumcision for HIV prevention in eastern and southern Africa. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1001132.
11. OMS y ONUSIDA. *Progress in scaling up voluntary medical male circumcision for HIV prevention in east and southern Africa*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.
12. Baral S et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 2012, 12:538–549.
13. Beyrer C et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*, 2012, 380:367–377.
14. van Griensven F, de Lind van Wijngaarden JW. A review of the epidemiology of HIV infection and prevention responses among MSM in Asia. *AIDS*, 2010, 24:S30–S40.
15. Handa S et al. Effect of a national social cash transfer program on HIV risk behavior in Kenya. *XIX Conferencia Internacional sobre el Sida, Washington DC, EE.UU., 22–27 de julio de 2012* (Abstract FRLBD01; <http://pag.aids2012.org/Abstracts.aspx?AID=21323>, consultado el 1 de noviembre de 2012).
16. Baird SJ et al. Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a clustered randomized trial. *Lancet*, 2012, 379:1320–1329.
17. Cohen MS et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 2011, 365:493–505.
18. *Guidance on couples HIV testing and counselling, including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en>, consultado el 1 de noviembre de 2012).

2. Usuarios de drogas inyectables

1. Mathers B et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 2008, 372:1733–1745.
2. Wood E et al. Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services. *New England Journal of Medicine*, 2006, 354:2512–2514.
3. *Women, harm reduction, and HIV: key findings from Azerbaijan, Georgia, Kyrgyzstan, Russia, and Ukraine*. Nueva York, Programa de Salud Pública, Instituto Sociedad Abierta, 2009.
4. Mathers BM et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 2010, 375:1014–1028.
5. Degenhardt L et al. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*, 2010, 376:285–301.
6. El-Bassel N, Terlikbaeva A, Pinkham S. HIV and women who use drugs: double neglect, double risk. *Lancet*, 2010, 376:312–314.

7. Strathdee SA et al. Social and structural factors associated with HIV infection among female sex workers who inject drugs in the Mexico–US border region. *PLoS One*, 2011, 6:e19048.
8. Brown QL et al. The impact of homelessness on recent sex trade among pregnant women in drug treatment. *Journal of Substance Use*, 2012, 17:287–293.
9. Cavanaugh CE, Latimer WW. Recent sex trade and injection drug use among pregnant opiate and cocaine dependent women in treatment: the significance of psychiatric comorbidity. *Addiction Disorders and Their Treatment*, 2010, 9:32.

3. Eliminar la infección por el VIH entre niños y mantener con vida a sus madres

1. *Cuenta atrás hasta cero: plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y mantener con vida a sus madres*. Ginebra, ONUSIDA, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_Sp.pdf, consultado en 1 de noviembre de 2012).
2. Mofenson LM. Antiretroviral drugs to prevent breastfeeding HIV transmission. *Antiviral Therapy*, 2010, 15:537–553.
3. *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children: towards universal access. Recommendations for a public health approach: 2010 revision*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/infants2010/en/index.html>, consultado el 1 de noviembre de 2012).
4. Marston M et al. Net survival of perinatally and postnatally HIV-infected children: a pooled analysis of individual data from sub-Saharan Africa. *International Journal of Epidemiology*, 2011, 40:385–396.
5. Getahun H et al. Prevention, diagnosis, and treatment of tuberculosis in children and mothers: evidence for action for maternal, neonatal, and child health services. *Journal of Infectious Diseases*, 2012, 205(Supl. 2):S216–S227.
6. Mahy M 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. *Sexually Transmitted Infections*, 2010, 86(Supl 2):ii48–ii55.
7. Schouten EJ et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV and the health-related Millennium Development Goals: time for a public health approach. *Lancet*, 2011, 378:282–284.
8. El-Sadr WM et al. Bridging the divide. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 57(Supl. 2):S59–S60.
9. Thorne C et al. Prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus among pregnant women using injecting drugs in Ukraine, 2000–10. *Addiction*, 2012, 107:118–128.

4. Tratamiento

1. Holmes CB et al. PEPFAR's past and future efforts to cut costs, improve efficiency, and increase the impact of global HIV programs. *Health Affairs*, 2012, 31:1553–1660.

2. *Press release: new study finds cost of treating HIV patients far lower than commonly believed; agreement with generic drug makers will bring prices down even further.* Nueva York, Fundación William J. Clinton, 2012 (<http://www.clintonfoundation.org/main/news-and-media/pressreleases-and-statements/press-release-agreement-with-generic-drug-makers-will-bring-pricesdown-even-further.html>, consultado el 1 de noviembre de 2012).

5. Tuberculosis y VIH

1. Informes de progreso presentados por los países en 2012 [base de datos en línea]. Ginebra, ONUSIDA, 2012 (<http://www.unaids.org/cpr>, consultado el 1 de noviembre de 2012).
2. Suthar AB et al. Antiretroviral therapy for prevention of tuberculosis in adults with HIV: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 2012, 9:e1001270.
3. *Global tuberculosis control 2009.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.
4. *Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (<http://www.who.int/tb/publications/2011/en/index.html>, consultado el 1 de noviembre de 2012).
5. OMS, Plan de emergencia del presidente de los Estados Unidos para el alivio del sida y ONUSIDA. *A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (<http://www.who.int/tb/publications/2009/en/index.html>, consultado el 1 de noviembre de 2012).
6. OMS, ONUSIDA, UNICEF y el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. *Three interlinked patient monitoring systems for HIV care/ART, MCH/PMTCT and TB/HIV: standardized minimum data set and illustrative tools.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (http://www.who.int/hiv/pub/imai/three_patient_monitor/en, consultado el 1 de noviembre de 2012).

6. Recursos y gastos

1. Informes de progreso presentados por los países en 2012 [base de datos en línea]. Ginebra, ONUSIDA, 2012 (<http://www.unaids.org/cpr>, consultado el 1 de noviembre de 2012).
2. *Investing for results. Results for people. A people-centered investment tool towards ending AIDS.* Ginebra, ONUSIDA, 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/JC2359_investing-for-results_en.pdf, consultado el 1 de noviembre de 2012).

7. El género y a respuesta al VIH

1. Peacock D. Men as partners: promoting men's involvement in care and support activities for people living with HIV/AIDS. *Reunión del Grupo de Expertos sobre el papel de los hombres y los niños en el logro de la igualdad entre los géneros, Brasilia, Brasil, 21-24 de octubre de 2003* (<http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/men-boys2003/EP5-Peacock.pdf>, consultado el 1 de noviembre de 2012).

2. *Rapid assessment of gender-related barriers to services to prevent vertical transmission of HIV.* Ginebra, ONUSIDA, de próxima publicación.
3. Esplen E. *Women and girls living with HIV/AIDS: overview and annotated bibliography.* Brighton, Instituto de Estudios de Desarrollo, Universidad de Sussex, 2007 (http://www.bridge.ids.ac.uk/reports/BB18_HIV.pdf, consultado el 1 de noviembre de 2012).
4. Mullick S, Kuneni B, Wanjiru M. *Involving men in maternity care: health service delivery issues.* Washington, DC, Consejo de Población, 2005 (http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/journals/Agenda_Mullick05.pdf, consultado el 1 de noviembre de 2012).
5. Cornell M, McIntyre J, Myer L. Men and antiretroviral therapy in Africa: our blind spot. *Tropical Medicine and International Health*, 2011, 16:828–829.
6. Mulula AS et al. Gender distribution of adult patients on highly active antiretroviral therapy (HAART) in South Africa: a systematic review. *BMC Public Health*, 2007, 25:7–63.
7. Ochieng-Ooko V et al. Influence of gender on loss to follow-up in a large HIV treatment programme in western Kenya. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, 88:681–688.
8. Taylor-Smith K et al. Gender differences in retention and survival on antiretroviral therapy of HIV-infected adults in Malawi. *Malawi Medical Journal*, 2010, 22:49–56.
9. Cornell M et al. Gender differences in survival among adult patients starting antiretroviral therapy in South Africa: a multicentre cohort study. *PLoS Medicine*, 2012,9:e1001304.
10. Stringer JS et al. Rapid scale-up of antiretroviral therapy at primary care sites in Zambia: feasibility and early outcomes. *JAMA*, 2006, 296:782–793.
11. *A national study on violence against children and young women in Swaziland.* Nueva York, UNICEF, 2010.
12. UNICEF, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y la Universidad de ciencias de la salud y afines de Muhimbili. *Violence against children in Tanzania: findings from a national survey 2009.* Dar es Salaam, Gobierno de la República Unida de Tanzania, 2011.
13. Hillis SD et al. Adverse childhood experience and sexual risk behaviours in women: a retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives*, 2001, 33:206–211.
14. Winter S. *Lost in transition: transgender people, rights and HIV vulnerability in the Asia-Pacific Region.* Bangkok, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012.
15. *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: recommendations for a public health approach 2011.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/en, consultado el 1 de noviembre de 2012).
16. Hounsfield VL et al. Transgender people attending a Sydney sexual health service over a 16-year period. *Sexual Health*, 2007, 4:189–193.
17. Schulden JD et al. Rapid HIV testing in transgender communities by community-based organizations in three cities. *Public Health Reports*, 2008, 123:101–114.

18. Informes de progreso presentados por los países en 2012 [base de datos en línea]. Ginebra, ONUSIDA, 2012 ([http:// www.unaids.org/cpr](http://www.unaids.org/cpr), consultado el 1 de noviembre de 2012).
19. Instrumento de compromisos y políticas nacionales 2012 (ICPN) – países [base de datos en línea]. Ginebra, ONUSIDA, 2012 (<http://www.unaids.org/ncpi>, consultado el 1 de noviembre de 2012).
20. Orza L. *Community innovations: achieving sexual and reproductive health and rights for women and girls through the HIV response*. Ginebra, ONUSIDA y la Red Athena (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/07/20110719_Community%20innovation.pdf, consultado el 1 de noviembre de 2012).

8. Estigma, discriminación y legislación

1. *Sigma and discrimination at work: findings from the People Living with HIV Stigma Index*. Ámsterdam, Red Mundial de Personas que Viven con el VIH, 2012 (http://www.gnppplus.net/images/stories/Rights_and_stigma/SI_WorkBriefing_Online.pdf, consultado el 1 de noviembre de 2012).
2. Comisión mundial sobre el VIH y la legislación. *Riesgos, derechos y salud*. Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012.
3. Informes de progreso presentados por los países en 2012 [base de datos en línea]. Ginebra, ONUSIDA, 2012 ([http:// www.unaids.org/cpr](http://www.unaids.org/cpr), consultado el 1 de noviembre de 2012).
4. *The global criminalisation scan report 2010: documenting trends, presenting evidence*. Ámsterdam, Red mundial de personas que viven con el VIH, 2010.
5. Itaborahy LP. *State-sponsored homophobia: a world survey of laws criminalising same-sex sexual acts between consenting adults*. Bruselas, Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex (http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2012.pdf, consultado el 1 de noviembre de 2012).
6. Chiu J, Burris S. *Punitive drug law and the risk environment for injecting drug users: understanding the connections*. Nueva York, Comisión mundial sobre el VIH y la legislación, 2011 (Documentos de la Comisión mundial sobre el VIH y la legislación; <http://www.hivlawcommission.org/index.php/workingpapers?task=document.viewdoc&id=98>, consultado el 1 de noviembre de 2012).
7. *Laws and policies affecting sex work*. Nueva York, Fundación Sociedad Abierta, 2012 (<http://www.soros.org/sites/default/files/sex-work-laws-policies-20120713.pdf>, consultado el 1 de noviembre de 2012).
8. *Police and HIV programs*. Law Enforcement and HIV Network, 2012 (<http://www.leahn.org/keyaffected-populations>, consultado el 1 de noviembre de 2012).
9. Spiegel B et al. Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries: a systematic review. *Lancet*, 2007, 369:2187–2195.
10. Spiegel P, Nankoe A. *ACNUR, HIV/AIDS and refugees: lessons learned*. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2011 (<http://www.unhcr.org/403a1f2d4.html>, consultado el 1 de noviembre de 2012).

11. *Marcar la diferencia: informe de resultados del Fondo Mundial 2011*. Ginebra, Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, 2011 (<http://www.theglobalfund.org/en/library/publications/progressreports>, consultado el 1 de noviembre de 2012).
12. *Informe del Panel de Revisión Técnica y el Secretariado sobre las propuestas de la 10 convocatoria, 2012*. Ginebra, Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, 2012.
13. *Salud, dignidad y prevención positivas: un marco de políticas*. Ginebra, ONUSIDA, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/document/unaidspublication/2011/20110701_pmdp.pdf, consultado el 1 de noviembre de 2012).

9. Eliminación de las restricciones a la entrada, la estancia y la residencia

1. Comisión mundial sobre el VIH y la legislación. *Riesgos, derechos y salud*. Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012.
2. *World migration report, 2011*. Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones, 2011.
3. Marin M. Impact of HIV travel restrictions on migrant workers in Asia and the Gulf States. *XIX Conferencia Internacional sobre el Sida, Washington, DC, 22-27 de julio de 2012*.

10. Integración

1. *Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA*, Ginebra, ONUSIDA, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610_un_a-res-65-277_es.pdf, consultado el 1 de noviembre de 2012).
2. A strategic revolution in HIV and global health. *Lancet*, 2011, 377:2055.
3. Howard AA, El-Sadr WM. Integration of tuberculosis and HIV services in sub-Saharan Africa: lessons learned. *Clinical and Infectious Diseases*, 2010, 50:S3.
4. Elden S et al. Integrated intensified case finding of tuberculosis into HIV care: an evaluation from rural Swazilandia. *BMC Health Services Research*, 2011, 11:118.
5. Hensen B et al. Universal voluntary HIV testing in antenatal care settings: a review of the contribution of provider-initiated testing & counseling. *Tropical Medicine and Health*, 2012, 17:59-70.
6. *Chronic care of HIV and noncommunicable diseases: how to leverage the HIV experience*. Ginebra, ONUSIDA, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110526_JC2145_Chronic_care_of_HIV.pdf, consultado el 1 de noviembre de 2012).
7. Informes de progreso presentados por los países en 2012 [base de datos en línea]. Ginebra, ONUSIDA, 2012 (<http://www.unaids.org/cpr>, consultado el 1 de noviembre de 2012).
8. Garcia M, Moore CMT. *The cash dividend: the rise of cash transfer programmes in sub-Saharan Africa*. Washington, DC, Banco Mundial, 2012 (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2246>, consultado el 1 de noviembre de 2012).

9. Mont D. *Measuring disability prevalence*. Washington, DC, Banco Mundial, 2007 (Documento sobre protección social N° 0706).
10. *Disability and HIV policy brief*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (http://www.who.int/disabilities/jc1632_policy_brief_disability_en.pdf, consultado el 1 de noviembre de 2012).
11. Instrumento de compromisos y políticas nacionales 2012 (ICPN) – países [base de datos en línea]. Ginebra, ONUSIDA, 2012 (<http://www.unaids.org/ncpi>, consultado el 1 de noviembre de 2012).
12. UNFPA, ONUSIDA y Red de profesionales del sexo de Asia y el Pacífico. *The HIV and sex work collection: innovative responses in Asia and the Pacific*. Ginebra, ONUSIDA, de próxima publicación.
13. Sherr L. Fathers and HIV: considerations for families. *Journal of the International AIDS Society*, 2011, 13(Suppl 2):S4.
14. Betancourt T et al. Family-centred approaches to the prevention of mother to child transmission of HIV. *Journal of the International AIDS Society*, 2010, 13(Supl 2):S2.
15. *Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en>, consultado el 1 de noviembre de 2012).
16. Byamugisha B et al. Male partner antenatal attendance and HIV testing in eastern Uganda: a randomized facility-based intervention trial. *Journal of the International AIDS Society*, 2011, 14:43.
17. Farquhar C et al. Antenatal couple counseling increases uptake of interventions to prevent HIV-1 transmission. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2004, 37:1620–1626.
18. Allen, S. et al. Effect of serotesting with counselling on condom use and seroconversion among HIV discordant couples in Africa. *BMJ*, 1992, 304:1605–1609.
19. Dunkle K et al. New heterosexually transmitted HIV infections in married or cohabiting couples in urban Zambia and Rwanda: an analysis of survey and clinical data. *Lancet*, 2008, 371:2183–2191.
20. *Male involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241503679/en/index.html>, consultado el 1 de noviembre de 2012).
21. Aluisi A et al. Male antenatal attendance and HIV testing are associated with decreased infant HIV infection and increased HIV-free survival. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 56:76–82.
22. Ng'andwe C et al. The distribution of sexually-transmitted human papillomaviruses in HIV positive and negative patients in Zambia, Africa. *BMC Infectious Diseases*, 2007, 7:77.

ANEXOS

ÍNDICE



EPIDEMIOLOGÍA	<i>Situación de la epidemia</i>	A4
OBJETIVO 1	<i>Transmisión sexual</i>	A28
OBJETIVO 2	<i>Usuarios de drogas inyectables</i>	A46
OBJETIVO 3	<i>Eliminar la infección por el VIH entre niños y mantener con vida a sus madres</i>	A52
OBJETIVO 4	<i>Tratamiento</i>	A60
OBJETIVO 5	<i>Tuberculosis y VIH</i>	A78
OBJETIVO 6	<i>Recursos y gasto</i>	A82
OBJETIVO 7	<i>El género y la respuesta al VIH</i>	A92
OBJETIVO 9	<i>Eliminación de las restricciones a la entrada, la estancia y la residencia</i>	A98
OBJETIVO 10	<i>Integración</i>	A100

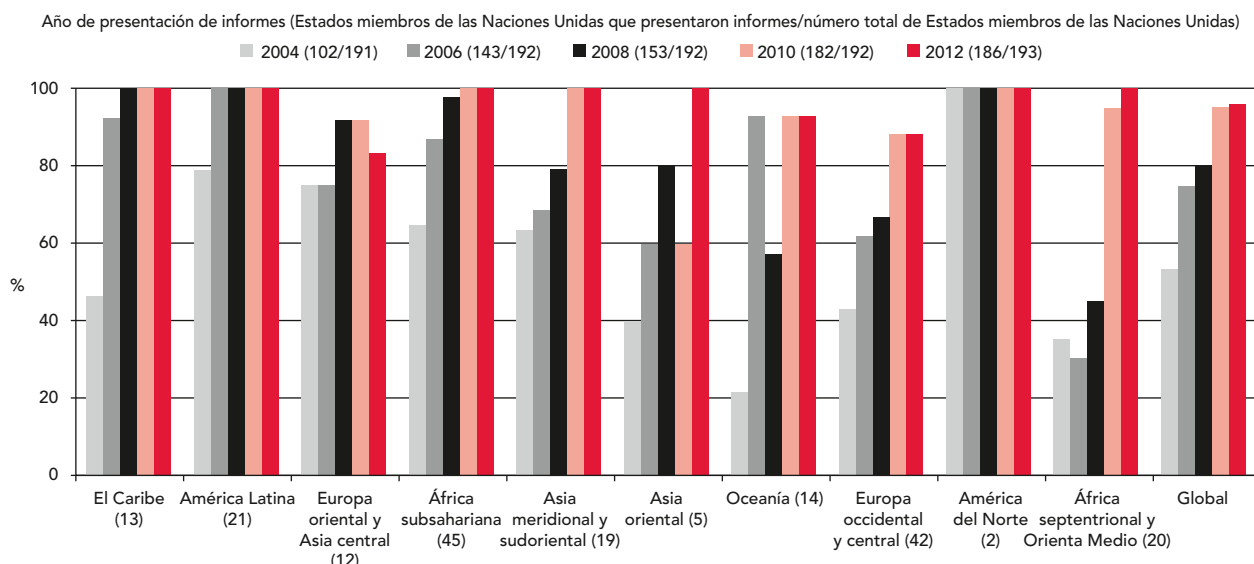
ANEXOS

SUPERVISAR LOS PROGRESOS DE LAS REPUESTAS NACIONALES AL VIH

En junio de 2011, los Estados miembros de las Naciones Unidas adoptaron por unanimidad la **Declaración política sobre el VIH y el sida de 2011** y sus nuevos objetivos para 2015 durante la Reunión de alto nivel sobre el sida. La nueva declaración se basa en la década de progresos que comenzó con el Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2001 y la declaración de compromiso por la cual se fijaron los objetivos para 2010. Con el fin de detener y reducir la propagación del VIH y el sida para 2015, la declaración ha evolucionado en **diez metas específicas** que ayudarán a los países a evaluar el alcance de sus avances y a priorizar sus intervenciones en función de sus epidemias.

ONUSIDA y sus sectores constituyentes revisaron el conjunto previo de indicadores mundiales en torno al sida y propusieron una serie de indicadores revisados, que posteriormente se ajustaron a los objetivos de la Declaración política de 2011. En octubre de 2011, se publicaron estos indicadores en las **Directrices del informe mundial de avances en la lucha contra el sida**. Las descripciones completas de estos indicadores también están disponibles en el **Registro de indicadores**.

Índices de presentación de informes por región



Fuente: Informes de progreso de los países presentados en 2012.

Los países han creado sus propios sistemas para supervisar la respuesta al sida y hay datos evidentes de que estas inversiones han comenzado a generar beneficios. Tanto el número de los países que han presentado informes sobre el sida como la calidad de dichos informes y de los datos presentados han aumentado exponencialmente. Los índices de respuesta han subido de 102 (53%) Estados miembros en 2004, a un número récord de 186 (96%) en 2012 (véase el gráfico para consultar los índices de respuesta regionales y las tendencias a lo largo del tiempo).

Además de los esfuerzos para desarrollar la capacidad nacional y mundial, uno de los factores que ha contribuido a este éxito en la respuesta ha sido la posibilidad de presentar los informes en línea, que ha permitido a los países facilitar datos según les resultara conveniente y compartirlos previamente con sus sectores constituyentes de forma consultiva. En muchos países la sencillez de la consulta ha mejorado la transparencia del proceso, facilitado una mayor participación de la sociedad civil y reducido la necesidad de informes paralelos.

La presentación de informes en línea también ha permitido ampliar la colaboración entre organismos globales, incluir indicadores alternativos o adicionales, y armonizar los procesos de presentación de informes que solían realizarse por separado (acceso universal, Declaración de Dublín). Los Estados miembros han valorado positivamente esta cuestión. En una encuesta realizada tras la presentación de dichos informes, el 74% de los países que participaron en ella coincidieron en la utilidad de esta nueva vía.

Para promover el uso de los datos, ONUSIDA los ha puesto a disposición del público mediante **AIDSinfo**. La base de datos contiene los últimos datos y estimaciones epidemiológicas sobre el VIH y el sida facilitados por los países y permite hacer un seguimiento de los progresos en torno a los objetivos fijados. Las tablas, mapas y gráficos ayudan a los países a evaluar sus datos y a informar con facilidad sobre cómo están contribuyendo en la consecución de los objetivos mundiales. Los anexos de datos que se presentan en este informe reflejan los datos de AIDSinfo en el momento de publicación del informe.

Los **Informes de progreso presentados por los países** y los **Informes del instrumento de compromisos y políticas nacionales** contienen más información sobre los avances que han realizado los países en la respuesta al sida.

.....

Todos los datos han sido notificados por los Estados miembros, excepto cuando se indique lo contrario. Se recomienda realizar comparaciones entre diferentes momentos y países para los indicadores epidemiológicos, los indicadores sobre la cobertura del tratamiento antirretrovírico y los programas de PTMI, y para los indicadores derivados de encuestas representativas. Para otros tipos de datos, las comparaciones deben llevarse a cabo con cuidado debido a la posibilidad de que haya variaciones en las metodologías y la representación de datos utilizadas en diferentes países y años.

PREVALENCIA ESTIMADA DEL VIH ADULTOS (ENTRE 15 Y 49 AÑOS DE EDAD)

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
EL CARIBE						
Bahamas	3,50	3,30	3,60	2,80	2,60	3,00
Barbados	0,80	0,60	1,00	0,90	0,70	1,10
Cuba	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,20	0,20	0,20
República Dominicana	1,00	0,90	1,20	0,70	0,60	0,80
Haití	2,60	2,20	3,00	1,80	1,50	2,10
Jamaica	2,40	1,90	3,00	1,80	1,40	2,30
Trinidad y Tabago	1,30	1,20	1,40	1,50	1,40	1,60
ASIA ORIENTAL						
China	...	...	...	< 0,1	< 0,1	0,10
Japón	< 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	0,10
Mongolia	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL						
Armenia	0,20	< 0,1	0,70	0,20	0,10	0,40
Azerbaiyán	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,10
Belarús	< 0,1	< 0,1	0,20	0,40	0,30	0,60
Georgia	< 0,1	< 0,1	0,10	0,20	0,10	0,30
Kazajstán	< 0,1	< 0,1	0,10	0,20	0,20	0,20
Kirguistán	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,40	0,30	0,60
República de Moldova	0,40	0,30	0,50	0,50	0,40	0,60
Federación de Rusia	...	0,50	0,80	...	0,80	1,40
Tayikistán	0,20	< 0,1	0,40	0,30	0,20	0,40
Ucrania	0,80	0,60	1,10	0,80	0,60	1,00
AMÉRICA LATINA						
Argentina	0,30	0,30	0,40	0,40	0,30	0,50
Belice	2,30	1,40	3,70	2,30	2,00	2,60
Bolivia	0,50	0,30	0,70	0,30	0,10	0,50
Brasil	0,40	0,40	0,40	0,30	0,30	0,40
Chile	0,50	0,30	0,80	0,50	0,30	0,70
Colombia	0,50	0,30	0,80	0,50	0,30	0,80
Costa Rica	0,20	0,20	0,20	0,30	0,20	0,30
Ecuador	0,40	0,10	0,90	0,40	0,20	1,10
El Salvador	0,40	0,20	0,70	0,60	0,30	1,60
Guatemala	0,50	0,20	1,40	0,80	0,20	3,50
Guyana	1,90	1,30	2,70	1,10	0,80	1,50
Honduras	...	1,40	2,40	...	0,50	0,90
México	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,30
Nicaragua	< 0,1	< 0,1	0,20	0,20	0,10	0,50
Panamá	1,40	0,90	2,30	0,80	0,50	1,30
Paraguay	0,10	< 0,1	0,30	0,30	0,10	0,80
Perú	0,50	0,40	0,70	0,40	0,20	1,10

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>



	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
Suriname	2,70	1,80	3,90	1,00	0,70	1,50
Uruguay	0,60	0,30	2,00	0,60	0,20	2,00
Venezuela	0,40	0,20	1,00	0,50	0,30	1,30
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL						
Argelia	...	< 0,1	< 0,1	...	0,10	0,10
Djibouti	2,70	2,20	3,20	1,40	1,10	2,00
Egipto	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Irán	0,10	0,10	0,10	0,20	0,10	0,20
Líbano	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,10
Marruecos	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,20	0,10	0,20
Somalia	0,80	0,60	1,20	0,70	0,40	1,00
Sudán	0,50	0,40	0,70	0,40	0,30	0,50
Túnez	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Yemen	0,10	< 0,1	0,20	0,20	0,10	0,20
OCEANÍA						
Australia	0,10	0,10	0,20	0,20	0,10	0,20
Fiji	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	< 0,1	0,10
Nueva Zelanda	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	0,10
Papua Nueva Guinea	0,80	0,60	1,10	0,70	0,60	0,80
ÁFRICA SUBSAHARIANA						
Angola	1,70	1,20	2,60	2,10	1,50	3,20
Benin	1,70	1,40	2,00	1,20	1,10	1,40
Botswana	27,00	25,70	28,40	23,40	22,30	24,60
Burkina Faso	2,10	1,80	2,60	1,10	1,00	1,50
Burundi	3,50	3,10	4,10	1,30	1,20	1,60
Camerún	5,10	4,70	5,60	4,60	4,30	5,00
Cabo Verde	1,00	0,70	1,40	1,00	0,70	1,40
República Centroafricana	8,10	7,10	8,90	4,60	3,20	5,00
Chad	3,70	3,00	4,60	3,10	2,70	4,20
Comoras	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	< 0,1	0,10
Congo	3,80	3,30	4,40	3,30	2,90	3,70
Côte d'Ivoire	6,20	5,60	6,70	3,00	2,70	3,40
Guinea Ecuatorial	2,50	1,90	3,00	4,70	4,30	6,80
Eritrea	1,10	0,70	2,00	0,60	0,30	1,50
Etiopía	3,60	3,30	3,90	1,40	1,30	1,60
Gabón	5,20	3,60	7,40	5,00	3,60	7,50
Gambia	0,80	0,40	1,80	1,50	0,70	2,90
Ghana	2,20	1,90	2,50	1,50	1,30	1,70
Guinea	1,50	1,10	2,10	1,40	1,10	1,80
Guinea Bissau	1,40	1,00	1,80	2,50	2,10	3,00
Kenya	8,50	8,20	8,80	6,20	5,90	6,30
Lesotho	23,40	22,40	24,50	23,30	22,50	24,30

PREVALENCIA ESTIMADA DEL VIH ADULTOS (ENTRE 15 Y 49 AÑOS DE EDAD)

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
Liberia	2,50	1,70	3,30	1,00	0,80	1,40
Madagascar	0,30	0,20	0,60	0,30	0,20	0,40
Malawi	13,80	12,80	14,70	10,00	9,50	10,60
Malí	1,60	1,30	2,00	1,10	0,80	1,50
Mauritania	0,60	0,40	1,20	1,10	0,60	2,00
Mauricio	0,90	0,60	1,30	1,00	0,70	1,40
Mozambique	9,70	8,70	11,00	11,30	10,00	12,70
Namibia	15,50	12,40	18,90	13,40	10,80	16,40
Níger	0,80	0,80	1,00	0,80	0,70	0,90
Nigeria	3,70	3,00	4,10	3,70	3,30	4,00
Rwanda	4,10	3,60	4,70	2,90	2,60	3,50
Santo Tomé y Príncipe	0,90	0,70	1,20	1,00	0,60	1,40
Senegal	0,50	0,40	0,60	0,70	0,60	0,90
Sierra Leona	0,90	0,60	1,30	1,60	1,20	2,20
Sudáfrica	15,90	15,10	16,80	17,30	16,60	18,10
Sudán del Sur	...	...	...	3,10	2,10	4,20
Swazilandia	22,20	20,80	23,50	26,00	24,80	27,20
Tanzania	7,20	6,80	7,70	5,80	5,40	6,20
Togo	4,10	3,10	5,10	3,40	2,70	4,30
Uganda	6,90	6,20	7,20	7,20	6,90	7,70
Zambia	14,40	13,50	15,40	12,50	11,70	13,80
Zimbabwe	25,00	23,80	26,00	14,90	14,30	15,70
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL						
Afganistán	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
Bangladesh	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Bhután	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,30	0,20	0,60
Camboya	1,20	0,90	1,60	0,60	0,50	0,90
Indonesia	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,30	0,20	0,40
República Democrática Popular Lao	0,10	< 0,1	0,30	0,30	0,20	0,40
Malasia	0,40	0,20	0,50	0,40	0,40	0,40
Maldivas	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Myanmar	0,80	0,70	0,90	0,60	0,50	0,80
República Federal Democrática de Nepal	0,40	0,20	0,70	0,30	0,20	0,70
Pakistán	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	0,30
Filipinas	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Singapur	0,10	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,10
Sri Lanka	< 0,1	< 0,1	0,60	< 0,1	< 0,1	0,10
Tailandia	1,70	1,70	1,70	1,20	1,10	1,20
Viet Nam	0,30	0,20	0,30	0,50	0,40	0,60

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE						
Austria	0,10	< 0,1	0,20	0,40	0,30	0,50
Bélgica	0,20	0,10	0,20	0,30	0,30	0,40
Bulgaria	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	0,10
Canadá	0,30	0,20	0,30	0,30	0,30	0,40
Croacia	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
República Checa	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Dinamarca	0,10	0,10	0,10	0,20	0,20	0,20
Estonia	0,60	0,50	0,80	1,30	1,10	1,60
Finlandia	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	0,10
Francia	0,40	0,30	0,40	0,40	0,30	0,50
Alemania	0,10	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,20
Grecia	0,10	0,10	0,20	0,20	0,10	0,20
Hungría	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	< 0,1	0,10
Islandia	0,20	0,20	0,30	0,30	0,20	0,30
Irlanda	0,20	0,20	0,30	0,30	0,20	0,40
Israel	0,20	0,10	0,20	0,20	0,10	0,20
Italia	0,40	0,30	0,60	0,40	0,30	0,50
Letonia	0,40	0,30	0,50	0,70	0,50	1,00
Lituania	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	0,10
Luxemburgo	0,30	0,20	0,30	0,30	0,20	0,40
Malta	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,10
Países Bajos	0,20	0,20	0,30	0,20	0,20	0,40
Noruega	0,10	0,10	0,20	0,10	0,10	0,20
Polonia	0,10	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,20
Portugal	0,60	0,40	0,80	0,70	0,60	1,00
Rumania	0,10	< 0,1	0,20	0,10	0,10	0,10
Serbia	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,10
Eslovaquia	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Eslovenia	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	< 0,1	0,10
España	0,50	0,40	0,50	0,40	0,40	0,50
Suecia	0,20	0,10	0,20	0,20	0,10	0,20
Suiza	0,30	0,30	0,40	0,40	0,30	0,50
Turquía	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Reino Unido	0,20	0,10	0,20	0,30	0,20	0,30
Estados Unidos de América	0,60	0,50	0,80	0,60	0,50	1,00

PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
EL CARIBE						
Bahamas	6 500	6 100	6 900	6 500	6 000	7 000
Barbados	1 200	< 1 000	1 500	1 400	1 100	1 700
Cuba	3 600	3 000	4 700	14 000	12 000	16 000
República Dominicana	52 000	43 000	59 000	44 000	37 000	50 000
Haití	130 000	110 000	150 000	120 000	96 000	130 000
Jamaica	36 000	29 000	46 000	30 000	24 000	39 000
Trinidad y Tabago	11 000	9 900	12 000	13 000	12 000	15 000
ASIA ORIENTAL						
China	...	...	...	780 000	620 000	940 000
Japón	6 200	5 000	7 700	7 900	6 100	10 000
República de Corea	7 200	5 400	8 800	15 000	12 000	19 000
Mongolia	< 100	< 100	< 100	< 1 000	< 1 000	< 1 000
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL						
Armenia	3 500	1 500	12 000	3 600	2 100	7 000
Azerbaiyán	3 000	1 700	5 300	6 700	5 000	8 800
Belarús	4 900	2 200	10 000	20 000	15 000	30 000
Georgia	1 100	< 500	2 800	4 900	2 300	7 800
Kazajstán	9 200	7 100	12 000	19 000	17 000	23 000
Kirguistán	< 1 000	< 500	1 300	12 000	8 700	19 000
República de Moldova	11 000	9 400	14 000	15 000	12 000	17 000
Federación de Rusia	...	510 000	790 000	...	730 000	1 300 000
Tayikistán	5 400	1 300	14 000	11 000	7 600	15 000
Ucrania	250 000	190 000	330 000	230 000	180 000	310 000
AMÉRICA LATINA						
Argentina	66 000	51 000	82 000	95 000	79 000	120 000
Belice	3 400	2 000	5 400	4 600	4 000	5 300
Bolivia	26 000	18 000	39 000	17 000	8 800	30 000
Brasil	450 000	400 000	510 000	490 000	430 000	570 000
Chile	42 000	28 000	70 000	51 000	34 000	73 000
Colombia	130 000	83 000	190 000	150 000	90 000	240 000
Costa Rica	5 000	3 800	5 900	8 800	7 200	10 000
Ecuador	32 000	8 700	74 000	35 000	19 000	84 000
El Salvador	12 000	6 300	22 000	24 000	12 000	59 000
Guatemala	28 000	7 900	78 000	65 000	19 000	280 000
Guyana	8 900	6 100	12 000	6 200	5 600	7 000
Honduras	64 000	50 000	86 000	33 000	25 000	45 000
México	140 000	130 000	160 000	180 000	160 000	200 000
Nicaragua	2 200	1 200	8 600	7 600	3 300	19 000
Panamá	25 000	17 000	41 000	18 000	12 000	29 000
Paraguay	4 400	2 800	8 400	13 000	5 700	32 000

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
Perú	79 000	56 000	110 000	74 000	38 000	200 000
Suriname	7 900	5 400	12 000	3 400	2 400	5 400
Uruguay	11 000	5 100	33 000	12 000	6 000	33 000
Venezuela	58 000	26 000	150 000	99 000	51 000	230 000
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL						
Argelia	...	5 000	9 100	...	13 000	28 000
Djibouti	12 000	9 700	15 000	9 200	7 100	12 000
Egipto	9 100	4 000	22 000	9 500	5 600	18 000
Irán	56 000	48 000	65 000	96 000	80 000	120 000
Líbano	1 500	< 1 000	2 700	2 900	1 900	4 000
Marruecos	12 000	8 200	15 000	32 000	21 000	46 000
Somalía	34 000	24 000	49 000	35 000	23 000	52 000
Sudán	69 000	53 000	87 000	69 000	56 000	84 000
Túnez	< 1 000	< 500	< 1 000	1 700	1 500	1 900
Yemen	10 000	7 000	15 000	22 000	19 000	25 000
OCEANÍA						
Australia	13 000	11 000	16 000	22 000	18 000	27 000
Fiji	< 100	< 100	< 100	< 500	< 200	< 500
Nueva Zelandia	1 600	1 400	2 000	2 600	2 200	3 400
Papua Nueva Guinea	24 000	17 000	33 000	28 000	24 000	33 000
ÁFRICA SUBSAHARIANA						
Angola	130 000	92 000	200 000	230 000	160 000	340 000
Benin	66 000	52 000	79 000	64 000	56 000	73 000
Botswana	270 000	250 000	290 000	300 000	280 000	310 000
Burkina Faso	150 000	130 000	190 000	120 000	100 000	150 000
Burundi	130 000	120 000	150 000	80 000	72 000	93 000
Camerún	450 000	410 000	500 000	550 000	510 000	600 000
Cabo Verde	2 700	1 900	3 800	3 300	2 400	4 700
República Centroafricana	170 000	140 000	190 000	130 000	100 000	130 000
Chad	170 000	140 000	220 000	210 000	180 000	280 000
Comoras	< 100	< 100	< 100	< 500	< 500	< 500
Congo	74 000	65 000	85 000	83 000	74 000	92 000
Côte d'Ivoire	560 000	510 000	620 000	360 000	320 000	400 000
Guinea Ecuatorial	7 900	5 900	10 000	20 000	17 000	29 000
Eritrea	23 000	14 000	45 000	23 000	13 000	52 000
Etiopía	1 300 000	1 200 000	1 400 000	790 000	720 000	870 000
Gabón	35 000	24 000	49 000	46 000	34 000	67 000
Gambia	5 700	2 500	12 000	14 000	7 300	28 000
Ghana	250 000	210 000	280 000	230 000	200 000	260 000
Guinea	72 000	50 000	100 000	85 000	68 000	100 000
Guinea Bissau	9 800	7 100	13 000	24 000	20 000	28 000

PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
Kenya	1 600 000	1 500 000	1 700 000	1 600 000	1 500 000	1 700 000
Lesotho	250 000	240 000	270 000	320 000	300 000	340 000
Liberia	39 000	25 000	52 000	25 000	21 000	32 000
Madagascar	22 000	16 000	56 000	34 000	26 000	47 000
Malawi	860 000	790 000	930 000	910 000	850 000	970 000
Malí	110 000	85 000	130 000	110 000	83 000	140 000
Mauritania	10 000	6 100	19 000	24 000	13 000	41 000
Mauricio	6 600	4 300	9 800	7 400	5 200	10 000
Mozambique	850 000	760 000	980 000	1 400 000	1 200 000	1 600 000
Namibia	160 000	130 000	200 000	190 000	160 000	230 000
Níger	45 000	40 000	51 000	65 000	57 000	70 000
Nigeria	2 500 000	2 100 000	2 900 000	3 400 000	3 000 000	3 800 000
Rwanda	220 000	200 000	260 000	210 000	180 000	250 000
Santo Tomé y Príncipe	< 1 000	< 1 000	1 000	< 1 000	< 1 000	1 400
Senegal	24 000	18 000	31 000	53 000	43 000	65 000
Sierra Leona	21 000	15 000	31 000	49 000	39 000	69 000
Sudáfrica	4 400 000	4 100 000	4 700 000	5 600 000	5 300 000	5 900 000
Sudán del Sur	...	...	...	150 000	100 000	200 000
Swazilandia	120 000	120 000	130 000	190 000	180 000	200 000
Tanzanía	1 400 000	1 300 000	1 600 000	1 600 000	1 500 000	1 700 000
Togo	120 000	95 000	150 000	150 000	120 000	190 000
Uganda	990 000	900 000	1 100 000	1 400 000	1 300 000	1 500 000
Zambia	860 000	800 000	930 000	970 000	900 000	1 100 000
Zimbabwe	1 800 000	1 700 000	1 900 000	1 200 000	1 200 000	1 300 000
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL						
Afganistán	2 000	1 000	4 500	5 800	3 200	17 000
Bangladesh	2 200	1 300	4 700	7 700	4 900	16 000
Bhután	< 100	< 100	< 500	1 300	< 1 000	2 500
Camboya	85 000	62 000	120 000	64 000	52 000	96 000
Indonesia	12 000	< 100	34 000	380 000	240 000	570 000
República Democrática Popular Lao	3 200	< 1 000	7 800	10 000	8 200	15 000
Malasia	58 000	38 000	81 000	81 000	72 000	89 000
Maldivas	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Myanmar	230 000	200 000	260 000	220 000	180 000	260 000
República Federal Democrática de Nepal	43 000	27 000	78 000	49 000	32 000	100 000
Pakistán	12 000	8 500	19 000	130 000	76 000	260 000
Filipinas	2 400	< 1 000	3 500	19 000	16 000	24 000
Singapur	2 700	2 100	3 500	3 400	2 900	4 500
Sri Lanka	1 900	1 500	74 000	4 200	3 400	11 000
Tailandia	630 000	590 000	690 000	490 000	450 000	550 000
Viet Nam	110 000	90 000	140 000	250 000	200 000	330 000

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE						
Austria	5 500	4 000	7 300	18 000	13 000	24 000
Bélgica	9 300	7 100	12 000	20 000	16 000	26 000
Bulgaria	1 700	1 300	2 300	3 900	2 700	5 700
Canadá	48 000	40 000	57 000	71 000	63 000	89 000
Croacia	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 200	< 1 000	1 500
República Checa	1 400	1 200	1 600	2 100	1 800	2 300
Dinamarca	3 500	3 000	4 000	6 100	5 300	7 200
Estonia	4 700	3 800	5 700	9 900	8 200	12 000
Finlandia	1 700	1 500	2 000	2 900	2 500	3 500
Francia	120 000	100 000	140 000	160 000	130 000	200 000
Alemania	44 000	40 000	49 000	73 000	66 000	82 000
Grecia	8 500	7 400	9 500	11 000	9 500	13 000
Hungría	3 400	2 600	4 400	4 100	3 100	5 200
Islandia	< 500	< 500	< 500	< 1 000	< 500	< 1 000
Irlanda	4 800	3 700	6 300	7 800	6 300	9 700
Israel	5 500	4 200	7 400	8 500	6 600	11 000
Italia	130 000	100 000	170 000	150 000	120 000	200 000
Letonia	4 900	3 700	6 500	9 100	6 500	13 000
Lituania	< 1 000	< 1 000	1 100	1 500	1 100	2 100
Luxemburgo	< 1 000	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 100
Malta	< 500	< 200	< 500	< 500	< 500	< 500
Países Bajos	19 000	15 000	25 000	25 000	20 000	36 000
Noruega	3 200	2 500	4 400	4 500	3 500	6 200
Polonia	24 000	18 000	32 000	35 000	28 000	46 000
Portugal	34 000	26 000	45 000	48 000	37 000	62 000
Rumania	16 000	12 000	20 000	16 000	13 000	20 000
Serbia	3 100	< 500	4 300	3 500	2 400	5 100
Eslovaquia	< 200	< 200	< 500	< 500	< 500	< 1 000
Eslovenia	< 500	< 200	< 500	< 1 000	< 500	< 1 000
España	120 000	110 000	140 000	150 000	130 000	160 000
Suecia	6 900	5 400	10 000	9 100	7 100	13 000
Suiza	14 000	11 000	18 000	20 000	16 000	27 000
Turquía	1 800	1 400	2 400	5 500	4 000	7 600
Reino Unido	46 000	37 000	57 000	94 000	74 000	120 000
Estados Unidos de América	1 000 000	790 000	1 300 000	1 300 000	1 000 000	2 000 000

PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH (MÁS DE 15 AÑOS)

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
EL CARIBE						
Bahamas	6 400	6 000	6 800	6 200	5 800	6 800
Barbados	1 200	< 1 000	1 500	1 400	1 100	1 700
Cuba	3 500	2 900	4 600	14 000	12 000	16 000
República Dominicana	49 000	41 000	56 000	41 000	35 000	47 000
Haití	110 000	96 000	130 000	100 000	84 000	120 000
Jamaica	35 000	29 000	44 000	29 000	23 000	38 000
Trinidad y Tabago	11 000	9 700	12 000	13 000	12 000	14 000
ASIA ORIENTAL						
China	...	...	...	771 000	610 000	930 000
Japón	6 200	5 000	7 700	7 900	6 100	10 000
República de Corea	7 200	5 400	8 800	15 000	12 000	19 000
Mongolia	< 100	< 100	< 100	< 1 000	< 1 000	< 1 000
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL						
Armenia	3 500	1 500	12 000	3 600	2 100	7 000
Azerbaiyán	3 000	1 700	5 300	6 700	5 000	8 800
Belarús	4 900	2 000	10 000	20 000	15 000	30 000
Georgia	1 100	< 500	2 800	4 900	2 200	7 900
Kazajstán	9 100	7 100	12 000	19 000	17 000	23 000
Kirguistán	< 1 000	< 500	1 200	12 000	8 400	19 000
República de Moldova	11 000	9 300	14 000	14 000	12 000	17 000
Federación de Rusia		500 000	780 000		720 000	1 300 000
Tayikistán	5 200	1 600	13 000	9 900	6 200	16 000
Ucrania	250 000	190 000	330 000	230 000	180 000	300 000
AMÉRICA LATINA						
Argentina	65 000	50 000	81 000	92 000	75 000	110 000
Belice	3 200	2 000	5 100	4 400	3 800	5 000
Bolivia	22 000	15 000	32 000	16 000	8 200	29 000
Brasil	430 000	380 000	490 000	470 000	410 000	550 000
Chile	42 000	28 000	69 000	50 000	34 000	73 000
Colombia	130 000	81 000	190 000	150 000	89 000	230 000
Costa Rica	4 900	3 800	5 800	8 700	7 100	10 000
Ecuador	29 000	9 300	63 000	33 000	16 000	81 000
El Salvador	11 000	6 300	21 000	24 000	12 000	58 000
Guatemala	27 000	8 600	74 000	62 000	18 000	270 000
Guyana	8 400	5 800	12 000	5 900	4 500	8 100
Honduras	57 000	43 000	76 000	29 000	22 000	40 000
México	140 000	130 000	160 000	180 000	160 000	200 000
Nicaragua	1 900	1 000	6 300	7 000	3 100	18 000
Panamá	24 000	16 000	40 000	17 000	11 000	28 000
Paraguay	4 200	2 700	7 900	12 000	5 500	31 000

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
Perú	76 000	53 000	100 000	70 000	36 000	190 000
Suriname	7 500	5 100	11 000	3 100	2 200	4 900
Uruguay	11 000	4 900	33 000	12 000	5 900	33 000
Venezuela	55 000	25 000	140 000	97 000	49 000	220 000
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL						
Argelia	...	4 800	8 900	...	12 000	28 000
Djibouti	11 000	9 000	13 000	8 000	6 100	11 000
Egipto	9 000	4 000	22 000	9 400	5 500	18 000
Irán	56 000	48 000	64 000	96 000	79 000	120 000
Líbano	1 400	< 1 000	2 500	2 700	1 800	3 900
Marruecos	11 000	7 900	15 000	31 000	20 000	44 000
Somalia	30 000	21 000	43 000	30 000	20 000	45 000
Sudán	67 000	52 000	85 000	65 000	53 000	79 000
Túnez	< 1 000	< 500	< 1 000	1 700	1 500	1 900
Yemen	10 000	6 700	15 000	20 000	17 000	24 000
OCEANÍA						
Australia	13 000	11 000	16 000	22 000	18 000	27 000
Fiji	< 100	< 100	< 100	< 500	< 200	< 500
Nueva Zelanda	1 600	1 300	2 000	2 600	2 200	3 400
Papua Nueva Guinea	22 000	16 000	30 000	24 000	21 000	29 000
ÁFRICA SUBSAHARIANA						
Angola	110 000	80 000	180 000	190 000	140 000	300 000
Benin	53 000	44 000	62 000	55 000	48 000	63 000
Botswana	250 000	240 000	270 000	280 000	270 000	300 000
Burkina Faso	120 000	110 000	150 000	94 000	84 000	120 000
Burundi	110 000	96 000	130 000	61 000	53 000	70 000
Camerún	410 000	370 000	460 000	490 000	460 000	530 000
Cabo Verde	2 200	1 500	3 000	2 800	2 000	3 900
República Centroafricana	150 000	130 000	160 000	110 000	75 000	120 000
Chad	150 000	120 000	190 000	180 000	150 000	240 000
Comoras	< 100	< 100	< 100	< 500	< 200	< 500
Congo	61 000	54 000	70 000	71 000	63 000	78 000
Côte d'Ivoire	490 000	440 000	530 000	300 000	270 000	340 000
Guinea Ecuatorial	6 800	5 200	8 600	17 000	15 000	26 000
Eritrea	21 000	13 000	40 000	19 000	11 000	45 000
Etiopía	1 100 000	1 000 000	1 200 000	610 000	560 000	680 000
Gabón	33 000	22 000	47 000	43 000	31 000	62 000
Gambia	5 200	2 300	11 000	12 000	6 600	25 000
Ghana	220 000	190 000	260 000	200 000	170 000	230 000
Guinea	64 000	45 000	88 000	73 000	58 000	92 000
Guinea Bissau	8 800	6 300	12 000	21 000	17 000	24 000

PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH (MÁS DE 15 AÑOS)

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
Kenya	1 400 000	1 300 000	1 500 000	1 400 000	1 300 000	1 500 000
Lesotho	230 000	220 000	250 000	280 000	270 000	290 000
Liberia	35 000	23 000	47 000	20 000	16 000	27 000
Madagascar	20 000	14 000	50 000	31 000	24 000	41 000
Malawi	740 000	680 000	790 000	740 000	690 000	790 000
Malí	93 000	75 000	110 000	92 000	70 000	120 000
Mauritania	9 100	5 600	17 000	22 000	12 000	39 000
Mauricio	6 500	4 300	9 800	7 400	5 100	10 000
Mozambique	770 000	680 000	880 000	1 200 000	1 100 000	1 300 000
Namibia	150 000	120 000	190 000	170 000	140 000	210 000
Níger	39 000	35 000	45 000	55 000	48 000	60 000
Nigeria	2 300 000	1 900 000	2 600 000	3 000 000	2 600 000	3 300 000
Rwanda	190 000	160 000	220 000	180 000	160 000	220 000
Santo Tomé y Príncipe	< 1 000	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 300
Senegal	22 000	16 000	28 000	48 000	39 000	59 000
Sierra Leona	20 000	14 000	29 000	44 000	35 000	64 000
Sudáfrica	4 200 000	3 900 000	4 500 000	5 100 000	4 900 000	5 400 000
Sudán del Sur	...	...	...	130 000	88 000	180 000
Swazilandia	120 000	110 000	120 000	170 000	160 000	180 000
Tanzanía	1 200 000	1 200 000	1 300 000	1 300 000	1 200 000	1 500 000
Togo	110 000	85 000	140 000	130 000	100 000	160 000
Uganda	780 000	700 000	830 000	1 200 000	1 100 000	1 300 000
Zambia	690 000	640 000	750 000	800 000	740 000	880 000
Zimbabwe	1 600 000	1 500 000	1 700 000	1 000 000	990 000	1 100 000
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL						
Afganistán	2 000	< 1 000	4 300	5 600	3 100	17 000
Bangladesh	2 100	1 200	4 500	7 700	4 800	16 000
Bhután	< 100	< 100	< 500	1 200	< 1 000	2 500
Camboya	77 000	57 000	110 000	56 000	45 000	86 000
Indonesia	11 000	< 100	34 000	370 000	230 000	560 000
República Democrática Popular Lao	3 100	< 1 000	7 600	9 700	7 700	13 000
Malasia	57 000	37 000	80 000	80 000	70 000	88 000
Maldivas	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Myanmar	220 000	190 000	250 000	210 000	180 000	250 000
República Federal Democrática de Nepal	42 000	27 000	76 000	47 000	30 000	96 000
Pakistán	12 000	8 300	18 000	130 000	74 000	250 000
Filipinas	2 400	< 1 000	3 400	19 000	16 000	24 000
Singapur	2 600	2 000	3 400	3 300	2 700	4 200
Sri Lanka	1 900	1 400	68 000	4 100	3 300	9 900
Tailandia	620 000	570 000	680 000	480 000	440 000	540 000
Viet Nam	110 000	89 000	140 000	240 000	190 000	330 000

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE						
Austria	5 500	3 900	7 300	17 000	13 000	24 000
Bélgica	9 300	7 100	12 000	20 000	16 000	26 000
Bulgaria	1 700	1 200	2 200	3 800	2 600	5 600
Canadá	48 000	40 000	57 000	71 000	63 000	89 000
Croacia	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 200	< 1 000	1 500
República Checa	1 400	1 200	1 600	2 100	1 800	2 300
Dinamarca	3 500	3 000	4 000	6 100	5 300	7 200
Estonia	4 700	3 800	5 700	9 800	8 200	12 000
Finlandia	1 700	1 500	2 000	2 900	2 500	3 500
Francia	120 000	100 000	140 000	160 000	130 000	200 000
Alemania	44 000	40 000	49 000	73 000	66 000	82 000
Grecia	8 500	7 400	9 500	11 000	9 500	13 000
Hungría	3 300	2 600	4 300	4 100	3 100	5 200
Islandia	< 500	< 500	< 500	< 1 000	< 500	< 1 000
Irlanda	4 800	3 600	6 300	7 800	6 200	9 700
Israel	5 500	4 100	7 400	8 500	6 600	11 000
Italia	130 000	99 000	170 000	150 000	120 000	200 000
Letonia	4 900	3 700	6 500	9 100	6 400	13 000
Lituania	< 1 000	< 1 000	1 100	1 400	1 100	2 000
Luxemburgo	< 1 000	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 100
Malta	< 500	< 200	< 500	< 500	< 500	< 500
Países Bajos	19 000	15 000	25 000	25 000	20 000	36 000
Noruega	3 200	2 500	4 400	4 500	3 500	6 200
Polonia	24 000	18 000	32 000	35 000	28 000	46 000
Portugal	34 000	26 000	45 000	48 000	37 000	62 000
Rumania	15 000	12 000	20 000	16 000	13 000	19 000
Serbia	2 900	< 500	4 100	3 500	2 300	5 000
Eslovaquia	< 200	< 200	< 500	< 500	< 500	< 1 000
Eslovenia	< 500	< 200	< 500	< 1 000	< 500	< 1 000
España	120 000	110 000	140 000	150 000	130 000	160 000
Suecia	6 900	5 400	10 000	9 100	7 100	13 000
Suiza	14 000	11 000	17 000	20 000	16 000	27 000
Turquía	1 800	1 300	2 400	5 400	3 900	7 500
Reino Unido	46 000	37 000	57 000	94 000	74 000	120 000
Estados Unidos de América	1 000 000	790 000	1 300 000	1 300 000	1 000 000	2 000 000

ESTIMACIÓN DE NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH (TODAS LAS EDADES)

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
EL CARIBE						
Bahamas	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 500	< 500	< 500
Barbados	< 200	< 100	< 200	< 100	< 100	< 100
República Dominicana	4 900	3 900	6 000	1 500	< 1 000	2 300
Haití	12 000	10 000	14 000	6 400	4 000	8 700
Jamaica	2 900	2 100	4 000	2 000	1 300	3 000
Trinidad y Tabago	1 200	1 100	1 400	< 1 000	< 1 000	< 1 000
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL						
Belarús	2 100	< 1 000	5 400	1 900	< 1 000	11 000
Georgia	< 500	< 100	< 500	< 1 000	< 100	1 600
Kazajstán	1 600	1 300	2 200	2 700	2 400	3 400
Kirguistán	< 500	< 200	< 500	3 000	2 100	4 300
República de Moldova	1 100	< 1 000	1 500	1 900	1 400	2 400
Tayikistán	1 000	< 500	1 600	1 500	< 200	4 300
AMÉRICA LATINA						
Belice	< 500	< 500	< 1 000	< 500	< 200	< 500
México	12 000	11 000	15 000	9 900	7 000	15 000
Suriname	< 500	< 500	< 1 000	< 100	< 100	< 200
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL						
Djibouti	1 300	< 1 000	1 700	< 1 000	< 500	1 200
OCEANÍA						
Papua Nueva Guinea	2 900	2 300	3 500	1 700	1 100	2 600
ÁFRICA SUBSAHARIANA						
Angola	20 000	14 000	30 000	23 000	14 000	37 000
Benin	5 300	4 400	6 400	4 900	3 600	6 400
Botswana	27 000	26 000	30 000	9 000	7 100	12 000
Burkina Faso	13 000	11 000	17 000	7 100	5 700	10 000
Burundi	6 900	5 700	9 600	3 000	1 900	4 200
Camerún	57 000	51 000	65 000	43 000	36 000	50 000
República Centroafricana	15 000	13 000	17 000	8 200	2 000	10 000
Congo	7 200	6 300	8 100	7 900	6 700	9 100
Etiopía	130 000	110 000	140 000	24 000	18 000	34 000
Gabón	4 900	3 400	7 100	3 000	1 600	5 200
Gambia	1 200	< 1 000	2 500	1 300	< 1 000	3 600
Ghana	28 000	24 000	34 000	13 000	9 400	18 000
Guinea Bissau	1 800	1 400	2 300	2 900	2 200	3 800
Kenya	140 000	130 000	150 000	100 000	97 000	110 000
Lesotho	26 000	24 000	29 000	26 000	24 000	28 000
Malawi	100 000	94 000	110 000	46 000	40 000	56 000
Malí	12 000	9 200	15 000	8 600	5 000	14 000

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
Mozambique	140 000	120 000	160 000	130 000	100 000	150 000
Namibia	23 000	18 000	28 000	8 800	5 000	15 000
Níger	6 200	5 400	7 300	6 400	5 300	7 600
Nigeria	310 000	270 000	360 000	340 000	270 000	400 000
Rwanda	19 000	16 000	24 000	10 000	6 700	19 000
Sierra Leona	4 500	3 600	5 500	3 900	1 800	10 000
Sudáfrica	610 000	560 000	660 000	380 000	350 000	420 000
Swazilandia	19 000	18 000	21 000	13 000	11 000	16 000
Tanzanía	140 000	130 000	150 000	150 000	130 000	170 000
Togo	17 000	13 000	21 000	9 500	6 600	14 000
Uganda	99 000	89 000	110 000	150 000	130 000	170 000
Zambia	110 000	97 000	110 000	51 000	41 000	69 000
Zimbabwe	140 000	130 000	160 000	74 000	67 000	90 000
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL						
Bangladesh	< 500	< 200	< 1 000	1 300	< 500	4 300
Camboya	6 200	4 100	10 000	1 100	< 500	4 000
Indonesia	5 600	< 100	14 000	55 000	32 000	110 000
Malasia	8 000	6 200	11 000	6 500	4 600	9 100
Myanmar	28 000	23 000	34 000	8 800	7 000	11 000
República Federal Democrática de Nepal	10 000	6 500	19 000	1 400	< 1 000	3 300
Filipinas	< 1 000	< 500	< 1 000	5 500	3 600	9 600
Sri Lanka	< 500	< 500	< 1 000	< 1 000	< 500	< 1 000
Tailandia	20 000	18 000	29 000	9 700	6 200	14 000
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE						
Francia	5 300	3 800	7 100	6 100	3 000	9 500
Estados Unidos de América	48 000	32 000	69 000	49 000	17 000	110 000

ESTIMACIÓN DE NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH (TODAS LAS EDADES)

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
EL CARIBE						
Barbados	< 200	< 100	< 200	< 100	< 100	< 100
República Dominicana	4 300	3 300	5 400	1 400	< 1 000	2 300
Haití	9 300	7 800	11 000	5 400	3 400	7 500
Jamaica	2 700	1 900	3 800	2 000	1 300	2 900
Trinidad y Tabago	1 200	1 100	1 300	< 1 000	< 1 000	< 1 000
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL						
Belarús	2 100	< 1 000	5 400	1 900	< 1 000	11 000
Georgia	< 500	< 100	< 500	< 1 000	< 100	1 600
Kazajstán	1 600	1 300	2 200	2 600	2 300	3 300
Kirguistán	< 500	< 200	< 500	2 900	2 000	4 200
República de Moldova	1 100	< 1 000	1 400	1 900	1 400	2 300
Tayikistán	< 1 000	< 500	1 700	1 400	< 200	4 200
AMÉRICA LATINA						
Belice	< 500	< 500	< 1 000	< 500	< 200	< 500
México	12 000	10 000	15 000	9 700	6 800	15 000
Suriname	< 500	< 200	< 1 000	< 100	< 100	< 200
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL						
Djibouti	1 000	< 1 000	1 400	< 1 000	< 500	< 1 000
OCEANÍA						
Papua Nueva Guinea	2 400	1 900	2 900	1 400	< 1 000	2 300
ÁFRICA SUBSAHARIANA						
Angola	16 000	11 000	24 000	18 000	10 000	29 000
Benin	3 500	2 700	4 800	3 900	2 700	5 200
Botswana	23 000	21 000	26 000	8 500	6 600	11 000
Burkina Faso	8 600	7 200	12 000	4 900	3 800	7 100
Burundi	2 500	1 100	5 000	1 900	< 1 000	2 700
Camerún	48 000	42 000	55 000	36 000	29 000	43 000
República Centroafricana	11 000	9 100	13 000	6 300	1 100	7 900
Congo	5 400	4 700	6 200	6 200	5 300	7 300
Etiopía	87 000	75 000	100 000	11 000	6 000	19 000
Gabón	4 400	3 100	6 400	2 700	1 400	4 700
Gambia	1 100	< 500	2 200	1 100	< 500	3 200
Ghana	23 000	19 000	28 000	10 000	7 000	15 000
Guinea Bissau	1 500	1 200	2 000	2 300	1 700	3 100
Kenya	97 000	90 000	110 000	91 000	86 000	100 000
Lesotho	19 000	18 000	22 000	22 000	20 000	24 000
Malawi	77 000	70 000	86 000	31 000	26 000	39 000
Malí	9 600	6 300	13 000	7 300	3 900	12 000
Mozambique	110 000	99 000	130 000	100 000	80 000	120 000

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
Namibia	20 000	16 000	24 000	8 000	4 500	14 000
Níger	4 900	4 100	5 800	4 900	3 900	6 300
Nigeria	240 000	210 000	290 000	270 000	210 000	330 000
Rwanda	13 000	10 000	18 000	8 400	5 300	16 000
Sierra Leona	4 100	3 100	5 100	3 300	1 400	9 100
Sudáfrica	530 000	490 000	590 000	350 000	320 000	400 000
Swazilandia	16 000	15 000	18 000	12 000	10 000	14 000
Tanzanía	97 000	90 000	110 000	120 000	110 000	140 000
Togo	14 000	11 000	18 000	8 200	5 800	12 000
Uganda	71 000	63 000	80 000	120 000	110 000	150 000
Zambia	75 000	68 000	83 000	42 000	32 000	57 000
Zimbabwe	99 000	90 000	120 000	60 000	53 000	75 000
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL						
Bangladesh	< 500	< 200	< 1 000	1 300	< 500	4 300
Camboya	4 700	2 600	8 200	< 1 000	< 100	3 100
Indonesia	5 500	< 100	13 000	53 000	31 000	100 000
Malasia	7 800	6 100	10 000	6 300	4 400	9 000
Myanmar	27 000	22 000	33 000	7 900	6 300	10 000
República Federal Democrática de Nepal	9 900	6 100	18 000	1 100	< 500	2 700
Filipinas	< 1 000	< 500	< 1 000	5 400	3 600	9 600
Sri Lanka	< 500	< 500	< 1 000	< 1 000	< 500	< 1 000
Tailandia	19 000	16 000	27 000	9 300	5 900	14 000
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE						
Francia	5 300	3 800	7 000	6 100	3 000	9 400
Estados Unidos de América	48 000	32 000	69 000	49 000	17 000	110 000

PORCENTAJE DE JÓVENES DE ENTRE 15 Y 24 AÑOS DE EDAD QUE VIVEN CON EL VIH, 2011

	Mujeres			Varones		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
EL CARIBE						
Bahamas	0,50	0,40	0,60	0,30	0,30	0,40
Barbados	0,20	0,10	0,40	0,30	0,20	0,60
Cuba	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	< 0,1	0,20
República Dominicana	0,40	0,20	0,60	0,10	0,10	0,40
Haití	1,10	0,70	1,50	0,40	0,30	0,60
Jamaica	0,60	0,30	1,00	0,90	0,40	2,50
Trinidad y Tabago	1,00	0,70	1,30	0,60	0,50	0,80
ASIA ORIENTAL						
Japón	< 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
Mongolia	0,10	< 0,1	0,10	< 0,1	< 0,1	0,10
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL						
Armenia	0,10	< 0,1	0,30	0,10	0,10	0,40
Azerbaiyán	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Belarús	0,20	0,10	0,40	0,40	0,20	0,80
Georgia	0,10	< 0,1	0,20	0,20	0,10	0,40
Kazajstán	0,10	< 0,1	0,10	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Kirguistán	0,30	0,20	0,40	0,30	0,20	0,50
República de Moldova	0,10	0,10	0,20	0,10	0,10	0,10
Federación de Rusia	...	0,10	0,40	...	0,20	0,40
Tayikistán	0,10	< 0,1	0,30	0,10	0,10	0,30
Ucrania	0,10	0,10	0,20	0,10	< 0,1	0,10
AMÉRICA LATINA						
Argentina	0,20	0,10	0,30	0,20	0,10	0,40
Belice	1,00	0,60	1,60	1,00	0,50	3,00
Bolivia	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,20	0,10	0,50
Brasil	0,10	0,10	0,20	0,10	0,10	0,30
Chile	< 0,1	< 0,1	0,10	0,30	0,10	0,80
Colombia	0,10	0,10	0,30	0,40	0,10	1,20
Costa Rica	0,20	0,10	0,20	0,10	0,10	0,10
Ecuador	0,10	0,10	0,30	0,20	0,10	1,00
El Salvador	0,30	0,10	1,20	0,30	0,10	1,40
Guatemala	0,50	0,10	3,00	0,40	0,10	2,80
Guyana	0,30	0,20	0,40	0,20	0,10	0,30
Honduras	...	0,10	0,20	...	0,10	0,70
México	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,30
Nicaragua	0,20	0,10	0,70	0,10	< 0,1	0,20
Panamá	0,10	0,10	0,30	0,40	0,20	1,10
Paraguay	0,20	0,10	0,50	0,20	0,10	0,90
Perú	0,10	< 0,1	0,50	0,20	0,10	1,20

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	Mujeres			Varones		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
Suriname	0,20	0,10	0,50	0,20	0,10	0,50
Uruguay	0,20	0,10	0,60	0,40	0,10	1,50
Venezuela	0,10	< 0,1	0,40	0,40	0,10	1,40
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL						
Argelia	...	< 0,1	0,10	...	< 0,1	0,20
Djibouti	0,30	0,20	0,50	0,10	0,10	0,20
Egipto	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
Irán	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
Líbano	0,10	< 0,1	0,20	0,10	< 0,1	0,20
Marruecos	0,10	0,10	0,20	0,10	< 0,1	0,30
Somalia	0,40	0,20	0,70	0,30	0,10	0,80
Sudán	0,20	0,10	0,30	0,20	0,10	0,30
Túnez	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Yemen	0,10	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,20
OCEANÍA						
Australia	0,10	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,10
Fiji	< 0,1	< 0,1	0,10	< 0,1	< 0,1	0,10
Nueva Zelandia	< 0,1	< 0,1	0,10	< 0,1	< 0,1	0,10
Papua Nueva Guinea	0,40	0,30	0,60	0,20	0,20	0,30
ÁFRICA SUBSAHARIANA						
Angola	1,60	1,00	2,80	0,60	0,40	1,10
Benin	0,80	0,50	1,10	0,30	0,20	0,50
Botswana	9,00	7,10	11,00	4,10	3,10	6,00
Burkina Faso	0,60	0,50	0,90	0,30	0,20	0,40
Burundi	0,60	0,40	0,80	0,30	0,20	0,40
Camerún	2,90	2,30	3,90	1,20	0,90	1,70
Cabo Verde	1,10	0,60	1,80	0,10	0,10	0,10
República Centroafricana	2,60	0,90	3,50	1,20	0,50	1,50
Chad	2,10	1,50	3,20	0,90	0,60	1,40
Comoras	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,20
Congo	2,50	2,00	3,30	1,20	0,90	1,60
Côte d'Ivoire	1,40	1,10	1,90	0,60	0,50	0,90
Guinea Ecuatorial	4,10	2,90	7,40	1,60	1,10	3,00
Eritrea	0,30	0,10	1,20	0,10	0,10	0,40
Etiopía	0,40	0,30	0,60	0,20	0,10	0,30
Gabón	3,00	1,70	5,10	1,20	0,70	2,20
Gambia	1,20	0,50	3,10	0,40	0,10	1,50
Ghana	0,90	0,60	1,20	0,40	0,30	0,50
Guinea	0,90	0,60	1,30	0,40	0,30	0,60
Guinea Bissau	2,00	1,40	2,70	0,90	0,70	1,20
Kenya	3,50	2,90	4,50	1,60	1,30	2,10

PORCENTAJE DE JÓVENES DE ENTRE 15 Y 24 AÑOS DE EDAD QUE VIVEN CON EL VIH, 2011

	Mujeres			Varones		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
Lesotho	15,40	12,70	20,30	6,40	5,00	8,80
Liberia	0,30	0,10	0,70	0,10	< 0,1	0,30
Madagascar	0,10	< 0,1	0,10	0,20	0,10	0,60
Malawi	4,90	4,00	6,50	2,10	1,60	3,00
Malí	0,30	0,10	0,40	0,10	0,10	0,30
Mauritania	0,40	0,10	0,90	0,20	< 0,1	0,50
Mauricio	0,40	0,20	0,70	0,60	0,20	1,80
Mozambique	8,20	6,40	10,90	2,80	2,00	3,80
Namibia	6,50	4,30	9,40	2,70	1,70	4,20
Níger	0,50	0,30	0,70	0,20	0,10	0,70
Nigeria	2,90	2,30	3,90	1,10	0,90	1,60
Rwanda	1,70	1,30	2,70	0,80	0,60	1,20
Santo Tomé y Príncipe	0,30	0,10	0,50	0,40	0,10	0,70
Senegal	0,50	0,30	0,60	0,30	0,20	0,40
Sierra Leona	1,30	0,80	2,40	0,50	0,30	0,90
Sudáfrica	11,90	9,70	15,50	5,30	4,10	7,40
Swazilandia	15,30	12,20	20,50	6,30	4,80	8,80
Tanzania	4,00	3,20	5,30	1,80	1,40	2,40
Togo	2,10	1,50	3,10	0,90	0,70	1,30
Uganda	5,30	4,30	7,00	2,40	1,90	3,20
Zambia	7,00	5,50	9,30	3,10	2,40	4,30
Zimbabwe	7,60	6,20	9,50	3,60	2,80	4,90
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL						
Afganistán	< 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	0,20	0,10	0,40	0,30	0,10	0,70
Camboya	0,10	0,10	0,40	0,10	< 0,1	0,20
Indonesia	0,20	0,10	0,40	0,20	0,10	0,80
República Democrática Popular Lao	0,20	0,10	0,30	0,10	0,10	0,40
Malasia	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	0,10
Maldivas	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Myanmar	0,30	0,10	0,40	0,20	0,10	0,80
República Federal Democrática de Nepal	0,10	< 0,1	0,20	0,10	< 0,1	0,40
Pakistán	0,10	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,40
Filipinas	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
Singapur	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
Sri Lanka	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
Tailandia	0,20	0,10	0,20	0,30	0,20	0,80
Viet Nam	0,20	0,10	0,30	0,30	0,20	0,50

	Mujeres			Varones		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE						
Austria	0,20	0,10	0,40	0,30	0,20	0,50
Bélgica	0,20	0,10	0,30	0,20	0,10	0,40
Bulgaria	0,10	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,30
Canadá	0,10	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,20
Croacia	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
República Checa	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Dinamarca	0,10	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,20
Estonia	0,20	0,10	0,30	0,20	0,20	0,30
Finlandia	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
Francia	0,10	0,10	0,20	0,20	0,10	0,20
Alemania	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	0,10
Grecia	0,10	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,10
Hungría	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,20
Islandia	0,10	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,20
Irlanda	0,10	< 0,1	0,20	0,10	0,10	0,20
Israel	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,10
Italia	0,10	< 0,1	0,20	0,10	< 0,1	0,20
Letonia	0,10	0,10	0,20	0,20	0,10	0,30
Lituania	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Luxemburgo	0,10	< 0,1	0,10	0,10	0,10	0,20
Malta	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,10
Países Bajos	0,10	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,20
Noruega	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,10
Polonia	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,10
Portugal	0,20	0,10	0,40	0,30	0,10	0,50
Rumania	< 0,1	< 0,1	0,10	< 0,1	< 0,1	0,10
Serbia	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,20
Eslovaquia	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Eslovenia	< 0,1	< 0,1	0,10	0,10	< 0,1	0,10
España	0,10	0,10	0,10	0,20	0,10	0,30
Suecia	< 0,1	< 0,1	0,10	< 0,1	< 0,1	0,10
Suiza	0,10	< 0,1	0,20	0,20	0,10	0,30
Turquía	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Reino Unido	0,10	0,10	0,20	0,10	0,10	0,20
Estados Unidos de América	0,20	0,10	0,40	0,30	0,10	0,50

ESTIMACIÓN DE MUERTES RELACIONADAS CON EL SIDA

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
EL CARIBE						
Bahamas	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 500	< 500	< 500
Barbados	< 100	< 100	< 200	< 100	< 100	< 100
Cuba	< 500	< 200	< 500	< 200	< 200	< 500
República Dominicana	4 000	2 800	5 000	1 700	1 200	2 300
Haití	12 000	9 400	14 000	5 800	4 400	7 100
Jamaica	3 100	2 100	4 300	1 600	1 000	2 500
Trinidad y Tabago	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 1 000
ASIA ORIENTAL						
Japón	< 200	< 200	< 500	< 200	< 100	< 200
República de Corea	< 100	< 100	< 200	< 500	< 500	1 000
Mongolia	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL						
Armenia	< 200	< 100	< 1 000	< 500	< 200	< 1 000
Azerbaiyán	< 200	< 100	< 500	< 500	< 500	< 1 000
Belarús	< 100	< 100	< 500	1 100	< 1 000	1 600
Georgia	< 100	< 100	< 500	< 200	< 100	< 500
Kazajstán	< 500	< 500	< 1 000	1 200	< 1 000	1 700
Kirguistán	< 100	< 100	< 100	< 500	< 500	< 1 000
República de Moldova	< 1 000	< 1 000	1 200	1 000	< 1 000	1 300
Federación de Rusia	...	14 000	31 000	...	38 000	78 000
Tayikistán	< 500	< 100	< 1 000	< 1 000	< 500	< 1 000
Ucrania	9 000	6 500	18 000	22 000	16 000	30 000
AMÉRICA LATINA						
Belice	< 500	< 100	< 1 000	< 500	< 200	< 500
Bolivia	2 200	1 300	3 600	1 600	< 1 000	2 500
Brasil	11 000	5 200	17 000	15 000	12 000	20 000
Colombia	9 300	6 000	13 000	9 700	5 600	15 000
Costa Rica	< 200	< 100	< 200	< 500	< 500	< 1 000
Ecuador	2 200	< 500	6 800	2 000	< 1 000	6 900
El Salvador	< 1 000	< 500	1 800	< 500	< 200	1 500
Guatemala	1 700	< 200	6 400	2 500	< 500	13 000
Guyana	< 1 000	< 500	< 1 000	< 500	< 200	< 500
Honduras	7 000	5 300	9 100	2 800	1 900	4 100
México	7 800	6 300	10 000	4 900	3 400	7 100
Nicaragua	< 200	< 100	1 100	< 500	< 100	< 1 000
Panamá	2 100	1 300	3 400	1 200	< 500	3 900
Perú	6 800	3 800	12 000	3 000	< 1 000	8 500
Suriname	< 1 000	< 1 000	1 100	< 500	< 200	< 1 000
Uruguay	< 500	< 100	1 800	< 1 000	< 100	3 300
Venezuela	3 800	1 500	9 700	2 900	< 1 000	9 600

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL						
Argelia	...	< 200	< 500	...	< 1 000	1 500
Djibouti	1 000	< 1 000	1 400	< 1 000	< 1 000	1 100
Egipto	< 500	< 200	< 1 000	< 1 000	< 500	1 800
Irán	3 200	2 400	4 100	8 300	7 300	9 500
Líbano	< 100	< 100	< 200	< 200	< 100	< 500
Marruecos	< 1 000	< 500	< 1 000	1 600	< 1 000	2 500
Somalia	2 800	1 700	4 500	3 100	2 100	4 300
Sudán	6 000	4 000	8 400	5 600	4 500	6 900
Túnez	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Yemen	< 500	< 500	< 1 000	1 600	1 300	2 000
OCEANÍA						
Australia	< 200	< 200	< 200	< 200	< 200	< 500
Fiji	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Nueva Zelanda	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Papua Nueva Guinea	1 600	< 1 000	2 500	1 100	< 1 000	1 700
ÁFRICA SUBSAHARIANA						
Angola	8 200	5 400	13 000	12 000	7 200	19 000
Benin	6 400	3 200	9 000	2 800	2 100	3 400
Botswana	18 000	16 000	20 000	4 200	3 400	5 600
Burkina Faso	15 000	12 000	18 000	6 800	5 500	9 800
Burundi	13 000	11 000	16 000	5 800	5 000	6 900
Camerún	28 000	24 000	33 000	34 000	30 000	39 000
Cabo Verde	< 500	< 200	< 500	< 200	< 100	< 500
República Centroafricana	16 000	11 000	19 000	10 000	7 500	13 000
Chad	13 000	9 800	19 000	12 000	9 900	15 000
Comoras	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Congo	6 900	5 800	8 300	4 600	3 900	5 500
Côte d'Ivoire	50 000	42 000	60 000	23 000	20 000	26 000
Guinea Ecuatorial	< 500	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 200
Eritrea	1 500	< 1 000	3 800	1 400	< 1 000	3 500
Etiopía	100 000	89 000	110 000	54 000	46 000	63 000
Gabón	2 100	1 300	3 000	2 500	1 400	4 300
Gambia	< 500	< 200	< 1 000	< 1 000	< 200	1 600
Ghana	18 000	15 000	22 000	15 000	12 000	19 000
Guinea	5 100	2 800	10 000	4 000	2 800	5 400
Guinea Bissau	< 1 000	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 300
Kenya	130 000	120 000	140 000	62 000	55 000	69 000
Lesotho	15 000	14 000	17 000	14 000	13 000	16 000
Liberia	2 500	1 400	4 100	2 300	1 800	2 900
Madagascar	1 500	1 000	4 300	2 600	2 000	4 000

ESTIMACIÓN DE MUERTES RELACIONADAS CON EL SIDA

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
Malawi	63 000	57 000	71 000	44 000	38 000	50 000
Malí	9 700	6 700	14 000	6 600	4 500	9 100
Mauritania	< 1 000	< 500	1 600	1 500	< 1 000	2 500
Mauricio	< 500	< 200	< 500	< 1 000	< 500	< 1 000
Mozambique	46 000	40 000	54 000	74 000	62 000	89 000
Namibia	8 600	6 700	11 000	5 200	3 800	8 200
Níger	3 200	2 600	3 800	4 000	3 300	4 800
Nigeria	150 000	110 000	190 000	210 000	190 000	240 000
Rwanda	21 000	18 000	25 000	6 400	4 600	8 000
Santo Tomé y Príncipe	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Senegal	1 400	< 1 000	2 000	1 600	< 1 000	2 400
Sierra Leona	< 1 000	< 500	1 700	2 600	2 100	3 300
Sudáfrica	210 000	190 000	240 000	270 000	240 000	300 000
Sudán del Sur	...	...	...	11 000	7 500	16 000
Swazilandia	6 700	6 000	7 700	6 800	6 100	7 800
Tanzanía	130 000	120 000	140 000	84 000	75 000	94 000
Togo	8 100	6 100	10 000	8 900	6 100	12 000
Uganda	100 000	92 000	110 000	62 000	55 000	72 000
Zambia	72 000	66 000	79 000	31 000	27 000	37 000
Zimbabue	150 000	140 000	170 000	58 000	53 000	65 000
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL						
Afganistán	< 200	< 100	< 500	< 500	< 500	< 1 000
Bangladesh	< 200	< 100	< 500	< 500	< 200	1 400
Bhután	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Camboya	7 300	4 900	10 000	1 400	< 1 000	5 000
Indonesia	< 200	< 100	2 600	15 000	8 000	23 000
República Democrática Popular Lao	< 200	< 100	< 500	< 500	< 500	< 1 000
Malasia	4 900	2 700	6 700	5 900	4 200	7 800
Maldivas	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Myanmar	10 000	8 200	13 000	16 000	13 000	18 000
República Federal Democrática de Nepal	1 400	< 1 000	4 000	4 600	3 000	9 400
Pakistán	< 500	< 500	< 1 000	4 800	2 900	8 500
Filipinas	< 200	< 100	< 200	< 500	< 500	< 1 000
Singapur	< 200	< 100	< 500	< 200	< 100	< 200
Sri Lanka	< 200	< 100	13 000	< 500	< 200	2 300
Tailandia	62 000	54 000	74 000	23 000	20 000	28 000
Viet Nam	2 100	1 600	2 700	11 000	8 500	15 000

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE						
Austria	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 200
Bélgica	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 200
Bulgaria	< 100	< 100	< 200	< 500	< 200	< 500
Canadá	< 500	< 200	< 500	< 500	< 500	< 500
Croacia	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
República Checa	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Dinamarca	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Estonia	< 100	< 100	< 200	< 500	< 500	< 1 000
Finlandia	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Francia	1 800	1 500	2 100	1 300	1 000	1 600
Alemania	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 500	< 500	< 500
Grecia	< 200	< 200	< 500	< 200	< 200	< 500
Hungría	< 500	< 200	< 500	< 100	< 100	< 200
Islandia	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Irlanda	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Israel	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Italia	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 1 000
Letonia	< 200	< 100	< 500	< 1 000	< 500	< 1 000
Lituania	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 200
Luxemburgo	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Malta	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Países Bajos	< 200	< 200	< 500	< 200	< 200	< 200
Noruega	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Polonia	< 200	< 100	< 200	< 200	< 200	< 500
Portugal	< 500	< 200	< 500	< 500	< 200	< 500
Rumania	< 200	< 200	< 500	< 500	< 500	< 1 000
Serbia	< 500	< 100	< 500	< 200	< 100	< 200
Eslovaquia	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Eslovenia	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
España	2 100	1 800	2 300	< 1 000	< 1 000	< 1 000
Suecia	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Suiza	< 200	< 200	< 500	< 100	< 100	< 200
Turquía	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Reino Unido	< 500	< 500	< 500	< 500	< 500	< 1 000
Estados Unidos de América	20 000	15 000	26 000	20 000	16 000	28 000

PRUEBAS DEL VIH, MÚLTIPLES PAREJAS SEXUALES Y USO DEL PRESERVATIVO

	Año, fuente (*)	Población que se realizó una prueba del VIH y recibió los resultados en los últimos 12 meses		Porcentaje de adultos de entre 15 y 49 años que afirmaron haber tenido más de una pareja sexual en los 12 meses previos		Porcentaje de adultos de entre 15 y 49 años que tuvieron más de una pareja sexual en los 12 meses previos y afirmaron haber utilizado preservativo en su última relación sexual	
		Mujer 15-49	Varón 15-49	Mujer 15-49	Varón 15-49	Mujer 15-49	Varón 15-49
EL CARIBE							
República Dominicana	2007 DHS	21	19	3	24	35	45
Haití	2005-06 DHS	8	5	1	23	21	34
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL							
Albania	2008-09 DHS	0	1	0	5	...	37
Armenia	2010 DHS	2	1	0	15	...	72
República de Moldova	2005 DHS	12	10	1	11	27	72
Ucrania	2007 DHS	12	7	2	13	48	46
AMÉRICA LATINA							
Bolivia	2008 DHS	...	2	...	12	...	35
Colombia	2010 DHS	9	...	4	...	34	...
Guyana	2009 DHS	27	22	1	10	48	65
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL							
Camboya	2010 DHS	8	6	0	2	...	40
India	2005-06 DHS	1	1	0	1	12	23
República Federal Democrática de Nepal	2011 DHS	3	8	0	4	...	27
Filipinas	2008 DHS	1	...	...	...	...	...
Viet Nam	2005 AIS	2	3	...	...	...	...
ÁFRICA SUBSAHARIANA							
Benin	2006 DHS	7	5	1	21	21	18
Burkina Faso	2010 DHS	11	8	1	17	62	27
Burundi	2010 DHS	19	12	0	3	14	14
Camerún	2004 DHS	5	7	...	...	...	...
Chad	2004 DHS	1	2	1	17	7	20
Congo	2009 AIS	9	7	7	28	29	28
República Democrática del Congo	2007 DHS	4	4	3	17	9	16
Côte d'Ivoire	2005 AIS	4	3	4	24	41	38
Etiopía	2011 DHS	20	21	0	4	47	16
Ghana	2008 DHS	7	4	1	11	18	26
Guinea	2005 DHS	1	3	2	25	20	24
Kenya	2008-09 DHS	29	23	1	9	32	37
Lesotho	2009 DHS	42	24	6	22	39	52
Liberia	2007 DHS	2	2	6	18	14	22
Madagascar	2008-09 DHS	4	4	2	16	8	7
Malawi	2010 DHS	...	31	1	9	27	25

(*) Datos de la última encuesta disponible.

Fuente: ICF International, 2012. MEASURE DHS STATcompiler – <http://www.statcompiler.com> – noviembre de 2012.



	Año, fuente (*)	Población que se realizó una prueba del VIH y recibió los resultados en los últimos 12 meses		Porcentaje de adultos de entre 15 y 49 años que afirmaron haber tenido más de una pareja sexual en los 12 meses previos		Porcentaje de adultos de entre 15 y 49 años que tuvieron más de una pareja sexual en los 12 meses previos y afirmaron haber utilizado preservativo en su última relación sexual	
		Mujer 15-49	Varón 15-49	Mujer 15-49	Varón 15-49	Mujer 15-49	Varón 15-49
Malí	2006 DHS	3	3	1	15	8	12
Mozambique	2009 AIS	17	9	3	20	24	22
Namibia	2006-07 DHS	29	18	2	11	66	74
Níger	2006 DHS	1	2	1	12	8	7
Nigeria	2008 DHS	7	7	1	10	23	33
Rwanda	2010 DHS	39	38	1	4	29	28
Santo Tomé y Príncipe	2008-09 DHS	31	23	1	17	...	33
Senegal	2010-11 DHS	14	9	1	8	22	21
Sierra Leona	2008 DHS	4	3	4	16	7	15
Swazilandia	2006-07 DHS	22	9	2	14	55	56
Tanzania	2010 DHS	30	25	4	21	27	24
Uganda	2011 AIS	...	...	3	19	16	15
Zambia	2007 DHS	19	12	1	14	33	28
Zimbabwe	2010-11 DHS	34	21	1	11	48	33

PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL SEXO QUE HAN RECIBIDO PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL VIH

	2009	2011
Afganistán	1 %	6 %
Albania	...	...
Angola	23 %	79 %
Argentina	90 %	...
Armenia	...	22 %
Azerbaiyán	6 %	33 %
Bangladesh	10 %	12 %
Belarús	86 %	86 %
Belice	...	...
Benin	56 %	50 %
Bhután	...	...
Bolivia	...	47 %
Brasil	...	47 %
Bulgaria	59 %	73 %
Burkina Faso	37 %	67 %
Burundi	77 %	...
Camboya	...	...
Camerún	...	...
Cabo Verde	...	82 %
Chad	17 %	54 %
Chile	...	43 %
China	74 %	81 %
Comoras	74 %	...
Côte d'Ivoire	...	58 %
Cuba	97 %	95 %
República Democrática del Congo	26 %	43 %
Djibouti	89 %	96 %
República Dominicana	44 %	44 %
Ecuador	...	...
El Salvador	...	...
Eritrea	...	...
Estonia	...	77 %
Francia	...	60 %
Gabón	35 %	...
Georgia	67 %	...
Alemania	...	...
Ghana	48 %	56 %
Grecia	14 %	14 %
Guatemala	93 %	...
Guinea	89 %	90 %
Guinea Bissau	...	...
Guyana	...	21 %

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	2009	2011		2009	2011
Haití	...	81 %	Suecia	43 %	...
Honduras	33 %	33 %	Tayikistán	51 %	76 %
India	31 %	...	Tailandia	...	57 %
Indonesia	29 %	18 %	ex República Yugoslava de Macedonia	...	41 %
Irán	...	...	Timor-Leste	...	...
Jamaica	...	87 %	Togo	82 %	84 %
Kazajstán	88 %	88 %	Túnez	38 %	28 %
Kirguistán	61 %	45 %	Turquía	...	...
República Democrática Popular Lao	70 %	55 %	Ucrania	58 %	61 %
Letonia	...	49 %	Uzbekistán	71 %	64 %
Líbano	...	...	Viet Nam	47 %	47 %
Lituania	74 %	...	Zambia	...	...
Madagascar	...	40 %			
Malawi	...	...	
Malasia	12 %	...			
Mauricio	...	78 %			
México	60 %	60 %			
Micronesia (Estados Federados de)	...	...	
República de Moldova	15 %	...			
Mongolia	74 %	74 %			
Montenegro	44 %	...			
Marruecos	49 %	42 %			
Myanmar	76 %	76 %			
República Federal Democrática de Nepal	...	...	
Nicaragua	...	21 %			
Níger	...	...	
Nigeria	49 %	18 %			
Pakistán	10 %	9 %			
Panamá	76 %	...			
Papua Nueva Guinea	31 %	36 %			
Paraguay	...	61 %			
Filipinas	55 %	63 %			
Rumania	33 %	...			
Federación de Rusia	22 %	...			
Santo Tomé y Príncipe	...	...	
Senegal	...	84 %			
Serbia	30 %	60 %			
Sierra Leona	...	...	
Sudán	2 %	...			
Suriname	...	36 %			
Swazilandia	100 %	...			

PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL SEXO QUE AFIRMAN HABER UTILIZADO PRESERVATIVO CON SU ÚLTIMO CLIENTE

	2009	2011
Afganistán	58 %	1 %
Albania	...	77 %
Argelia	...	44 %
Angola	81 %	74 %
Argentina	99 %	99 %
Armenia	...	93 %
Azerbaiyán	75 %	53 %
Bangladesh	63 %	...
Barbados	...	...
Belarús	70 %	85 %
Belice	...	67 %
Benin	25 %	80 %
Bhután	...	...
Bolivia	87 %	96 %
Bosnia y Herzegovina	76 %	88 %
Brasil	...	90 %
Bulgaria	93 %	89 %
Burkina Faso	99 %	98 %
Burundi	82 %	91 %
Camboya	99 %	...
Camerún	73 %	73 %
Cabo Verde	...	55 %
Chad	38 %	38 %
Chile	...	73 %
China	85 %	88 %
Colombia	...	...
Comoras	59 %	34 %
Costa Rica	89 %	...
Côte d'Ivoire	97 %	93 %
Croacia	98 %	...
Cuba	56 %	70 %
República Democrática del Congo	62 %	24 %
Djibouti	94 %	71 %
República Dominicana	81 %	81 %
Ecuador	...	...
Egipto	21 %	...
El Salvador	...	...
Guinea Ecuatorial	27 %	14 %
Eritrea	45 %	71 %
Estonia	94 %	98 %
Etiopía	98 %	...
Gabón	76 %	...

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	2009	2011		2009	2011
Georgia	99 %	...	Nigeria	98 %	89 %
Alemania	64 %	...	Pakistán	38 %	35 %
Ghana	...	92 %	Panamá	76 %	94 %
Grecia	5 %	5 %	Papua Nueva Guinea	50 %	80 %
Guatemala	96 %	...	Paraguay	...	95 %
Guinea	65 %	77 %	Perú	...	...
Guinea Bissau	93 %	93 %	Filipinas	65 %	65 %
Guyana	61 %	94 %	Portugal	...	95 %
Haití	90 %	90 %	República de Corea	...	80 %
Honduras	80 %	79 %	Rumania	98 %	89 %
India	83 %	...	Federación de Rusia	71 %	...
Indonesia	68 %	58 %	Rwanda	87 %	80 %
Irán	55 %	...	Senegal	97 %	94 %
Jamaica	97 %	91 %	Serbia	91 %	87 %
Japón	65 %	40 %	Sierra Leona	...	71 %
Jordania	51 %	...	Singapur	99 %	99 %
Kazajstán	96 %	96 %	Sri Lanka	89 %	89 %
Kirguistán	94 %	88 %	Sudán	45 %	...
República Democrática Popular Lao	94 %	92 %	Suriname	87 %	...
Letonia	...	85 %	Swazilandia	87 %	...
Líbano	...	96 %	Suecia	19 %	...
Liberia	...	...	Tayikistán	84 %	75 %
Lituania	92 %	...	Tanzanía	...	...
Madagascar	...	...	Tailandia	92 %	95 %
Malawi	...	...	ex República Yugoslava de Macedonia	78 %	89 %
Malasia	61 %	61 %	Timor-Leste	...	36 %
Malí	99 %	98 %	Togo	88 %	91 %
Mauritania	88 %	88 %	Túnez	52 %	55 %
Mauricio	...	88 %	Turquía	...	...
México	62 %	65 %	Uganda	...	82 %
Micronesia (Estados Federados de)	...	...	Ucrania	88 %	92 %
República de Moldova	91 %	...	Uruguay	76 %	76 %
Mongolia	90 %	90 %	Uzbekistán	81 %	84 %
Montenegro	72 %	84 %	Vanuatu	67 %	39 %
Marruecos	54 %	50 %	Viet Nam	78 %	87 %
Myanmar	96 %	96 %	Zambia	...	...
República Federal Democrática de Nepal	...	...	Zimbabwe	...	68 %
Países Bajos	...	...	
Nicaragua	74 %	96 %			
Níger	85 %	94 %			

PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL SEXO QUE SE REALIZARON UNA PRUEBA DEL VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y CONOCEN SUS RESULTADOS

	2009	2011
Afganistán	4 %	4 %
Albania	...	36 %
Argelia	...	58 %
Angola	35 %	35 %
Argentina	62 %	70 %
Armenia	...	16 %
Australia	82 %	60 %
Azerbaiyán	6 %	12 %
Bangladesh	4 %	10 %
Barbados	73 %	...
Belarús	85 %	76 %
Belice	...	66 %
Benin	87 %	87 %
Bolivia	45 %	72 %
Bosnia y Herzegovina	14 %	14 %
Brasil	...	18 %
Bulgaria	58 %	60 %
Burkina Faso	100 %	83 %
Burundi	65 %	65 %
Camboya	68 %	...
Camerún	...	64 %
Cabo Verde	...	27 %
Chad	38 %	38 %
Chile	...	85 %
China	37 %	38 %
Colombia	...	...
Comoras	100 %	...
República del Congo	...	...
Costa Rica	49 %	...
Côte d'Ivoire	51 %	51 %
Croacia	...	...
Cuba	35 %	31 %
República Democrática del Congo	36 %	36 %
Djibouti	85 %	100 %
República Dominicana	67 %	67 %
Ecuador	...	...
El Salvador	...	...
Eritrea	93 %	...
Estonia	52 %	67 %
Etiopía	97 %	...
Francia	...	68 %
Gabón	64 %	...

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	2009	2011		2009	2011
Georgia	28 %	...	Pakistán	14 %	8 %
Alemania	...	...	Panamá	55 %	97 %
Ghana	...	67 %	Papua Nueva Guinea	56 %	46 %
Grecia	66 %	66 %	Paraguay	100 %	74 %
Guatemala	93 %	...	Perú	20 %	...
Guinea	...	53 %	Filipinas	19 %	17 %
Guinea Bissau	43 %	94 %	Portugal	...	70 %
Guyana	88 %	84 %	Rumania	29 %	...
Haití	71 %	65 %	Federación de Rusia	39 %	...
Honduras	76 %	76 %	Rwanda	...	87 %
India	32 %	...	Santo Tomé y Príncipe	31 %	...
Indonesia	33 %	79 %	Senegal	70 %	69 %
Irán	20 %	...	Serbia	45 %	59 %
Jamaica	73 %	67 %	Sierra Leona	48 %	9 %
Japón	...	76 %	Singapur	100 %	100 %
Kazajstán	81 %	77 %	España	67 %	...
Kenya	...	...	Sri Lanka	43 %	44 %
Kirguistán	42 %	35 %	Sudán	7 %	...
República Democrática Popular Lao	14 %	22 %	Suriname	64 %	95 %
Letonia	...	50 %	Swazilandia	...	...
Líbano	...	64 %	Suecia	78 %	...
Lituania	53 %	33 %	Tayikistán	42 %	47 %
Madagascar	...	60 %	Tanzanía	...	...
Malawi	...	...	Tailandia	36 %	50 %
Malasia	20 %	90 %	ex República Yugoslava de Macedonia	47 %	38 %
Maldivas	14 %	...	Timor-Leste	...	66 %
Malí	91 %	...	Togo	58 %	58 %
Mauritania	69 %	40 %	Túnez	14 %	13 %
Mauricio	...	25 %	Turquía	...	...
México	...	...	Uganda	...	35 %
Micronesia (Estados Federados de)	...	...	Ucrania	59 %	59 %
República de Moldova	23 %	...	Uruguay	26 %	26 %
Mongolia	52 %	52 %	Uzbekistán	35 %	39 %
Montenegro	83 %	...	Vanuatu	12 %	...
Marruecos	51 %	25 %	Viet Nam	35 %	44 %
Myanmar	71 %	71 %	Zambia	...	...
República Federal Democrática de Nepal	...	...	Zimbabwe	...	59 %
Países Bajos	...	82 %			
Nicaragua	91 %	37 %			
Níger	45 %	77 %			
Nigeria	38 %	42 %			

**PORCENTAJE DE PROFESIONALES
DEL SEXO QUE VIVEN CON EL VIH**

	2009	2011
Afganistán	0 %	0 %
Albania	...	0 %
Argelia	...	7 %
Angola	...	7 %
Argentina	5 %	5 %
Armenia	...	1 %
Australia	0 %	0 %
Azerbaiyán	2 %	1 %
Bangladesh	0 %	0 %
Belarús	6 %	1 %
Bélgica	0 %	1 %
Belice	...	...
Benin	25 %	27 %
Bolivia	0 %	1 %
Bosnia y Herzegovina	0 %	0 %
Brasil	5 %	5 %
Bulgaria	1 %	0 %
Burkina Faso	9 %	16 %
Burundi	40 %	27 %
Camboya	15 %	...
Camerún	36 %	36 %
Cabo Verde	...	6 %
Chad	20 %	20 %
Chile	1 %	0 %
China	1 %	0 %
Comoras	0 %	...
Costa Rica	...	...
Côte d'Ivoire	36 %	29 %
Croacia	...	...
Cuba	0 %	1 %
República Checa	...	0 %
República Democrática del Congo	...	22 %
Djibouti	20 %	15 %
República Dominicana	5 %	5 %
Ecuador	...	...
El Salvador	...	...
Eritrea	8 %	6 %
Estonia	8 %	6 %
Gabón	23 %	...
Georgia	2 %	2 %
Alemania	...	...
Ghana	...	11 %

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	2009	2011		2009	2011
Guinea	33 %	33 %	Rumania	1 %	1 %
Guinea Bissau	40 %	39 %	Federación de Rusia	5 %	...
Guyana	17 %	17 %	Rwanda	...	51 %
Haití	5 %	8 %	Santo Tomé y Príncipe	4 %	...
Honduras	2 %	3 %	Senegal	20 %	18 %
India	5 %	...	Serbia	2 %	1 %
Indonesia	10 %	9 %	Sierra Leona	...	8 %
Irán	...	...	Singapur	0 %	...
Jamaica	5 %	5 %	España	3 %	2 %
Japón	...	...	Sri Lanka	0 %	0 %
Kazajstán	1 %	1 %	Sudán	1 %	...
Kirguistán	2 %	4 %	Suriname	...	7 %
República Democrática Popular Lao	1 %	1 %	Swazilandia	...	70 %
Letonia	...	22 %	Suecia	0 %	...
Líbano	0 %	0 %	Tayikistán	3 %	4 %
Lituania	0 %	7 %	Tailandia	3 %	...
Madagascar	...	0 %	ex República Yugoslava de Macedonia	0 %	0 %
Malawi	...	...	Timor-Leste	...	2 %
Malasia	11 %	0 %	Togo	29 %	13 %
Maldivas	0 %	...	Túnez	0 %	1 %
Malí	35 %	...	Turquía	0 %	...
Mauritania	8 %	8 %	Uganda	...	35 %
Mauricio	...	32 %	Ucrania	13 %	9 %
México	2 %	1 %	Uruguay	19 %	19 %
República de Moldova	6 %	...	Uzbekistán	2 %	2 %
Mongolia	...	0 %	Viet Nam	3 %	3 %
Montenegro	1 %	1 %	Zambia	...	...
Marruecos	2 %	2 %	Zimbabwe	...	50 %
Myanmar	18 %	9 %			
República Federal Democrática de Nepal	...	...	
Nueva Zelanda	...	...	
Nicaragua	...	2 %			
Níger	36 %	36 %			
Nigeria	33 %	24 %			
Pakistán	2 %	2 %			
Panamá	...	2 %			
Papua Nueva Guinea	6 %	18 %			
Paraguay	2 %	2 %			
Perú	...	...	
Filipinas	0 %	0 %			
Portugal	...	9 %			

**PORCENTAJE DE HOMBRES QUE TIENEN
RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES
QUE RECIBIERON PROGRAMAS DE
PREVENCIÓN DEL VIH**

	2009	2011
Albania	...	...
Andorra	...	77 %
Argentina	...	...
Armenia	...	62 %
Azerbaiyán	22 %	24 %
Bahamas	71 %	79 %
Bangladesh	8 %	9 %
Belarús	85 %	77 %
Belice	...	67 %
Bolivia	51 %	51 %
Brasil	37 %	39 %
Bulgaria	38 %	55 %
Burkina Faso	...	...
Burundi	...	...
Camboya	...	70 %
Camerún	...	59 %
Chile	57 %	57 %
China	75 %	77 %
Costa Rica	64 %	73 %
Côte d'Ivoire	100 %	69 %
Cuba	92 %	92 %
República Checa	65 %	65 %
República Democrática del Congo	...	33 %
Dominica	...	61 %
Ecuador	...	56 %
Egipto	...	75 %
El Salvador	58 %	...
Estonia	56 %	...
Georgia	66 %	21 %
Alemania	...	69 %
Ghana	...	96 %
Grecia	74 %	...
Guatemala	75 %	...
Guyana	...	...
Honduras	31 %	31 %
Hungría	55 %	...
India	18 %	...
Indonesia	44 %	23 %
Jamaica	...	87 %
Kazajstán	68 %	80 %
Kirguistán	...	42 %

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	2009	2011		2009	2011
Letonia	...	43 %	Ucrania	63 %	53 %
Líbano	...	...	Estados Unidos de América	...	59 %
Lituania	43 %	...	Uzbekistán	42 %	45 %
Malasia	...	...	Viet Nam	24 %	24 %
Mauricio	...	44 %	Yemen	...	40 %
México	38 %	41 %			
República de Moldova	...	26 %			
Mongolia	77 %	66 %			
Marruecos	...	49 %			
Myanmar	69 %	69 %			
República Federal Democrática de Nepal	77 %	77 %			
Nicaragua	...	29 %			
Nigeria	60 %	18 %			
Noruega	56 %	...			
Panamá	89 %	...			
Papua Nueva Guinea	10 %	67 %			
Paraguay	...	56 %			
Perú	...	...	
Filipinas	29 %	23 %			
Portugal	...	38 %			
República de Corea	...	44 %			
Rumania	...	...	
Federación de Rusia	...	...	
Santa Lucía	100 %	...			
San Vicente y las Granadinas	...	91 %			
Senegal	85 %	85 %			
Serbia	14 %	37 %			
Seychelles	...	100 %			
Eslovenia	85 %	...			
Sudán del Sur	...	6 %			
Suriname	...	55 %			
Swazilandia	...	...	
Suecia	54 %	59 %			
Tayikistán	...	41 %			
Tailandia	...	49 %			
ex República Yugoslava de Macedonia	...	46 %			
Timor-Leste	...	...	
Togo	46 %	...			
Túnez	53 %	39 %			
Turquía	...	...	

PORCENTAJE DE HOMBRES QUE AFIRMAN HABER UTILIZADO PRESERVATIVO LA ÚLTIMA VEZ QUE MANTUVIERON RELACIONES SEXUALES ANALES CON OTRO HOMBRE

	2009	2011
Albania	...	67 %
Andorra	...	25 %
Argentina	...	60 %
Armenia	...	66 %
Australia	47 %	39 %
Azerbaiyán	57 %	29 %
Bahamas	69 %	88 %
Bangladesh	31 %	26 %
Belarús	61 %	63 %
Bélgica	...	54 %
Belice	...	80 %
Bolivia	69 %	69 %
Bosnia y Herzegovina	56 %	64 %
Brasil	48 %	60 %
Bulgaria	70 %	64 %
Burkina Faso	52 %	58 %
Burundi	...	66 %
Camboya	86 %	66 %
Camerún	43 %	57 %
Canadá	62 %	61 %
República Centroafricana	...	65 %
Chile	56 %	56 %
China	73 %	74 %
Colombia	...	...
República del Congo	...	...
Costa Rica	65 %	56 %
Côte d'Ivoire	42 %	91 %
Croacia	...	...
Cuba	52 %	59 %
República Checa	30 %	41 %
República Democrática del Congo	...	29 %
Dinamarca	73 %	...
Dominica	...	63 %
República Dominicana	66 %	66 %
Ecuador	...	60 %
Egipto	13 %	20 %
El Salvador	55 %	59 %
Estonia	47 %	42 %
Fiji	...	...
Finlandia	...	...
Francia	...	56 %
Gambia	...	46 %

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	2009	2011		2009	2011
Georgia	62 %	67 %	Polonia	...	...
Alemania	59 %	51 %	Portugal	43 %	72 %
Ghana	...	...	República de Corea	...	65 %
Grecia	11 %	...	Rumania	43 %	42 %
Guatemala	78 %	80 %	Federación de Rusia	56 %	...
Guinea	...	39 %	Rwanda	50 %	...
Guyana	84 %	...	Saint Kitts y Nevis	...	82 %
Haití	73 %	73 %	Santa Lucía	63 %	...
Honduras	47 %	71 %	San Vicente y las Granadinas	...	73 %
Hungría	25 %	...	Senegal	76 %	76 %
India	58 %	...	Serbia	67 %	64 %
Indonesia	57 %	60 %	Sierra Leona	...	60 %
Irán	38 %	...	Singapur	17 %	79 %
Jamaica	73 %	77 %	Eslovenia	43 %	...
Japón	65 %	49 %	Sudáfrica	35 %	...
Kazajstán	76 %	76 %	España	66 %	59 %
Kenya	...	55 %	Sri Lanka	61 %	61 %
Kirguistán	...	70 %	Suriname	89 %	53 %
República Democrática Popular Lao	...	...	Suecia	51 %	42 %
Letonia	50 %	40 %	Suiza	80 %	41 %
Líbano	...	...	Tayikistán	...	68 %
Lituania	47 %	42 %	Tailandia	...	85 %
Malasia	21 %	38 %	ex República Yugoslava de Macedonia	56 %	49 %
Malí	54 %	...	Timor-Leste	38 %	66 %
Mauricio	...	51 %	Togo	72 %	47 %
México	64 %	73 %	Trinidad y Tabago	...	...
República de Moldova	...	56 %	Túnez	40 %	29 %
Mongolia	78 %	70 %	Turquía	...	...
Montenegro	...	50 %	Tuvalu	...	...
Marruecos	...	50 %	Ucrania	64 %	71 %
Myanmar	82 %	82 %	Reino Unido	63 %	55 %
República Federal Democrática de Nepal	75 %	75 %	Estados Unidos de América	...	50 %
Países Bajos	...	42 %	Uruguay	47 %	46 %
Nicaragua	36 %	51 %	Uzbekistán	87 %	57 %
Nigeria	53 %	51 %	Vanuatu	63 %	71 %
Noruega	53 %	...	Viet Nam	66 %	76 %
Pakistán	...	...	Yemen	...	20 %
Panamá	86 %	65 %			
Papua Nueva Guinea	51 %	63 %			
Paraguay	63 %	74 %			
Perú	...	50 %			
Filipinas	32 %	36 %			

PORCENTAJE DE HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES QUE SE REALIZARON LAS PRUEBAS DEL VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y CONOCEN LOS RESULTADOS

	2009	2011
Albania	45 %	48 %
Andorra	...	30 %
Argentina	85 %	62 %
Armenia	...	48 %
Australia	61 %	72 %
Azerbaiyán	13 %	25 %
Bahamas	50 %	55 %
Bangladesh	3 %	9 %
Belarús	80 %	75 %
Bélgica	86 %	47 %
Belice	...	75 %
Bolivia	35 %	35 %
Bosnia y Herzegovina	26 %	19 %
Brasil	19 %	19 %
Bulgaria	42 %	47 %
Burkina Faso	100 %	100 %
Burundi	...	23 %
Camboya	58 %	34 %
Camerún	...	56 %
Canadá	34 %	35 %
República Centroafricana	...	86 %
Chile	25 %	25 %
China	45 %	50 %
Colombia	...	...
República del Congo	...	...
Costa Rica	61 %	65 %
Côte d'Ivoire	57 %	61 %
Croacia	...	...
Cuba	32 %	23 %
República Checa	43 %	30 %
Dinamarca	55 %	...
Dominica	...	36 %
República Dominicana	33 %	33 %
Ecuador	...	25 %
Egipto	...	57 %
El Salvador	85 %	99 %
Estonia	27 %	33 %
Finlandia	...	...
Francia	...	47 %
Gambia	...	20 %
Georgia	24 %	26 %
Alemania	23 %	34 %

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	2009	2011		2009	2011
Ghana	...	...	Perú	6 %	61 %
Grecia	78 %	...	Filipinas	7 %	5 %
Guatemala	64 %	98 %	Polonia	...	...
Guyana	87 %	72 %	Portugal	27 %	68 %
Haití	71 %	49 %	República de Corea	...	28 %
Honduras	29 %	29 %	Rumania	75 %	42 %
Hungría	100 %	...	Federación de Rusia	61 %	...
India	17 %	...	Rwanda	47 %	...
Indonesia	34 %	92 %	Saint Kitts y Nevis	...	95 %
Irán	11 %	...	Santa Lucía	100 %	...
Jamaica	53 %	69 %	San Vicente y las Granadinas	...	32 %
Japón	32 %	25 %	Senegal	34 %	36 %
Kazajstán	60 %	61 %	Serbia	31 %	33 %
Kenya	...	36 %	Seychelles	...	56 %
Kirguistán	...	42 %	Singapur	43 %	40 %
República Democrática Popular Lao	14 %	...	Eslovenia	33 %	...
Letonia	26 %	26 %	Sudáfrica	27 %	27 %
Líbano	30 %	...	España	87 %	44 %
Lituania	41 %	20 %	Sri Lanka	14 %	14 %
Luxemburgo	...	30 %	Suriname	59 %	97 %
Madagascar	...	50 %	Swazilandia	...	54 %
Malasia	...	30 %	Suecia	39 %	31 %
Maldivas	10 %	...	Suiza	31 %	36 %
Malí	...	22 %	Tayikistán	...	40 %
Islas Marshall	...	100 %	Tailandia	21 %	29 %
Mauritania	...	...	ex República Yugoslava de Macedonia	56 %	29 %
Mauricio	...	18 %	Timor-Leste	26 %	33 %
México	50 %	43 %	Togo	53 %	55 %
República de Moldova	...	12 %	Túnez	18 %	15 %
Mongolia	78 %	66 %	Turquía	...	...
Montenegro	...	15 %	Ucrania	43 %	38 %
Marruecos	...	31 %	Reino Unido	31 %	37 %
Myanmar	48 %	48 %	Estados Unidos de América	...	62 %
República Federal Democrática de Nepal	42 %	42 %	Uruguay	26 %	29 %
Países Bajos	...	58 %	Uzbekistán	44 %	31 %
Nicaragua	...	33 %	Viet Nam	19 %	30 %
Nigeria	30 %	25 %	Yemen	...	28 %
Noruega	56 %	60 %			
Panamá	76 %	52 %			
Papua Nueva Guinea	67 %	56 %			
Paraguay	100 %	57 %			

**PORCENTAJE DE HOMBRES QUE TIENEN
RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES
Y VIVEN CON EL VIH**

	2009	2011
Albania	...	1 %
Argelia	...	4 %
Andorra	...	8 %
Argentina	12 %	16 %
Armenia	...	2 %
Australia	...	11 %
Azerbaiyán	1 %	2 %
Bahamas	26 %	14 %
Bangladesh	0 %	0 %
Belarús	3 %	1 %
Bélgica	6 %	10 %
Belice	...	...
Benin	...	5 %
Bolivia	12 %	12 %
Bosnia y Herzegovina	1 %	2 %
Brasil	13 %	11 %
Bulgaria	3 %	1 %
Burkina Faso	...	1 %
Burundi	...	1 %
Camboya	5 %	2 %
Camerún	...	37 %
Canadá	15 %	15 %
República Centroafricana	...	35 %
Chile	20 %	20 %
China	5 %	6 %
Colombia	...	...
República del Congo	...	...
Costa Rica	13 %	11 %
Côte d'Ivoire	25 %	50 %
Croacia	...	...
Cuba	1 %	7 %
República Checa	3 %	5 %
República Democrática del Congo	...	31 %
Dinamarca	12 %	...
Dominica	...	27 %
República Dominicana	11 %	6 %
Ecuador	...	11 %
Egipto	6 %	4 %
El Salvador	10 %	11 %
Estonia	2 %	...
Fiji	...	1 %
Finlandia	...	5 %

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	2009	2011		2009	2011
Francia	...	18 %	Papua Nueva Guinea	4 %	...
Georgia	4 %	7 %	Paraguay	10 %	13 %
Alemania	...	12 %	Perú	10 %	12 %
Ghana	...	...	Filipinas	1 %	2 %
Grecia	...	13 %	Polonia	...	5 %
Guatemala	8 %	8 %	Portugal	...	10 %
Guyana	19 %	19 %	República de Corea	...	3 %
Haití	...	18 %	Rumania	4 %	5 %
Honduras	7 %	7 %	Federación de Rusia	8 %	...
Hungría	3 %	4 %	Saint Kitts y Nevis	...	1 %
India	7 %	...	San Vicente y las Granadinas	...	30 %
Indonesia	5 %	8 %	Senegal	22 %	22 %
Irán	...	...	Serbia	6 %	4 %
Irlanda	...	10 %	Seychelles	...	15 %
Italia	...	10 %	Sierra Leona	...	8 %
Jamaica	32 %	38 %	Singapur	3 %	3 %
Japón	4 %	4 %	Eslovenia	2 %	8 %
Kazajstán	0 %	1 %	Sudáfrica	13 %	10 %
Kenya	...	18 %	España	10 %	13 %
Kirguistán	...	1 %	Sri Lanka	1 %	1 %
República Democrática Popular Lao	6 %	...	Suriname	...	...
Letonia	4 %	8 %	Swazilandia	...	17 %
Líbano	1 %	1 %	Suecia	...	6 %
Lituania	0 %	2 %	Suiza	8 %	11 %
Madagascar	...	15 %	Tayikistán	...	2 %
Malasia	4 %	1 %	Tailandia	14 %	20 %
Maldivas	0 %	...	ex República Yugoslava de Macedonia	3 %	1 %
Malí	...	20 %	Timor-Leste	...	1 %
Mauritania	...	8 %	Togo	...	20 %
Mauricio	...	10 %	Trinidad y Tabago	...	...
México	10 %	17 %	Túnez	5 %	10 %
República de Moldova	...	2 %	Turquía	...	...
Mongolia	2 %	11 %	Ucrania	9 %	6 %
Montenegro	...	5 %	Reino Unido	8 %	4 %
Marruecos	...	5 %	Uruguay	9 %	9 %
Myanmar	29 %	8 %	Uzbekistán	7 %	1 %
República Federal Democrática de Nepal	4 %	4 %	Viet Nam	17 %	17 %
Países Bajos	...	15 %	Yemen	...	6 %
Nueva Zelanda	...	...	
Nicaragua	4 %	7 %			
Nigeria	14 %	17 %			
Panamá	...	23 %			

NÚMERO DE JERINGAS DISTRIBUIDAS POR USUARIO DE DROGAS INYECTABLES POR AÑO A TRAVÉS DE PROGRAMAS DE INTERCAMBIO DE AGUJAS Y JERINGAS

	2011
Afganistán	80
Albania	90
Armenia	28
Australia	203
Azerbaiyán	49
Bangladesh	264
Belarús	48
Bosnia y Herzegovina	26
Bulgaria	34
Camboya	120
China	180
Chipre	<1
República Checa	202
Estonia	153
Finlandia	202
Georgia	22
Grecia	7
Hungría	114
India	387
Indonesia	7
Irán	30
Kazajstán	154
Kirguistán	151
Letonia	19
Lituania	32
Luxemburgo	124
Madagascar	543
Malasia	116
Malta	302
Mauricio	31
México	7
República de Moldova	58
Marruecos	13
Myanmar	118
República Federal Democrática de Nepal	71
Nueva Zelandia	277
Noruega	254
Pakistán	42
Polonia	78
Rumania	49
Senegal	10



	2011
Serbia	69
Seychelles	0
Sri Lanka	0
Suecia	214
Suiza	88
Tayikistán	88
Tailandia	10
ex República Yugoslava de Macedonia	23
Túnez	15
Ucrania	75
Uzbekistán	173
Viet Nam	140

PORCENTAJE DE USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES QUE AFIRMAN HABER UTILIZADO PRESERVATIVO EN SU ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL

	2009	2011		2009	2011
Afganistán	35 %	35 %	República Federal Democrática de Nepal	51 %	47 %
Albania	...	46 %	Nueva Zelanda	...	34 %
Argelia	...	28 %	Nigeria	66 %	52 %
Armenia	...	44 %	Pakistán	31 %	23 %
Australia	27 %	...	Paraguay	22 %	45 %
Azerbaiyán	15 %	8 %	Filipinas	22 %	15 %
Bangladesh	43 %	45 %	Portugal	38 %	...
Belarús	59 %	53 %	Rumania	17 %	56 %
Benin	30 %	...	Federación de Rusia	45 %	...
Bhután	...	54 %	Senegal	...	36 %
Bosnia y Herzegovina	30 %	32 %	Serbia	29 %	32 %
Brasil	70 %	41 %	Seychelles	...	88 %
Bulgaria	38 %	40 %	España	55 %	...
Camboya	...	81 %	Suecia	7 %	8 %
Canadá	39 %	30 %	Suiza	50 %	48 %
China	36 %	40 %	Tayikistán	28 %	40 %
Croacia	50 %	...	Tailandia	42 %	46 %
Estonia	66 %	36 %	ex República Yugoslava de Macedonia	51 %	54 %
Georgia	78 %	22 %	Togo	...	37 %
Alemania	...	31 %	Túnez	35 %	19 %
Hungría	...	29 %	Ucrania	48 %	48 %
India	16 %	...	Reino Unido	44 %	...
Indonesia	36 %	52 %	Estados Unidos de América	...	25 %
Irán	33 %	15 %	Uzbekistán	26 %	43 %
Japón	...	36 %	Viet Nam	52 %	52 %
Kazajstán	46 %	47 %			
Kenya	...	25 %			
Kirguistán	53 %	49 %			
Letonia	...	56 %			
Líbano	43 %	40 %			
Lituania	...	29 %			
Luxemburgo	49 %	...			
Madagascar	...	41 %			
Malasia	28 %	28 %			
Mauricio	31 %	25 %			
México	28 %	40 %			
Micronesia (Estados Federados de)	...	58 %			
República de Moldova	36 %	...			
Montenegro	...	42 %			
Marruecos	13 %	31 %			
Myanmar	78 %	78 %			

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

PORCENTAJE DE USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES QUE AFIRMAN HABER UTILIZADO UN EQUIPO DE INYECCIÓN ESTERILIZADO LA ÚLTIMA VEZ QUE SE INYECTARON ESTUPEFACIENTES

	2009	2011		2009	2011
Afganistán	94 %	94 %	República Federal Democrática de Nepal	99 %	95 %
Albania	82 %	75 %	Nueva Zelanda	...	62 %
Argelia	...	47 %	Nigeria	89 %	71 %
Argentina	91 %	...	Pakistán	77 %	66 %
Armenia	...	89 %	Paraguay	71 %	92 %
Australia	80 %	...	Filipinas	85 %	25 %
Azerbaiyán	62 %	46 %	Portugal	69 %	...
Bangladesh	32 %	36 %	Rumania	85 %	16 %
Belarús	87 %	89 %	Federación de Rusia	83 %	...
Bélgica	53 %	...	Senegal	...	87 %
Benin	31 %	...	Serbia	80 %	77 %
Bosnia y Herzegovina	87 %	79 %	España	81 %	...
Brasil	54 %	54 %	Suecia	58 %	65 %
Bulgaria	86 %	86 %	Suiza	94 %	...
Camboya	...	62 %	Tayikistán	63 %	69 %
Canadá	...	97 %	Tailandia	63 %	78 %
China	72 %	66 %	ex República Yugoslava de Macedonia	73 %	92 %
Côte d'Ivoire	...	0 %	Túnez	78 %	88 %
Estonia	...	94 %	Ucrania	87 %	96 %
Georgia	48 %	48 %	Reino Unido	81 %	...
Alemania	...	91 %	Uzbekistán	82 %	80 %
Hungría	74 %	...	Viet Nam	95 %	95 %
India	87 %	...			
Indonesia	88 %	87 %			
Irán	74 %	92 %			
Japón	...	58 %			
Kazajstán	63 %	61 %			
Kenya	...	52 %			
Kirguistán	...	72 %			
Letonia	82 %	...			
Lituania	98 %	77 %			
Luxemburgo	71 %	...			
Madagascar	...	79 %			
Malasia	83 %	83 %			
Maldivas	72 %	...			
Mauricio	72 %	89 %			
México	40 %	40 %			
República de Moldova	99 %	...			
Montenegro	24 %	95 %			
Marruecos	7 %	67 %			
Myanmar	81 %	81 %			

PORCENTAJE DE USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES QUE SE HAN REALIZADO UNA PRUEBA DEL VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y CONOCEN LOS RESULTADOS

	2009	2011		2009	2011
Afganistán	22 %	22 %	Paises Bajos	...	74 %
Albania	17 %	41 %	Nueva Zelandia	...	80 %
Armenia	...	16 %	Nigeria	23 %	19 %
Australia	...	48 %	Pakistán	12 %	9 %
Azerbaiyán	5 %	4 %	Paraguay	...	63 %
Bangladesh	4 %	5 %	Filipinas	1 %	5 %
Belarús	57 %	54 %	Portugal	36 %	...
Bélgica	36 %	...	República de Moldova	48 %	...
Benin	25 %	...	Rumania	19 %	100 %
Bhután	...	28 %	Federación de Rusia	26 %	...
Bosnia y Herzegovina	31 %	26 %	Santa Lucía	17 %	...
Brasil	13 %	15 %	Senegal	...	71 %
Bulgaria	48 %	48 %	Serbia	32 %	33 %
Camboya	35 %	35 %	Seychelles	...	89 %
Canadá	47 %	86 %	España	76 %	...
China	37 %	44 %	Suecia	82 %	38 %
República Checa	34 %	44 %	Suiza	60 %	54 %
Estonia	47 %	39 %	República Árabe Siria	...	27 %
Finlandia	63 %	63 %	Tayikistán	36 %	46 %
Georgia	6 %	6 %	Tailandia	62 %	41 %
Alemania	...	50 %	Togo	...	0 %
Hungría	100 %	22 %	Túnez	21 %	19 %
India	21 %	...	Ucrania	26 %	36 %
Indonesia	44 %	91 %	Reino Unido	70 %	...
Irán	23 %	25 %	Estados Unidos de América	...	47 %
Kazajstán	56 %	65 %	Uzbekistán	34 %	29 %
Kenya	...	60 %	Viet Nam	18 %	29 %
Kirguistán	40 %	54 %			
Letonia	63 %	...			
Lituania	73 %	64 %			
Luxemburgo	65 %	82 %			
ex República Yugoslava de Macedonia	44 %	97 %			
Malasia	33 %	100 %			
Maldivas	17 %	...			
Malta	...	11 %			
Mauricio	75 %	26 %			
México	32 %	35 %			
Montenegro	...	20 %			
Marruecos	13 %	11 %			
Myanmar	27 %	27 %			
República Federal Democrática de Nepal	22 %	21 %			

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

PORCENTAJE DE USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES QUE VIVEN CON EL VIH

	2009	2011		2009	2011
Afganistán	7 %	7 %	Malasia	22 %	9 %
Albania	0 %	1 %	Maldivas	0 %	...
Argelia	...	7 %	Mauricio	47 %	52 %
Argentina	12 %	...	México	5 %	7 %
Armenia	...	11 %	República de Moldova	16 %	...
Australia	2 %	1 %	Montenegro	0 %	< 1 %
Austria	4 %	...	Marruecos	2 %	11 %
Azerbaiyán	10 %	10 %	Myanmar	36 %	22 %
Bangladesh	2 %	1 %	República Federal Democrática de Nepal	21 %	6 %
Belarús	14 %	17 %	Países Bajos	...	10 %
Bélgica	9 %	...	Nueva Zelanda	0 %	< 1 %
Benin	4 %	6 %	Nigeria	6 %	4 %
Bosnia y Herzegovina	0 %	< 1 %	Omán	...	1 %
Brasil	6 %	6 %	Pakistán	21 %	27 %
Bulgaria	7 %	7 %	Filipinas	0 %	14 %
Camboya	24 %	24 %	Portugal	14 %	...
Canadá	13 %	6 %	Rumania	1 %	1 %
Cabo Verde	...	20 %	Federación de Rusia	16 %	...
China	9 %	6 %	Santa Lucía	6 %	...
Côte d'Ivoire	22 %	...	Senegal	...	9 %
Croacia	0 %	...	Serbia	5 %	2 %
Chipre	...	0 %	Seychelles	...	11 %
República Checa	0 %	< 1 %	España	20 %	16 %
Estonia	63 %	52 %	Suecia	...	5 %
Finlandia	1 %	1 %	Suiza	11 %	7 %
Georgia	2 %	4 %	República Árabe Siria	...	< 1 %
Alemania	...	4 %	Tayikistán	18 %	16 %
Guatemala	2 %	...	Tailandia	39 %	22 %
Hungría	0 %	0 %	ex República Yugoslava de Macedonia	1 %	0 %
India	9 %	...	Togo	...	0 %
Indonesia	52 %	36 %	Túnez	3 %	3 %
Irán	14 %	14 %	Ucrania	23 %	22 %
Italia	...	11 %	Reino Unido	2 %	1 %
Japón	...	< 1 %	Uzbekistán	11 %	8 %
Kazajstán	3 %	4 %	Viet Nam	18 %	13 %
Kenya	...	18 %			
Kirguistán	14 %	15 %			
Letonia	23 %	11 %			
Líbano	0 %	0 %			
Lituania	8 %	4 %			
Luxemburgo	2 %	2 %			
Madagascar	...	7 %			

**PORCENTAJE DE HIJOS DE MADRES
SEROPOSITIVAS A LOS QUE SE REALIZÓ
UNA PRUEBA VIROLÓGICA DEL VIH EN
SUS DOS PRIMEROS MESES DE VIDA**

	2011
Argelia	69 %
Angola	8 %
Antigua y Barbuda	100 %
Argentina	70 %
Armenia	57 %
Australia	100 %
Azerbaiyán	88 %
Bahamas	77 %
Barbados	85 %
Belarús	80 %
Belice	100 %
Benin	33 %
Botswana	46 %
Brasil	35 %
Brunei Darussalam	100 %
Bulgaria	100 %
Burkina Faso	29 %
Burundi	...
Camboya	61 %
Camerún	56 %
Cabo Verde	100 %
República Centroafricana	7 %
Chad	13 %
Chile	99 %
China	22 %
Colombia	48 %
Comoras	100 %
Costa Rica	100 %
Côte d'Ivoire	4 %
Cuba	100 %
República Checa	100 %
República Democrática del Congo	2 %
Djibouti	18 %
Dominica	100 %
República Dominicana	59 %
Ecuador	90 %
Egipto	100 %
El Salvador	95 %
Guinea Ecuatorial	24 %
Etiopía	11 %
Fiji	94 %
Gabón	28 %

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>



	2011		2011
Georgia	96 %	Polonia	100 %
Ghana	18 %	Portugal	91 %
Granada	0 %	Qatar	100 %
Guatemala	10 %	Rumania	70 %
Guinea	12 %	Santa Lucía	60 %
Guinea Bissau	2 %	San Vicente y las Granadinas	83 %
Guyana	45 %	Santo Tomé y Príncipe	0 %
Haití	67 %	Arabia Saudita	109 %
Honduras	71 %	Senegal	8 %
Jamaica	87 %	Serbia	100 %
Japón	100 %	Seychelles	100 %
Kazajstán	97 %	Singapur	100 %
Kenya	39 %	Eslovaquia	100 %
Kiribati	0 %	Somalia	0 %
Kirguistán	3 %	Sudáfrica	50 %
República Democrática Popular Lao	9 %	España	99 %
Letonia	100 %	Sri Lanka	0 %
Lesotho	72 %	Swazilandia	69 %
Liberia	21 %	Tanzanía	29 %
Madagascar	2 %	Tailandia	73 %
Malasia	100 %	Togo	14 %
Malí	49 %	Tonga	0 %
Malta	100 %	Trinidad y Tabago	40 %
Islas Marshall	0 %	Túnez	8 %
República de Moldova	83 %	Tuvalu	0 %
Mongolia	50 %	Uganda	32 %
Marruecos	13 %	Ucrania	55 %
Mozambique	41 %	Reino Unido	99 %
Myanmar	5 %	Uruguay	100 %
Namibia	88 %	Uzbekistán	46 %
República Federal Democrática de Nepal	2 %	Venezuela	65 %
Nueva Zelanda	100 %	Viet Nam	26 %
Nicaragua	72 %	Yemen	14 %
Nigeria	4 %	Zambia	55 %
Omán	83 %	Zimbabwe	29 %
Pakistán	20 %		
Panamá	60 %		
Papua Nueva Guinea	22 %		
Paraguay	27 %		
Perú	10 %		
Filipinas	5 %		

NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH EN NIÑOS

	2009			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
EL CARIBE						
Haití	1 300	< 1 000	1 600	< 1 000	< 1 000	1 200
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL						
Djibouti	< 200	< 200	< 200	< 200	< 100	< 200
OCEANÍA						
Papua Nueva Guinea	< 500	< 500	< 1 000	< 500	< 200	< 500
ÁFRICA SUBSAHARIANA						
Angola	5 300	3 500	8 400	5 300	3 400	8 700
Benin	1 100	< 1 000	1 400	1 000	< 1 000	1 300
Botswana	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 500	< 1 000
Burkina Faso	2 500	2 100	3 500	2 200	1 800	3 100
Burundi	2 000	1 600	2 400	1 200	< 1 000	1 600
Camerún	8 900	7 400	11 000	6 800	5 400	8 500
República Centroafricana	2 300	1 600	2 600	1 800	1 000	2 200
Congo	1 600	1 400	1 900	1 700	1 400	2 000
Etiopía	19 000	16 000	23 000	13 000	10 000	16 000
Gabón	< 500	< 500	< 1 000	< 500	< 200	< 1 000
Ghana	3 900	3 100	4 800	2 700	2 000	3 600
Guinea Bissau	< 1 000	< 500	< 1 000	< 1 000	< 500	< 1 000
Kenya	23 000	20 000	27 000	13 000	10 000	17 000
Lesotho	4 700	4 100	5 400	3 800	3 100	4 500
Malawi	21 000	18 000	25 000	16 000	13 000	20 000
Mozambique	28 000	23 000	35 000	27 000	22 000	34 000
Namibia	1 900	1 300	2 700	< 1 000	< 500	1 500
Nigeria	71 000	60 000	83 000	69 000	57 000	82 000
Rwanda	2 400	1 800	3 000	1 800	1 300	2 700
Sierra Leona	< 1 000	< 1 000	1 000	< 1 000	< 500	1 000
Sudáfrica	57 000	48 000	67 000	29 000	26 000	39 000
Sudán del Sur	...	...	...	2 700	1 800	3 800
Swazilandia	2 000	1 700	2 400	1 300	1 000	1 600
Tanzanía	27 000	23 000	32 000	22 000	18 000	27 000
Togo	2 700	2 000	3 600	1 400	< 1 000	2 900
Uganda	27 000	24 000	32 000	21 000	17 000	26 000
Zambia	21 000	18 000	25 000	9 500	7 700	14 000
Zimbabue	21 000	19 000	25 000	15 000	12 000	17 000

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIH EN PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS, 2011

	Porcentaje estimado de mujeres embarazadas seropositivas que recibieron antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil			Número estimado de mujeres embarazadas seropositivas que necesitan antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil			Número de mujeres embarazadas seropositivas que recibieron antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Total
EL CARIBE							
Cuba	...	> 95	> 95	...	< 100	< 100	120
Dominica	3
República Dominicana	...	62	> 95	...	< 1 000	1 700	1 074
Granada	7
Haití	77	64	> 95	4 700	3 700	5 700	3 650
Jamaica	...	43	91	...	< 500	< 1 000	284
Saint Kitts y Nevis	3
Santa Lucía	4
San Vicente y las Granadinas	14
ASIA ORIENTAL							
China	2 500
Mongolia	...	10	16	...	< 100	< 100	< 100
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL							
Armenia	...	15	75	...	< 100	< 200	15
Azerbaiyán	...	41	> 95	...	< 100	< 100	23
Belarús	< 100	< 100	181
Georgia	...	39	> 95	...	< 100	< 100	27
Kazajstán	...	78	> 95	...	< 200	< 500	247
Kirguistán	...	15	34	...	< 500	< 500	70
República de Moldova	...	48	76	...	< 200	< 500	123
Federación de Rusia	...	> 95	> 95	...	4 500	9 100	8 928
Tayikistán	...	15	48	...	< 200	< 1 000	76
Turkmenistán	0
Ucrania	...	> 95	> 95	...	< 1 000	2 100	3 592
AMÉRICA LATINA							
Argentina	...	37	75	...	< 1 000	1 900	708
Belize	...	45	83	...	< 100	< 200	65
Bolivia	...	> 95	> 95	...	< 100	< 100	168
Brasil	...	63	> 95	...	5 500	10 000	6 528
Chile	...	49	> 95	...	< 100	< 500	123
Colombia	...	22	78	...	< 1 000	2 400	531
Costa Rica	...	13	21	...	...	...	25
Ecuador	...	36	> 95	...	< 500	1 900	684
El Salvador	...	8	73	...	< 100	< 1 000	55
Guatemala	...	4	> 95	...	< 500	8 600	362
Guyana	...	> 95	> 95	...	< 100	< 200	154
Honduras	...	29	65	...	< 500	< 1 000	231
México	...	34	69	...	< 1 000	1 600	547

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	Porcentaje estimado de mujeres embarazadas seropositivas que recibieron antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil			Número estimado de mujeres embarazadas seropositivas que necesitan antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil			Número de mujeres embarazadas seropositivas que recibieron antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Total
Nicaragua	...	8	57	...	< 200	1 300	104
Panamá	...	41	> 95	...	< 100	< 500	144
Paraguay	...	13	87	...	< 200	< 1 000	122
Perú	...	17	> 95	...	< 500	3 100	539
Suriname	...	88	> 95	...	< 100	< 200	112
Uruguay	...	20	> 95	...	< 100	< 500	74
Venezuela	...	10	67	...	< 500	2 800	285
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL							
Argelia	...	30	75	...	< 200	< 500	128
Djibouti	14	10	20	< 500	< 500	< 500	47
Egipto	...	3	14	...	< 100	< 500	7
Irán	...	15	25	...	< 500	< 1 000	74
Iraq	0
Jordania	1
Libano	...	0	0	...	< 100	< 100	0
Libia	0
Marruecos	...	13	30	...	< 500	< 1 000	124
Somalia	...	2	6	...	1 300	3 400	79
Sudán	...	2	4	...	2 100	3 500	76
República Árabe Siria	0
Túnez	...	56	82	...	< 100	< 100	9
Yemen	...	1	2	...	< 1 000	1 300	17
OCEANÍA							
Micronesia (Estados Federados de)	2
Fiji	...	0	0	...	< 100	< 100	0
Kiribati	1
Islas Marshall	0
Nauru	0
Palau	0
Papua Nueva Guinea	21	17	26	1 000	< 1 000	1 300	223
Samoa	0
Islas Salomón	0
Tonga	0
Tuvalu	0
Vanuatu	1
ÁFRICA SUBSAHARIANA							
Angola	16	10	24	16 000	11 000	25 000	2 584
Benin	30	24	36	3 800	3 100	4 600	1 115
Botswana	94	83	> 95	14 000	12 000	15 000	12 738

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIH EN PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS, 2011

	Porcentaje estimado de mujeres embarazadas seropositivas que recibieron antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil			Número estimado de mujeres embarazadas seropositivas que necesitan antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil			Número de mujeres embarazadas seropositivas que recibieron antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Total
Burkina Faso	46	34	54	6 800	5 700	9 100	3 098
Burundi	52	43	62	5 200	4 300	6 200	2 670
Camerún	53	45	62	29 000	25 000	34 000	15 190
Cabo Verde	...	31	72	...	< 100	< 500	63
República Centroafricana	48	41	74	6 000	3 900	7 100	2 874
Chad	11	8	14	14 000	11 000	20 000	1 611
Comoras	...	0	0	...	< 100	< 100	0
Congo	6	5	7	3 900	3 300	4 600	233
República Democrática del Congo	...	...	...	...	...	...	2 098
Côte d'Ivoire	68	56	81	16 000	13 000	19 000	10 875
Eritrea	0	0	0	1 200	< 1 000	2 900	0
Etiopía	24	20	28	43 000	36 000	51 000	10 103
Gabón	48	32	73	1 700	1 200	2 600	839
Gambia	...	47	> 95	...	< 500	2 000	922
Ghana	75	61	90	11 000	8 900	13 000	8 057
Guinea	40	31	55	4 700	3 500	6 300	1 921
Guinea Bissau	32	27	40	1 500	1 200	1 800	490
Kenya	67	59	75	87 000	77 000	98 000	57 644
Lesotho	62	55	70	16 000	14 000	18 000	10 105
Liberia	59	42	77	1 400	1 100	1 900	809
Madagascar	...	8	16	...	< 1 000	1 400	106
Malawi	53	46	61	63 000	55 000	74 000	33 557
Malí	...	20	42	...	3 600	7 600	1 523
Mauritania	...	1	4	...	< 1 000	1 900	25
Mauricio	...	49	> 95	...	< 100	< 200	67
Mozambique	51	43	61	98 000	83 000	120 000	50 554
Namibia	85	69	> 95	9 300	7 100	11 000	7 868
Níger	...	27	42	...	3 700	5 800	1 571
Nigeria	18	15	21	230 000	190 000	270 000	40 517
Rwanda	56	45	66	11 000	9 000	13 000	5 960
Santo Tomé y Príncipe	...	53	> 95	...	< 100	< 100	21
Senegal	...	24	39	...	2 200	3 600	850
Seychelles	...	...	...	...	...	...	6
Sierra Leona	74	54	> 95	3 100	2 400	4 400	2 338
Sudáfrica	> 95	> 95	> 95	240 000	210 000	270 000	260 073
Sudán del Sur	6	5	10	7 800	5 100	11 000	507
Swazilandia	> 95	86	> 95	11 000	9 600	12 000	10 641
Tanzanía	74	65	85	96 000	84 000	110 000	71 041

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	Porcentaje estimado de mujeres embarazadas seropositivas que recibieron antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil			Número estimado de mujeres embarazadas seropositivas que necesitan antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil			Número de mujeres embarazadas seropositivas que recibieron antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Total
Togo	61	47	79	6 900	5 300	8 900	4 173
Uganda	45	39	52	97 000	85 000	110 000	43 889
Zambia	86	74	> 95	83 000	73 000	96 000	71 429
Zimbabwe	54	48	62	66 000	58 000	75 000	35 948
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL							
Afganistán	...	2	9	...	< 100	< 500	7
Bangladesh	...	18	75	...	< 100	< 100	15
Bhután	...	13	38	...	< 100	< 100	5
Camboya	...	30	86	...	1 100	3 100	930
Indonesia	...	8	23	...	3 500	10 000	813
República Democrática Popular Lao	...	11	26	...	< 200	< 500	49
Malasia	...	77	> 95	...	< 500	< 500	353
Maldivas	...	0	0	...	< 100	< 100	0
Myanmar	...	60	> 95	...	2 300	5 000	3 003
República Federal Democrática de Nepal	...	7	29	...	< 500	1 400	103
Pakistán	...	1	5	...	1 300	4 800	57
Filipinas	...	4	8	...	< 200	< 500	13
Sri Lanka	...	6	14	...	< 100	< 200	7
Tailandia	...	73	> 95	...	3 600	6 200	4 587
Timor-Leste	5
Viet Nam	...	23	42	...	2 900	5 400	1 231
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE							
Albania	1
Bosnia y Herzegovina	0
Bulgaria	...	12	35	...	< 100	< 100	9
Letonia	...	45	> 95	...	< 100	< 200	48
Lituania	...	56	> 95	...	< 100	< 100	9
ex República Yugoslava de Macedonia	0
Montenegro	0
Rumania	...	> 95	> 95	...	< 100	< 200	160
Serbia	...	11	33	...	< 100	< 100	4
Turquía	...	0	0	...	< 100	< 200	0

**PORCENTAJE DE ADULTOS Y NIÑOS
SEROPOSITIVOS QUE SIGUEN EL
TRATAMIENTO 12 MESES DESPUÉS DE QUE
INICIARAN LA TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA**

	2011
Afganistán	96 %
Argelia	75 %
Angola	69 %
Antigua y Barbuda	86 %
Armenia	81 %
Azerbaiyán	79 %
Bahamas	71 %
Bangladesh	84 %
Barbados	95 %
Belarús	81 %
Bélgica	88 %
Belice	89 %
Benin	93 %
Bhután	89 %
Bolivia	60 %
Bosnia y Herzegovina	100 %
Botswana	95 %
Brasil	93 %
Brunei Darussalam	100 %
Bulgaria	92 %
Burundi	91 %
Camboya	93 %
Camerún	62 %
Cabo Verde	97 %
Rep. Centroafricana	77 %
Chad	69 %
Chile	94 %
China	87 %
República del Congo	69 %
Côte d'Ivoire	41 %
Croacia	96 %
Cuba	93 %
República Checa	93 %
República Democrática del Congo	75 %
Djibouti	96 %
Dominica	88 %
República Dominicana	82 %
Ecuador	95 %
Egipto	94 %
El Salvador	83 %
Guinea Ecuatorial	75 %
Etiopía	73 %
Fiji	75 %
Gambia	82 %
Georgia	79 %

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>



	2011		2011
Alemania	86 %	Nigeria	73 %
Ghana	71 %	Omán	74 %
Granada	52 %	Palau	...
Guatemala	87 %	Papua Nueva Guinea	78 %
Guinea	77 %	Paraguay	81 %
Guinea Bissau	62 %	Perú	88 %
Guyana	80 %	Filipinas	92 %
Haití	78 %	Qatar	100 %
Honduras	84 %	República de Corea	92 %
Indonesia	68 %	Rwanda	93 %
Irán	82 %	Saint Kitts y Nevis	100 %
Jamaica	76 %	Santa Lucía	77 %
Japón	96 %	San Vicente y las Granadinas	70 %
Jordania	100 %	Santo Tomé y Príncipe	96 %
Kazajistán	64 %	Senegal	74 %
Kenya	75 %	Seychelles	81 %
Kirguistán	88 %	Sierra Leona	83 %
República Democrática Popular Lao	88 %	Singapur	97 %
Letonia	42 %	Eslovaquia	93 %
Líbano	87 %	Islas Salomón	100 %
Lesotho	75 %	Somalia	84 %
Liberia	62 %	Sudán del Sur	63 %
Lituania	97 %	Sri Lanka	78 %
Madagascar	95 %	Sudán	62 %
Malawi	80 %	Suriname	66 %
Malasia	92 %	Swazilandia	87 %
Maldivas	67 %	Suecia	97 %
Malta	95 %	Tayikistán	73 %
Islas Marshall	100 %	Tanzanía	71 %
Mauritania	86 %	Tailandia	83 %
Mauricio	87 %	ex República Yugoslava de Macedonia	88 %
México	88 %	Timor-Leste	83 %
República de Moldova	81 %	Togo	87 %
Mongolia	83 %	Trinidad y Tabago	83 %
Montenegro	75 %	Túnez	96 %
Marruecos	91 %	Uganda	70 %
Mozambique	74 %	Ucrania	82 %
Myanmar	87 %	Reino Unido	89 %
Namibia	82 %	Uruguay	65 %
República Federal Democrática de Nepal	82 %	Uzbekistán	85 %
Países Bajos	89 %	Vanuatu	100 %
Nueva Zelanda	98 %	Venezuela	95 %
Nicaragua	71 %	Viet Nam	82 %
Níger	72 %	Zimbabwe	86 %

ESTIMACIÓN DE PERSONAS QUE RECIBEN Y NECESITAN TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO, Y COBERTURA, 2009 Y 2011

2009

2011

Número estimado de personas que necesitan terapia antirretrovírica según las directrices de la OMS de 2010

	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
EL CARIBE						
Cuba	5 000	4 200	6 000	6 800	5 700	8 000
Dominica	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	23 000	20 000	26 000	25 000	22 000	28 000
Granada	...	...	...	...	...	...
Haití	54 000	47 000	61 000	60 000	52 000	67 000
Jamaica	15 000	12 000	18 000	15 000	13 000	19 000
Saint Kitts y Nevis	...	...	...	...	...	...
Santa Lucía	...	...	...	...	...	...
San Vicente y las Granadinas	...	...	...	...	...	...
ASIA ORIENTAL						
China	...	...	...	...	...	...
Mongolia	< 100	< 100	< 100	< 200	< 200	< 200
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL						
Armenia	1 500	< 1 000	3 100	1 500	< 1 000	2 800
Azerbaiyán	2 200	1 500	3 000	2 500	1 800	3 300
Belarús	...	...	...	...	...	...
Georgia	1 000	< 500	1 900	1 500	< 1 000	2 500
Kazajstán	5 600	4 700	7 300	6 800	5 900	8 500
Kirguistán	1 200	< 1 000	2 100	2 200	1 600	3 700
República de Moldova	5 200	4 300	6 200	5 700	4 800	6 800
Federación de Rusia	...	220 000	340 000	...	250 000	390 000
Tayikistán	3 000	1 800	5 200	3 600	2 300	5 800
Ucrania	120 000	92 000	150 000	120 000	95 000	160 000
Uzbekistán	...	...	...	...	...	...
AMÉRICA LATINA						
Argentina	53 000	47 000	61 000	59 000	51 000	66 000
Belice	1 900	1 600	2 200	2 200	2 000	2 500
Bolivia	8 800	5 900	13 000	8 200	5 300	13 000
Brasil	290 000	270 000	320 000	300 000	280 000	330 000
Chile	22 000	17 000	31 000	24 000	19 000	31 000
Colombia	65 000	40 000	97 000	67 000	41 000	100 000
Costa Rica	...	...	...	...	...	...
Ecuador	15 000	9 800	28 000	16 000	13 000	28 000
El Salvador	7 500	5 500	12 000	9 600	6 600	16 000
Guatemala	19 000	12 000	38 000	24 000	14 000	61 000
Guyana	3 900	2 900	5 300	4 200	3 300	5 300
Honduras	22 000	17 000	29 000	20 000	16 000	26 000
México	76 000	70 000	85 000	86 000	80 000	96 000
Nicaragua	1 900	1 000	4 000	2 600	1 600	5 500

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

2009

2011

2009

2011

Cobertura estimada del tratamiento antirretrovirico según las directrices de la OMS de 2010

Número registrado de personas que siguen la terapia antirretrovirica

Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Total	Total
> 95	84	> 95	> 95	87	> 95	5 034	7 018
...	...	...	...	...	...	38	39
60	54	69	80	72	90	13 785	20 247
...	...	...	...	...	...	54	73
48	43	56	58	52	67	26 007	34 935
50	40	60	60	48	71	7 244	9 167
...	...	...	...	...	...	...	50
...	...	...	...	...	...	124	170
...	...	...	...	...	...	162	184
...	...	...	...	...	...	65 481	126 448
15	13	17	27	23	31	10	38
...
12	6	20	22	12	34	179	330
11	8	16	28	22	38	238	707
28	20	37	40	29	54	1 776	3 223
63	34	> 95	76	44	> 95	655	1 122
18	14	22	27	21	31	1 035	1 830
19	11	29	23	14	33	231	510
19	16	23	29	24	35	984	1 666
...	22	27	...	22	27	75 900	85 716
11	6	18	22	13	33	322	769
13	10	17	22	17	28	15 871	26 720
...	...	...	...	...	...	1 753	3 832
81	70	92	79	69	91	42 815	46 000
45	38	52	62	55	69	855	1 358
13	8	19	15	10	24	1 115	1 261
64	58	69	71	65	77	185 982	215 676
59	42	76	66	50	83	12 762	15 617
25	17	40	46	30	74	16 302	30 612
68	60	80	73	65	85	3 064	3 663
36	20	57	68	40	90	5 538	11 201
> 95	70	> 95	72	43	> 95	...	6 923
55	27	88	56	22	> 95	10 362	13 585
72	53	> 95	82	65	> 95	2 832	3 432
32	25	41	41	32	51	7 075	8 355
80	72	87	84	75	90	60 911	71 849
57	26	> 95	65	31	> 95	1 063	1 686

ESTIMACIÓN DE PERSONAS QUE RECIBEN Y NECESITAN TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO, Y COBERTURA, 2009 Y 2011

2009

2011

Número estimado de personas que necesitan terapia antirretrovírica según las directrices de la OMS de 2010

	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
Panamá	11 000	7 500	17 000	11 000	8 200	16 000
Paraguay	3 100	2 000	5 900	4 300	2 900	8 100
Perú	32 000	22 000	51 000	36 000	24 000	65 000
Suriname	2 600	1 800	3 900	2 400	1 800	3 500
Uruguay	6 400	4 100	14 000	6 500	4 200	14 000
Venezuela	44 000	25 000	95 000	51 000	30 000	110 000
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL						
Argelia	...	4 100	7 100	...	5 200	8 900
Djibouti	4 900	4 100	5 900	4 900	4 000	6 100
Egipto	3 600	2 000	8 500	3 600	2 200	8 100
Irán	34 000	30 000	38 000	37 000	33 000	42 000
Jordania	...	...	...	...	...	...
Líbano	1 000	< 1 000	1 600	1 200	< 1 000	1 700
Marruecos	8 700	6 200	12 000	11 000	7 700	15 000
Somalia	14 000	10 000	20 000	15 000	11 000	21 000
Sudán	26 000	21 000	32 000	28 000	23 000	33 000
República Árabe Siria	...	...	...	...	...	...
Túnez	3 600	1 600	11 000	3 800	1 600	12 000
Yemen	6 900	5 400	8 600	8 100	6 600	9 700
OCEANÍA						
Islas Cook	...	...	...	...	...	...
Micronesia (Estados Federados de)	...	...	...	...	...	...
Fiji	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 200
Kiribati	...	...	...	...	...	...
Islas Marshall	...	...	...	...	...	...
Nauru	...	...	...	...	...	...
Niue	...	...	...	...	...	...
Palau	...	...	...	...	...	...
Papua Nueva Guinea	12 000	9 600	14 000	14 000	12 000	16 000
Samoa	...	...	...	...	...	...
Islas Salomón	...	...	...	...	...	...
Tonga	...	...	...	...	...	...
Tuvalu	...	...	...	...	...	...
Vanuatu	...	...	...	...	...	...
ÁFRICA SUBSAHARIANA						
Angola	76 000	56 000	110 000	93 000	69 000	130 000
Benin	29 000	25 000	32 000	33 000	29 000	37 000
Botswana	160 000	150 000	170 000	190 000	180 000	190 000
Burkina Faso	60 000	54 000	75 000	64 000	57 000	79 000
Burundi	50 000	45 000	56 000	49 000	45 000	56 000

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

2009

2011

2009

2011

Cobertura estimada del tratamiento antirretrovirico según las directrices de la OMS de 2010

Número registrado de personas que siguen la terapia antirretrovirica

2009			2011			Número registrado de personas que siguen la terapia antirretrovirica	
Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Total	Total
42	27	59	49	32	63	4 463	5 156
66	35	> 95	69	36	> 95	2 073	2 952
46	29	66	60	33	90	14 780	21 509
38	25	54	53	36	72	973	1 276
39	18	61	41	19	63	2 510	2 658
74	34	> 95	79	38	> 95	32 302	40 384
28	22	37	39	30	51	1 526	2 680
19	16	22	27	22	33	913	1 328
10	4	18	21	9	34	359	760
4	4	5	7	7	8	1 486	2 752
...	...	...	...	...	...	63	108
35	23	54	36	25	52	354	425
31	22	43	37	27	52	2 647	4 047
4	3	6	7	5	11	578	1 139
8	6	9	9	7	11	1 996	2 500
...	...	...	...	...	...	99	130
70	61	81	67	61	76	412	483
4	3	5	8	6	9	274	625
...	...	...	...	...	...	...	0
...	...	...	...	...	...	5	...
93	78	> 95	87	71	> 95	52	74
...	...	...	...	...	...	...	6
...	...	...	...	...	...	4	7
...	...	...	...	...	...	...	0
...	...	...	...	...	...	...	0
...	...	...	...	...	...	3	2
58	47	71	68	58	79	6 751	9 435
...	...	...	...	...	...	...	12
...	...	...	...	...	...	8	8
...	...	...	...	...	...	...	0
...	...	...	...	...	...	1	0
...	...	...	...	...	...	2	3
27	19	37	36	26	49	20 640	33 515
53	47	60	61	54	68	15 401	19 930
90	86	94	> 95	92	> 95	145 190	178 684
44	35	49	57	46	63	26 448	36 248
35	31	39	54	47	58	17 661	26 402

ESTIMACIÓN DE PERSONAS QUE RECIBEN Y NECESITAN TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO, Y COBERTURA, 2009 Y 2011

2009

2011

Número estimado de personas que necesitan terapia antirretrovírica según las directrices de la OMS de 2010

	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
Camerún	230 000	210 000	260 000	260 000	240 000	280 000
Cabo Verde	1 400	1 000	1 800	1 600	1 200	2 100
República Centroafricana	63 000	55 000	67 000	64 000	55 000	69 000
Chad	82 000	71 000	96 000	96 000	84 000	110 000
Comoras	< 100	< 100	< 200	< 200	< 100	< 200
Congo	33 000	29 000	37 000	38 000	34 000	42 000
República Democrática del Congo	...	...	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	200 000	180 000	210 000	200 000	180 000	220 000
Eritrea	12 000	7 600	22 000	13 000	8 600	24 000
Etiopía	490 000	440 000	530 000	470 000	430 000	510 000
Gabón	21 000	15 000	28 000	23 000	18 000	31 000
Gambia	4 300	2 200	8 200	5 300	3 100	10 000
Ghana	110 000	94 000	120 000	120 000	100 000	130 000
Guinea	35 000	29 000	42 000	40 000	34 000	47 000
Guinea Bissau	6 800	5 000	8 500	9 100	7 400	11 000
Kenya	660 000	620 000	710 000	750 000	700 000	790 000
Lesotho	120 000	120 000	130 000	150 000	140 000	150 000
Liberia	16 000	13 000	19 000	15 000	13 000	18 000
Madagascar	11 000	8 500	19 000	13 000	9 600	19 000
Malawi	420 000	390 000	460 000	480 000	450 000	520 000
Malí	49 000	40 000	59 000	55 000	45 000	66 000
Mauritania	6 600	4 400	10 000	8 300	5 500	13 000
Mauricio	3 500	2 400	5 000	3 600	2 500	4 900
Mozambique	490 000	440 000	570 000	600 000	530 000	680 000
Namibia	91 000	76 000	110 000	110 000	96 000	120 000
Níger	24 000	21 000	28 000	28 000	24 000	32 000
Nigeria	1 200 000	1 100 000	1 400 000	1 400 000	1 300 000	1 600 000
Rwanda	100 000	90 000	110 000	120 000	110 000	130 000
Santo Tomé y Príncipe	< 500	< 500	< 1 000	< 500	< 500	< 1 000
Senegal	18 000	15 000	22 000	23 000	19 000	27 000
Seychelles	...	...	...	...	...	...
Sierra Leona	16 000	14 000	19 000	20 000	17 000	23 000
Sudáfrica	2 300 000	2 200 000	2 500 000	2 600 000	2 400 000	2 700 000
Sudán del Sur	...	...	...	57 000	39 000	79 000
Swazilandia	74 000	70 000	79 000	88 000	84 000	93 000
Tanzanía	620 000	580 000	670 000	700 000	650 000	760 000
Togo	64 000	50 000	79 000	69 000	55 000	86 000
Uganda	490 000	450 000	530 000	580 000	540 000	630 000
Zambia	350 000	310 000	370 000	510 000	480 000	540 000
Zimbabwe	590 000	550 000	630 000	620 000	590 000	660 000

2009

2011

2009

2011

Cobertura estimada del tratamiento antirretrovirico según las directrices de la OMS de 2010

Número registrado de personas que siguen la terapia antirretrovirica

	2009			2011			Número registrado de personas que siguen la terapia antirretrovirica	
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Total	Total
	33	30	36	41	38	44	76 228	105 653
	44	33	59	46	34	60	611	719
	23	22	26	22	21	26	14 474	14 405
	39	34	45	34	29	39	32 288	32 832
	15	11	19	19	14	26	12	19
	24	21	27	44	40	49	7 998	16 861
	...	...	...	...	...	...	34 967	53 554
	37	34	40	41	37	45	72 011	82 721
	43	23	65	49	26	72	4 955	6 245
	36	33	40	56	52	62	176 632	265 174
	48	36	65	53	40	69	9 976	12 280
	21	11	42	54	29	92	921	2 891
	28	24	32	47	41	54	30 265	54 589
	43	36	53	58	49	69	14 999	23 135
	41	33	55	56	47	69	2 764	5 104
	51	48	54	72	68	76	336 980	538 983
	50	47	53	58	54	61	61 736	83 626
	19	15	23	38	32	45	2 970	5 839
	2	1	3	3	2	4	214	383
	47	44	51	67	62	72	198 846	322 209
	43	36	52	53	44	65	21 100	29 237
	21	14	32	21	14	32	1 401	1 738
	19	13	27	37	27	53	652	1 349
	34	30	39	46	40	51	170 198	273 561
	78	66	93	> 95	85	> 95	70 498	104 531
	27	23	31	34	30	39	6 445	9 420
	25	22	28	30	28	34	302 973	432 285
	77	70	86	82	75	90	76 726	96 123
	39	30	51	52	39	68	169	252
	68	56	82	56	47	67	12 249	12 762
	...	...	...	...	...	...	139	181
	22	19	26	41	35	49	3 660	8 115
	42	40	45	66	62	70	971 556	1 702 060
	...	...	...	6	4	9	1 829	3 442
	64	60	68	83	78	87	47 241	72 402
	32	30	34	40	37	43	199 413	277 070
	26	21	33	42	34	53	16 710	29 045
	41	38	44	54	50	58	200 413	313 117
	81	77	90	82	76	87	283 863	415 685
	37	35	39	77	72	81	218 589	476 321

ESTIMACIÓN DE PERSONAS QUE RECIBEN Y NECESITAN TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO, Y COBERTURA, 2009 Y 2011

2009

2011

Número estimado de personas que necesitan terapia antirretrovírica según las directrices de la OMS de 2010

	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL						
Afganistán	1 400	< 1 000	3 000	1 700	< 1 000	4 300
Bangladesh	1 600	1 100	3 200	2 200	1 800	3 900
Bhután	< 200	< 100	< 500	< 500	< 200	< 500
Camboya	41 000	35 000	54 000	46 000	39 000	60 000
India	...	...	...	...	...	...
Indonesia	64 000	42 000	94 000	100 000	68 000	140 000
República Democrática Popular Lao	2 800	1 800	4 500	3 800	2 800	5 600
Malasia	34 000	27 000	43 000	38 000	32 000	45 000
Maldivas	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Myanmar	120 000	110 000	140 000	120 000	110 000	140 000
República Federal Democrática de Nepal	26 000	19 000	47 000	26 000	19 000	50 000
Pakistán	16 000	11 000	25 000	25 000	17 000	44 000
Filipinas	2 600	1 700	3 300	3 900	3 000	4 800
Sri Lanka	1 200	< 1 000	13 000	1 500	1 200	8 700
Tailandia	300 000	280 000	320 000	320 000	300 000	340 000
Timor-Leste	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	85 000	72 000	100 000	110 000	90 000	130 000
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE						
Albania	...	...	...	...	...	...
Bosnia y Herzegovina	...	...	...	...	...	...
Bulgaria	1 300	< 1 000	1 600	1 500	1 200	1 900
Letonia	2 600	2 100	3 400	3 000	2 400	3 900
Lituania	< 1 000	< 500	< 1 000	< 1 000	< 500	< 1 000
ex República Yugoslava de Macedonia	...	...	...	...	...	...
Montenegro	...	...	...	...	...	...
Rumania	9 800	8 500	11 000	10 000	9 100	11 000
Serbia	1 300	< 1 000	1 700	1 500	1 200	1 900
Turquía	1 500	1 200	1 900	2 000	1 600	2 500

2009

2011

2009

2011

Cobertura estimada del tratamiento antirretrovirico según las directrices de la OMS de 2010

Número registrado de personas que siguen la terapia antirretrovirica

	2009			2011			Número registrado de personas que siguen la terapia antirretrovirica	
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Total	Total
	1	1	3	6	3	11	19	111
	22	11	32	31	17	38	353	681
	19	14	45	24	17	33	...	64
	91	69	> 95	> 95	78	> 95	37 315	46 473
	...	...	...	...	...	...	330 300	543 000
	24	16	37	24	17	36	15 442	24 410
	48	30	75	53	36	71	1 345	1 988
	29	23	37	37	31	43	9 962	14 002
	22	18	26	22	17	26	3	3
	17	15	20	32	28	37	21 138	40 128
	14	7	19	24	13	34	3 550	6 483
	8	5	12	10	6	15	1 320	2 491
	29	22	44	51	41	66	750	1 992
	17	2	21	21	4	26	207	311
	72	67	76	71	66	75	216 118	225 272
	...	...	...	...	...	...	31	60
	44	37	53	58	48	68	37 995	60 924
	...	...	...	...	...	...	114	161
	...	...	...	...	...	...	38	63
	26	20	33	25	20	33	327	383
	17	13	21	18	14	23	439	560
	29	22	36	25	20	32	145	...
	...	...	...	...	...	...	24	45
	...	...	...	...	...	...	31	58
	74	65	86	74	66	83	7 244	7 536
	60	46	> 95	65	51	86	790	987
	67	52	86	50	39	63	1 000	...

ESTIMACIÓN DE NIÑOS QUE RECIBEN Y NECESITAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA, Y COBERTURA, 2009 Y 2011

2009

2011

Número estimado de niños que necesitan terapia antirretrovírica

	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
EL CARIBE						
Cuba
Dominica
República Dominicana
Granada
Haití	6 700	5 500	8 000	7 800	6 300	9 300
Jamaica
Saint Kitts y Nevis
Santa Lucía
San Vicente y las Granadinas
ASIA ORIENTAL						
China
Mongolia
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL						
Armenia
Azerbaiyán
Belarús
Georgia
Kazajstán
Kirguistán
República de Moldova
Federación de Rusia
Tayikistán
Ucrania
Uzbekistán
AMÉRICA LATINA						
Argentina
Belice
Bolivia
Brasil
Chile
Costa Rica
Ecuador
El Salvador
Guatemala
Guyana
Honduras
México
Nicaragua

2009

2011

2009

2011

Cobertura estimada de la terapia antirretrovírica entre niños

Número registrado de niños de entre 0 y 14 años que reciben terapia antirretrovírica

	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Total	Total
...	20	15
...	1	0
...	782	1 010
...	3	3
19	13	41	25	21	31	1 098	1 969	
...	436	462	
...	1	1
...	3	3	
...	3	4	
...	1 594	2 322	
...	0	
...	7	11	
...	3	15	
...	95	139	
...	28	35	
...	191	247	
...	101	170	
...	34	52	
...	1 998	...	
...	9	56	
...	1 720	2 268	
...	225	1 794	
...	2 000	1 286	
...	80	88	
...	50	61	
...	7 939	5 215	
...	186	199	
...	61	61	
...	407	576	
...	300	390	
...	768	935	
...	165	201	
...	719	736	
...	1 594	1 630	
...	56	64	

ESTIMACIÓN DE NIÑOS QUE RECIBEN Y NECESITAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA, Y COBERTURA, 2009 Y 2011

2009

2011

Número estimado de niños que necesitan terapia antirretrovírica

	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
Panamá	...	...	...	...	...	...
Paraguay	...	...	...	...	...	...
Perú	...	...	...	...	...	...
Suriname	...	...	...	...	...	...
Uruguay	...	...	...	...	...	...
Venezuela	...	...	...	...	...	...
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL						
Argelia	...	...	...	...	...	...
Djibouti	< 1 000	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 1 000
Egipto	...	...	...	...	...	...
Irán	...	...	...	...	...	...
Iraq	...	...	...	...	...	...
Jordania	...	...	...	...	...	...
Líbano	...	...	...	...	...	...
Marruecos	...	...	...	...	...	...
Omán	...	...	...	...	...	...
Somalia	...	...	...	...	...	...
Sudán	...	...	...	...	...	...
República Árabe Siria	...	...	...	...	...	...
Túnez	...	...	...	...	...	...
Yemen	...	...	...	...	...	...
OCEANÍA						
Islas Cook	...	...	...	...	...	...
Micronesia (Estados Federados de)	...	...	...	...	...	...
Fiji	...	...	...	...	...	...
Kiribati	...	...	...	...	...	...
Islas Marshall	...	...	...	...	...	...
Niue	...	...	...	...	...	...
Palau	...	...	...	...	...	...
Papua Nueva Guinea	1 600	1 200	2 100	2 000	1 500	2 500
Samoa	...	...	...	...	...	...
Islas Salomón	...	...	...	...	...	...
Vanuatu	...	...	...	...	...	...
ÁFRICA SUBSAHARIANA						
Angola	15 000	11 000	22 000	21 000	15 000	30 000
Benin	4 600	3 800	5 700	5 700	4 700	6 900
Botswana	9 400	8 900	9 900	11 000	10 000	12 000
Burkina Faso	12 000	9 600	15 000	13 000	10 000	16 000
Burundi	10 000	8 700	12 000	11 000	9 400	13 000
Camerún	29 000	25 000	34 000	35 000	30 000	41 000

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

2009

2011

2009

2011

Cobertura estimada de la terapia antirretrovírica entre niños

Número registrado de niños de entre 0 y 14 años que reciben terapia antirretrovírica

	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Total	Total
	256	250
	130	167
	517	495
	80	82
	160	82
	784	962
	97	200
4	2	8	6	5	8	24	41	
...	...	...	...	...	...	27	32
...	...	...	...	...	...	54	97
...	...	...	...	...	...	...	0
...	...	...	...	...	...	2	2
...	...	...	...	...	...	9	4
...	...	...	...	...	...	145	205
...	...	...	...	...	...	26	...
...	...	...	...	...	...	9	48
...	...	...	...	...	...	...	263
...	...	...	...	...	...	8	1
...	...	...	...	...	...	12	19
...	...	...	...	...	...	9	38
...	...	...	...	...	...	...	0
...	...	...	...	...	...	...	0
...	...	...	...	...	...	1	2
...	...	...	...	...	...	...	1
...	...	...	...	...	...	...	0
...	...	...	...	...	...	...	0
...	...	...	...	...	...	...	0
26	17	49	31	24	40	427	608	
...	...	...	...	...	...	...	3
...	...	...	...	...	...	...	0
...	...	...	...	...	...	1	2
13	8	25	11	8	16	1 548	2 314	
41	28	77	23	19	28	1 135	1 300	
90	76	> 95	88	84	93	8 490	7 939	
17	11	35	14	11	17	1 354	1 776	
11	8	19	17	15	20	1 596	1 548	
11	8	20	13	11	15	3 114	4 440	

ESTIMACIÓN DE NIÑOS QUE RECIBEN Y NECESITAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA, Y COBERTURA, 2009 Y 2011

2009

2011

Número estimado de niños que necesitan terapia antirretrovírica

	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
Cabo Verde	...	...	...	...	...	...
República Centroafricana	9 700	9 500	10 000	11 000	11 000	11 000
Chad	16 000	13 000	19 000	20 000	17 000	25 000
Comoras	...	...	...	...	...	...
Congo	5 900	5 000	7 000	7 500	6 400	8 800
República Democrática del Congo	...	...	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	30 000	26 000	35 000	35 000	30 000	40 000
Guinea Ecuatorial	...	...	...	...	...	...
Eritrea	2 000	1 300	3 800	2 600	1 700	4 800
Etiopía	90 000	77 000	100 000	82 000	70 000	95 000
Gabón	1 500	1 000	2 200	1 900	1 200	2 800
Gambia	...	...	...	...	...	...
Ghana	15 000	12 000	18 000	18 000	15 000	22 000
Guinea	5 500	4 100	7 000	6 800	5 200	8 700
Guinea Bissau	1 300	< 1 000	1 600	1 800	1 500	2 300
Kenya	150 000	130 000	170 000	160 000	140 000	180 000
Lesotho	19 000	17 000	21 000	24 000	21 000	27 000
Liberia	2 500	1 900	3 100	2 900	2 300	3 600
Madagascar	...	...	...	...	...	...
Malawi	80 000	70 000	92 000	99 000	87 000	120 000
Malí	...	...	...	...	...	...
Mauritania	...	...	...	...	...	...
Mauricio	...	...	...	...	...	...
Mozambique	80 000	66 000	96 000	120 000	98 000	140 000
Namibia	11 000	9 100	13 000	13 000	11 000	16 000
Níger	...	...	...	...	...	...
Nigeria	210 000	170 000	240 000	280 000	240 000	320 000
Rwanda	13 000	11 000	15 000	17 000	14 000	19 000
Santo Tomé y Príncipe	...	...	...	...	...	...
Senegal	...	...	...	...	...	...
Seychelles	...	...	...	...	...	...
Sierra Leona	1 900	1 500	2 400	2 500	2 000	3 400
Sudáfrica	220 000	200 000	250 000	260 000	230 000	300 000
Sudán del Sur	...	...	...	10 000	6 500	14 000
Swazilandia	9 100	8 200	10 000	11 000	9 900	12 000
Tanzanía	110 000	97 000	130 000	130 000	110 000	150 000
Togo	9 000	6 900	12 000	11 000	8 100	14 000
Uganda	93 000	82 000	110 000	120 000	100 000	130 000
Zambia	89 000	78 000	99 000	98 000	86 000	110 000
Zimbabue	100 000	92 000	110 000	120 000	110 000	130 000

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

2009

2011

2009

2011

Cobertura estimada de la terapia antirretrovírica entre niños

Número registrado de niños de entre 0 y 14 años que reciben terapia antirretrovírica

	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Total	Total
	...	...	...	...	...	...	37	58
	9	6	20	7	7	7	724	825
	6	4	12	8	6	9	774	1 531
	...	...	...	...	...	...	1	1
	12	8	24	14	12	16	488	1 051
	...	...	...	...	...	...	4 053	6 238
	15	10	30	15	13	17	4 349	5 190
	3	2	7	...	...	...	27	...
	21	14	45	20	11	31	324	517
		14	38	19	17	23	9 992	16 000
	17	11	34	22	15	33	275	414
	...	...	...	...	...	...	309	161
	12	8	24	14	12	17	1 617	2 480
	15	10	32	11	9	14	674	745
	10	7	21	14	11	18	118	260
	32	22	59	31	27	36	28 370	48 546
	23	17	39	25	22	28	3 038	6 095
	9	6	19	20	16	25	266	570
	...	...	...	...	...	...	5	13
	29	21	51	29	25	33	17 364	28 722
	...	...	...	...	...	...	1 266	1 732
	...	...	...	...	...	...	42	76
	...	...	...	...	...	...	...	11
	14	10	26	20	16	24	...	23 053
	89	65	> 95	76	63	91	8 188	10 284
	...	...	...	...	...	...	258	496
	10	7	19	13	11	16	18 092	36 716
	60	40	> 95	46	39	55	6 679	7 597
	...	...	...	...	...	...	5	8
	...	...	...	...	...	...	794	599
	...	...	...	...	...	...	9	5
	14	9	25	21	16	27	237	533
	54	41	94	58	51	65	86 270	151 860
				1	1	2	...	138
	70	53	> 95	60	53	66	4 772	6 567
	17	11	34	14	12	16	12 822	18 298
	20	12	58	16	12	21	1 028	1 676
	18	12	33	21	19	25	13 413	24 735
	36	26	65	31	27	35	21 120	30 187
	30	23	50	34	30	38	21 521	40 140

ESTIMACIÓN DE NIÑOS QUE RECIBEN Y NECESITAN TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA, Y COBERTURA, 2009 Y 2011

2009

2011

Número estimado de niños que necesitan terapia antirretrovírica

	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL						
Afganistán
Bangladesh
Bhután
Camboya
India
Indonesia
República Democrática Popular Lao
Malasia
Maldivas
Myanmar
República Federal Democrática de Nepal
Pakistán
Filipinas
Sri Lanka
Tailandia
Timor-Leste
Viet Nam
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE						
Albania
Bosnia y Herzegovina
Bulgaria
Croacia
Hungría
Letonia
Lituania
ex República Yugoslava de Macedonia
Montenegro
Polonia
Rumania
Serbia
Turquía

2009

2011

2009

2011

Cobertura estimada de la terapia antirretrovírica entre niños

Número registrado de niños de entre 0 y 14 años que reciben terapia antirretrovírica

	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Total	Total
...	4
...	6	37
...	1	3
...	3 638	4 439
...	22 896
...	356	759
...	95	133
...	501	487
...	0
...	1 535	2 995
...	178	432
...	57	105
...	11	19
...	11	18
...	8 076	6 510
...	3	3
...	1 987	2 668
...	15	14
...	1	1
...	3	6
...	3	...
...	6	...
...	26	25
...	2	2
...	1	0
...	1	1
...	137	...
...	192	189
...	11	9
...	9	0

PORCENTAJE ESTIMADO DE CASOS INCIDENTES DE TUBERCULOSIS EN PERSONAS **SEROPositivas QUE RECIBIERON TRATAMIENTO PARA AMBAS INFECCIONES**

	2011
Albania	...
Angola	14 %
Antigua y Barbuda	100 %
Armenia	100 %
Azerbaiján	60 %
Bahamas	59 %
Bahrein	9 %
Bangladesh	14 %
Belarús	26 %
Belice	...
Benin	57 %
Bolivia	3 %
Bosnia y Herzegovina	100 %
Botswana	20 %
Brunei Darussalam	67 %
Bulgaria	...
Burkina Faso	60 %
Burundi	48 %
Camboya	33 %
Camerún	51 %
Cabo Verde	69 %
República Centroafricana	8 %
Chad	35 %
China	36 %
Costa Rica	100 %
Côte d'Ivoire	33 %
Cuba	90 %
Chipre	33 %
República Checa	100 %
República Democrática del Congo	4 %
Djibouti	11 %
República Dominicana	148 %
El Salvador	83 %
Guinea Ecuatorial	7 %
Finlandia	100 %
Gabón	25 %
Georgia	113 %
Granada	17 %
Guatemala	12 %
Guinea	20 %
Guyana	65 %
Haití	1 %

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>



	2011		2011
Honduras	37 %	Serbia	71 %
Hungría	100 %	Seychelles	100 %
Indonesia	4 %	Sierra Leona	33 %
Irán	19 %	Singapur	91 %
Jamaica	22 %	Eslovaquia	100 %
Japón	...	Somalia	2 %
Kazajstán	75 %	Sudáfrica	65 %
Kenya	65 %	Sudán del Sur	2 %
Kiribati	100 %	España	100 %
Kirguistán	23 %	Sri Lanka	16 %
República Democrática Popular Lao	49 %	Sudán	1 %
Letonia	53 %	Suriname	56 %
Lesotho	40 %	Swazilandia	10 %
Liberia	2 %	Suecia	100 %
Madagascar	3 %	Tayikistán	18 %
Malawi	79 %	Tanzanía	26 %
Malasia	18 %	Tailandia	30 %
Malí	6 %	Togo	47 %
Malta	100 %	Trinidad y Tabago	61 %
Islas Marshall	100 %	Túnez	25 %
Mauritania	2 %	Uganda	55 %
México	48 %	Ucrania	36 %
República de Moldova	51 %	Reino Unido	95 %
Mongolia	6 %	Uruguay	33 %
Marruecos	54 %	Uzbekistán	24 %
Mozambique	10 %	Venezuela	48 %
Namibia	36 %	Viet Nam	30 %
Nueva Zelanda	100 %	Yemen	19 %
Nicaragua	48 %	Zambia	...
Níger	14 %	Zimbabwe	23 %
Nigeria	16 %		
Omán	100 %		
Panamá	94 %		
Papua Nueva Guinea	25 %		
Paraguay	131 %		
Perú	42 %		
Filipinas	14 %		
República de Corea	100 %		
Rwanda	168 %		
San Vicente y las Granadinas	75 %		
Santo Tomé y Príncipe	72 %		
Senegal	...		

PACIENTES DE TUBERCULOSIS **SEROPOSITIVOS** QUE SIGUEN LA TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA

	2010		2010
Afganistán	2	República Dominicana	21
Albania	0	Ecuador	427
Andorra	0	Egipto	7
Angola	700	El Salvador	113
Antigua y Barbuda	5	Guinea Ecuatorial	69
Argentina	...	Estonia	16
Armenia	7	Etiopía	3 823
Australia	...	Fiji	3
Austria	...	Gabón	348
Azerbaiyán	...	Gambia	103
Bahamas	12	Georgia	27
Bahrein	0	Alemania	...
Bangladesh	4	Ghana	487
Barbados	2	Granada	0
Belice	29	Guatemala	255
Benin	340	Guinea	614
Bhután	...	Guinea Bissau	...
Bolivia	113	Guyana	124
Bosnia y Herzegovina	0	Haití	185
Botswana	1 720	Honduras	180
Brasil	8 575	Hungría	1
Brunei Darussalam	1	Islandia	0
Bulgaria	2	India	23 641
Burkina Faso	503	Indonesia	325
Burundi	509	Irán	72
Camboya	944	Iraq	0
Camerún	4 235	Israel	...
Cabo Verde	...	Jamaica	30
República Centroafricana	534	Jordania	0
Chad	297	Kazajstán	25
China	2 036	Kenya	19 331
Colombia	433	Kiribati	0
Comoras	0	Kuwait	3
República del Congo	22	Kirguistán	68
Costa Rica	0	República Democrática Popular Lao	...
Côte d'Ivoire	1 118	Letonia	54
Cuba	35	Libano	7
Chipre	...	Lesotho	2 273
República Popular Democrática de Corea	0	Liberia	0
República Democrática del Congo	489	Libia	...
Dinamarca	...	Madagascar	14
Djibouti	27	Malawi	5 718
Dominica	1	Malasia	352
		Maldivas	0

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	2010		2010
Malí	217	Serbia	12
Malta	...	Seychelles	1
Islas Marshall	0	Sierra Leona	190
Mauritania	55	Eslovaquia	1
Mauricio	6	Eslovenia	...
México	424	Islas Salomón	0
Micronesia (Estados Federados de)	0	Somalia	61
República de Moldova	97	Sudáfrica	69 959
Mongolia	2	Sudán del Sur	...
Montenegro	1	Sri Lanka	7
Marruecos	17	Sudán	247
Mozambique	6 250	Suriname	22
Myanmar	899	Swazilandia	2 726
Namibia	2 294	República Árabe Siria	0
Nauru	0	Tayikistán	54
República Federal Democrática de Nepal	0	Tanzanía	7 572
Países Bajos	...	Tailandia	4 796
Nicaragua	40	ex República Yugoslava de Macedonia	0
Níger	0	Timor-Leste	...
Nigeria	5 902	Togo	312
Territorio palestino ocupado	0	Tonga	0
Omán	4	Trinidad y Tabago	20
Pakistán	12	Túnez	7
Palau	0	Turquía	9
Panamá	201	Turkmenistán	...
Papua Nueva Guinea	...	Tuvalu	0
Paraguay	96	Uganda	4 782
Perú	10	Ucrania	2 269
Filipinas	0	Emiratos Árabes Unidos	4
Portugal	303	Uruguay	35
Qatar	0	Uzbekistán	157
República de Corea	...	Vanuatu	0
Rumania	214	Venezuela	156
Federación de Rusia	7 225	Viet Nam	1 497
Rwanda	1 587	Yemen	0
Saint Kitts y Nevis	0	Zambia	12 646
Santa Lucía	0	Zimbabwe	14 223
San Vicente y las Granadinas	3		
Samoa	0		
Santo Tomé y Príncipe	7		
Arabia Saudita	...		
Senegal	289		

GASTO NACIONAL EN VIH (POR FUENTE DE FINANCIACIÓN)

	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
	Pública			Bilaterales			Bancos de desarrollo		
Afganistán	132 200	200 000	...	282 525	90 499	1 456 111	3 220 281	1 523 129	3 728 220
Argelia	2 537 184	5 326 676	8 069 200	115 500	288 339	535 488	...	...	...
Angola	16 044 315	15 877 187	21 462 786	4 100 000	4 057 292	9 014 036	...	...	126 898
Antigua y Barbuda	...	300 777	326 796	...	820 914	246 310	...	...	...
Argentina	286 371 607	...	...	57 836	...	...	...	...	...
Armenia	...	1 961 038	2 079 270	...	...	...	...	...	...
Azerbaiyán	...	6 857 540	8 563 409	...	...	...	...	...	...
Bangladesh	...	1 202 508	746 225	...	2 869 608	3 190 243	...	...	1 690 130
Belarús	...	13 246 041	9 668 805	...	234 102	4 749	...	...	...
Belice	...	1 134 649	...	...	529 130	...	...	...	...
Benin	...	6 937 649	...	...	119 433	...	...	1 613 734	...
Bolivia	1 833 430	...	2 276 663	521 059	...	156 582	...	...	...
Botswana	229 451 023	264 009 913	295 267 593	78 157 141	88 981 938	75 823 559	...	...	...
Brasil	653 545 481	745 830 717	...	...	...	...	...	...	...
Bulgaria	5 695 293	4 252 150	6 668 195	22 260	19 713	...	...	...	...
Burkina Faso	15 156 369	11 593 206	...	13 562 885	18 070 254	...	1 472 553	25 109	...
Burundi	1 900 945	1 775 383	...	5 885 055	6 075 357	...	...	9 042 388	...
Camboya	1 703 403	...	...	15 565 137	...	...	...	...	...
Camerún	1 923 386	14 395 254	...	...	8 679 422	...	...	...	...
Cabo Verde	...	499 368	522 275	...	...	...	...	...	...
República Centroafricana	2 241 257	1 873 217	1 887 321	731 907	747 766	420 561	...	...	...
Chad	2 063 160	703 141	3 825 752	5 261 002	1 537 148	1 943 543	857 880	...	695 754
Chile	110 436 733	119 224 642	...	34 171	57 283	...	...	...	...
China	...	497 309 402	529 376 006	...	14 787 060	13 690 093	...	...	...
Colombia	87 782 780	86 962 224	102 514 729	...	...	...	...	...	...
Congo	4 444 208	8 104 228	...	525 915	381 566	...	2 077 285	807 570	...
Costa Rica	...	24 765 744	...	...	311 345	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	9 477 423	...	...	97 609 230	...	...	4 474 748	...	...
Cuba	56 999 895	58 593 535	60 633 504	...	...	...	...	...	...
República Popular Democrática de Corea	816 000	1 009 600	1 070 420	...	...	...	...	...	...
República Democrática del Congo	162 272	2 759 539	...	7 630 713	24 298 279	...	22 154 322	26 737 388	...
Djibouti	...	627 309	596 705	...	1 059 733	123 916	...	28 249	...
Dominica	...	223 664	223 664	...	...	...	...	...	...
Ecuador	...	24 270 868	...	...	29 658	...	...	...	...
El Salvador	...	37 297 450	...	...	2 101 422	...	...	...	...
Fiji	274 162	419 594	467 602	833 480	149 660	164 857	187 061	43 333	...
Gabón	3 857 125	6 166 691	6 423 890	241 442	489 931	920 533	...	...	643 284
Georgia	3 372 270	4 362 929	4 562 010	555 346	1 070 223	2 125 481	...	...	...
Ghana	6 051 970	8 087 144	...	11 685 411	7 835 285	...	...	...	...

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>



2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Fondo Mundial			Multilaterales			Otras fuentes (multilaterales e internacionales)		
1 087 983	1 774 255	1 645 560	435 563	849 942	1 172 183	...	...	...
...	...	...	55 500	180 060	312 046	...	402	4 421
8 285 337	8 199 031	263 478	3 920 587	3 879 748	894 705	2 073 250	2 051 653	1 715 635
...	233 300	37 290	...	6 866	6 866	...	...	...
...	...	...	671 049	...	...	...	...	...
...	2 885 885	3 227 460	...	126 671	188 352	...	72 194	85 353
...	616 197	5 416 440	...	171 014	152 855	...	591 500	423 000
...	10 461 394	12 389 199	...	232 797	202 846	...	348 682	428 488
...	5 946 198	9 778 974	...	238 119	266 925	...	58 522	145 031
...	...	...	...	280 346	...	...	603 420	...
...	2 368 720	...	...	3 228 966	...	...	3 929 033	...
5 215 054	...	4 799 828	613 437	...	499 221	1 550 455	...	1 519 416
882 026	...	...	1 796 277	2 040 884	2 689 349	9 012 985	10 264 133	11 733 337
...	...	...	2 968 684	7 468 124	...	334 701	1 699 227	...
4 746 955	5 494 807	6 382 691	293 858	81 000	95 000	292 666	44 937	...
13 141 980	14 559 973	...	4 868 194	7 574 732	...	2 571 000	432 584	...
8 605 500	19 840 902	...	3 185 897	2 260 516	...	7 273 624	2 713 322	...
19 023 377	...	...	7 547 437	...	...	9 858 889	...	...
...	17 134 894	...	...	3 562 002	...	...	11 539 968	...
...	1 711 088	2 853 473	...	149 724	94 703	...	185 032	124 985
2 285 032	3 979 986	6 189 238	6 073 868	8 055 827	7 063 516	110 195	240 603	112 671
2 016 340	1 053 196	3 917 486	1 991 867	6 652 445	3 185 094	336 280	1 440 835	770 991
...	...	...	275 061	411 244	...	...	...	...
...	40 436 517	27 664 861	...	5 675 752	2 935 759	...	25 418 125	15 706 811
...	...	...	220 541	275 591	332 684	...	...	...
4 105 659	6 354 280	...	531 830	337 139	...	291 851	487 802	...
...	...	...	...	338 411	...	...	1 529 141	...
9 240 931	...	...	3 854 000	...	...	4 404 619	...	...
11 631 474	8 261 407	9 321 423	...	...	...	89 457	...	...
...	...	...	52 500	5 000	75 000	...	...	...
34 910 098	30 107 409	...	12 952 358	16 480 566	...	7 399 533	4 814 175	...
...	1 358 827	1 975 708	...	1 971 916	1 597 164	...	...	...
...
...	26 364	...	...	1 336 249	...	...	1 583 268	...
...	7 451 451	...	...	273 174	...	...	1 629 385	...
371 646	72 512	206 829	643 536	339 790	653 830	22 366	1 072 100	762 094
1 874 376	1 288 011	915 788	427 711	578 116	1 124 598	...	...	...
4 460 231	5 300 330	5 146 960	326 033	212 468	401 494	373 447	249 945	847 976
24 680 506	27 525 703	...	1 147 421	3 384 797	...	3 030 977	9 269 696	...

GASTO NACIONAL EN VIH (POR FUENTE DE FINANCIACIÓN)

	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
	Pública			Bilaterales			Bancos de desarrollo		
Granada	...	5 521	182 713	...	49 936	6 361	...	...	...
Guatemala	26 325 377	28 765 245	...	2 479 385	3 413 212	...	29 574	63 778	...
Guinea	398 818	317 576	638 185	2 407 466	2 937 281	3 008 420	881	...	...
Guinea Bissau	...	611 774	...	...	3 959 113	...	...	...	...
Haití	1 608 233	1 608 233	1 608 233	100 648 174	112 413 248	112 522 203	...	...	...
Honduras	14 785 269	16 025 455	...	3 817 306	5 065 130	...	78 120	...	...
India	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Indonesia	21 318 844	27 779 280	...	14 894 922	13 173 742	...	188 728	192 000	...
Irán (República Islámica del)	36 209 832	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamaica	3 437 894	3 848 958	...	1 041 885	360 894	...	...	...	...
Jordania	...	1 000 000	1 000 000	...	...	...	...	...	...
Kazajstán	...	...	30 346 857	...	...	...	...	...	...
Kenya	107 771 988	134 682 271	...	536 946 976	554 075 845	...	...	...	...
Kiribati	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Kirguistán	1 501 495	1 407 901	1 441 565	1 200 000	319 578	319 578	2 223 060	1 517 507	551 780
República Democrática Popular Lao	...	827 689	827 689	...	1 206 336	1 841 772	...	163 594	231 690
Letonia	6 786 301	5 996 109	7 192 416	...	...	...	...	...	...
Libano	3 200 000	1 570 000	1 570 000	...	...	...	...	...	...
Liberia	...	83 100	190 000	...	...	539 765	...	...	...
Lituania	...	...	3 601 011	...	...	...	...	...	...
Madagascar	...	4 473 518	6 030 408	...	1 968 850	2 229 932	...	...	...
Malawi	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Malasia	...	31 383 249	36 668 151	...	...	...	...	...	...
Malí	5 281 569	6 440 769	...	5 850 155	3 882 437	...	2 458 354	7 906 760	...
Islas Marshall	122 186	200 027	120 246	...	72 449	25 021	...	...	...
Mauritania	86 917	698 855	3 720 945	...	...	...	...	...	...
Mauricio	...	4 894 627	...	...	105 559	...	...	...	...
México	332 203 890	...	...	130 463	...	...	...	...	...
Micronesia (Estados Federados de)	...	...	...	250 941	265 491	290 594	...	...	...
Mongolia	...	950 996	1 169 128	...	...	...	...	...	...
Marruecos	5 823 291	6 357 832	6 728 697	43 667	46 215	50 836	...	...	...
Myanmar	1 835 283	2 596 875	3 944 294	...	...	...	...	...	...
Namibia	120 839 011	168 791 097	...	87 505 762	93 028 647	...	...	...	...
República Federal Democrática de Nepal	265 416	...	...	12 657 519	...	...	...	...	...
Nicaragua	...	9 682 304	...	...	2 554 713	...	...	11 892	...
Níger	92 356	69 420	82 936	1 943 700	2 475 111	2 660 802	2 197 946	...	2 689
Nigeria	97 790 519	125 139 587	...	272 915 916	284 908 865	...	2 462 620	1 505 746	...
Pakistán	5 767 308	4 768 321	...	3 429 074	2 312 562	...	370 354	284 301	...

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
	Fondo Mundial			Multilaterales			Otras fuentes (multilaterales e internacionales)		
	...	14 839	11 355	...	1 178	34 666	...	22 028	51 709
6 528 435	5 661 421	...	3 128 050	1 569 879	...	2 314 853	2 177 406	...	
792 154	1 463 210	4 611 586	2 582 965	1 780 330	1 355 255	6 938 806	4 925 974	5 163 845	
...	...	...	...	687 951	...	...	...	...
18 056 398	21 587 726	8 607 148	16 292 267	13 250 596	49 276 067	...	...	...
7 668 106	8 010 680	...	1 181 044	1 344 386	...	640 556	1 296 149	...	
...	
19 208 072	23 588 860	...	4 674 854	4 412 998	...	...	...	...
...	...	...	4 551 488	...	...	...	...	...
9 986 758	9 680 362	...	433 556	258 577	...	246 417	472 073	...	
...	723 768	433 831	...	...	...	...	...	...
...	...	5 151 157	...	...	338 007	...	...	1 050 997
5 345 199	15 266 186	...	...	...	...	20 800 000	22 034 292	...
...	424 106	83 959	...	...	...	...	5 694	174 929
4 999 241	5 836 715	2 152 922	1 600 000	1 753 560	905 000	630 000	400 000	350 000	
...	4 357 227	7 562 540	...	972 646	934 476	...	1 052 247	345 968	
...	...	...	323 503	146 569	25 228	17 888	25 990	70 621
...	
...	25 511 143	22 804 922	...	2 763 451	7 588 885	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	68 390
...	1 485 034	4 147 480	...	1 417 801	1 422 281	...	66 330	45 725	
...	
...	...	2 232 176	...	561 880	307 629	...	...	...
9 451 472	14 802 895	...	995 376	470 510	...	4 124 590	2 669 735	...	
3 655	118 457	83 557	...	...	...	...	...	...
...	
...	1 675 382	...	...	291 226	...	...	291 753	...
...	...	...	803 282	...	...	445 281	...	...
77 180	115 772	86 810	142 793	68 898	...	215 012	71 645	96 066	
...	
5 392 539	4 811 881	4 190 951	850 994	881 906	742 118	1 342 176	1 359 102	1 405 370	
...	...	...	...	...	...	32 428 850	37 904 167	42 349 184
26 141 080	9 324 333	...	8 332 120	7 860 111	...	...	...	...
6 402 853	...	...	652 766	...	...	...	...	...
...	9 155 592	...	...	2 113 283	...	...	226 491	...
3 437 444	9 493 223	5 824 701	1 179 132	581 263	5 987 007	1 230 114	1 561 547	1 097 893	
35 087 474	65 899 650	...	6 581 611	18 410 698	...	170 987	202 378	...	
435 890	388 442	...	3 148 777	3 996 848	...	877 807	1 181 821	...	

GASTO NACIONAL EN VIH (POR FUENTE DE FINANCIACIÓN)

	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
	Pública			Bilaterales			Bancos de desarrollo		
Palau	...	394 323	394 323	...	...	...	...	...	...
Panamá	...	15 702 066	...	...	...	...	...	...	...
Papua Nueva Guinea	9 860 880	12 077 392	...	30 167 475	28 199 728	...	2 708 840	2 607 197	...
Paraguay	...	2 677 348	2 507 935	...	2 857 575	...	...	2 268	...
Perú	24 899 402	15 445 506	...	3 688 911	2 575 018	...	...	...	...
Filipinas	1 870 624	3 372 467	4 126 663	759 365	597 420	624 340	72 670	...	...
República de Moldova	5 544 671	4 617 721	5 125 529	106 203	182 941	236 752	...	...	...
Rumania	80 101 093	91 512 275	102 458 472	...	...	...	...	1 771 480	4 577 421
Rwanda	16 635 507	...	...	77 854 492	...	...	...	...	...
San Vicente y las Granadinas	...	2 508 745	1 267 636	...	1 332 973	733 063	...	...	718 655
Samoa	...	161 694	172 845	...	...	...	...	...	...
Santo Tomé y Príncipe	13 406	7 803	112 650	...	...	...	26 701	43 656	118 046
Seychelles	1 518 746	2 297 113	2 003 196	30 600	...	...	84 549	24 104	...
Sierra Leona	400 362	...	...	3 088 779	...	...	...	...	...
Islas Salomón	...	150 032	151 749	...	393 993	439 782	...	...	...
Sudáfrica	1 930 462 155	...	...	188 420 971	...	...	...	...	...
Sri Lanka	2 085 088	2 277 906	...	...	...	...	...	...	...
Sudán del Norte	2 073 696	...	...	9 056	...	...	...	...	...
Suriname	2 213 565	1 939 620	2 249 605	...	2 547 077	1 253 125	...	...	...
Swazilandia	29 912 310	...	...	15 401 864	...	...	...	...	...
República Árabe Siria	...	...	620 000	...	...	...	...	...	...
Tayikistán	...	1 718 968	2 269 834	...	2 564 546	2 751 455	...	...	...
Tailandia	195 119 743	200 251 009	267 932 276	1 942 389	7 071 757	8 103 688	...	54 915	120 790
ex República Yugoslava de Macedonia	2 298 179	2 366 290	...	...	...	...	...	...	...
Togo	3 245 307	8 878 290	...	2 465 846	1 605 831	...	...	...	...
Tonga	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Túnez	...	110 040	117 400	...	...	...	...	...	...
Tuvalu	...	12 000	20 180	...	...	...	...	4 000	...
Ucrania	38 052 604	38 054 198	...	1 611 592	3 384 197	...	...	...	...
Uzbekistán	...	17 586 625	19 235 245	...	78 893	165 236	...	1 173 717	...
Vanuatu	...	36 510	36 482	...	898 503	1 397 372	...	...	...
Venezuela	83 078 900	109 037 329	80 352 294	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	17 176 061	21 431 087	...	70 785 001	84 013 483	...	14 763 773	8 001 304	...
Yemen	...	442 233	467 395	...	...	...	...	...	...
Zimbabwe	8 883 551	20 833 554	28 061 185	26 342 985	49 772 291	77 692 280	259 044	30 000	...

	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
	Fondo Mundial			Multilaterales			Otras fuentes (multilaterales e internacionales)		
...
...
4 718 066	4 572 622	...	1 881 653	2 495 709	...	656 632	946 413	...	
...	3 588 531	4 115 637	...	318 962	739 922	...	...	239 221
16 022 244	7 278 840	...	1 103 254	403 751	...	8 736 388	2 216 561	...	
6 687 850	3 278 792	1 955 077	1 223 488	1 007 266	1 171 076	19 936	119 242	121 650	
3 760 803	5 302 443	7 161 464	1 277 549	403 777	979 690	789 171	214 054	141 112	
3 324 074	1 417 679	...	460 900	660 616	716 706	369 873	145 980	382 997	
63 649 284	...	...	1 917 394	...	...	13 256 962	...	...
...	116 050	82 558	...	33 512	...	...	...	34 434
...	82 661	102 625	...	95 536	29 583	...	5 137	2 430	
131 292	260 248	294 122	251 662	259 461	273 686	37 508	34 585	82 365	
...	...	...	63 538	17 581	53 040	51 217	15 811	13 174
8 357 853	...	...	1 783 802	...	...	648 000	...	...
...	...	...	...	44 612	17 435	...	215 690	299 462
22 239 662	...	...	2 857 022	...	...	51 612 969	...	...
421 802	267 539	...	622 525	818 769	...	1 090 393	949 938	...	
10 907 580	...	...	2 182 723	...	...	185 569	...	...
1 541 834	1 485 037	1 009 894	199 973	73 872	67 700	...	...	12 385
18 503 024	...	...	3 996 246	...	...	4 936 578	...	...
...	...	...	...	...	189 850	...	...	...
...	9 825 871	8 815 922	...	537 086	743 891	...	586 650	720 935	
10 735 812	26 021 888	35 359 954	1 308 590	1 473 326	1 488 538	...	1 304 782	1 357 422	
1 966 542	1 723 215	...	373 635	462 347	...	114 901	171 120	...	
5 488 906	6 937 675	...	1 347 355	1 506 109	...	2 119 594	3 463 112	...	
...	
...	2 928 100	2 615 149	...	...	...	...	...	10 000
...	43 641	121 916	...	...	...	...	...	35 000
22 079 767	26 858 256	...	1 253 446	1 758 678	...	1 613 814	1 876 599	...	
...	50 000	6 045 177	...	173 000	468 000	...	201 764	357 488	
...	177 211	328 393	...	38 888	28 769	...	510 411	92 474	
...	...	...	345 384	626 411	133 327	...	...	...
5 829 561	6 650 517	...	1 640 997	1 343 508	...	1 142 572	2 212 967	...	
...	...	351 385	...	923 775	461 636	...	844 990	333 504	
8 545 029	66 042 408	26 233 338	7 452 677	17 972 300	27 240 021	18 952 442	30 302 187	44 865 531	

GASTO NACIONAL EN VIH A PARTIR DE FUENTES INTERNACIONALES

	2009	2011		2009	2011
Afganistán	5 026 352	8 002 074	Egipto	...	...
Albania	...	...	El Salvador	...	...
Argelia	171 000	851 954	Guinea Ecuatorial	1 878 564	...
Angola	18 379 174	12 014 753	Eritrea	12 444 472	...
Antigua y Barbuda	131 501	290 466	Estonia	...	...
Argentina	728 886	...	Micronesia (Estados Federados de)	685 926	473 470
Armenia	1 668 431	3 501 166	Fiji	2 058 089	1 787 610
Azerbaiyán	1 916 604	5 992 296	Gabón	2 543 529	3 604 203
Bahamas	486 442	...	Gambia	...	...
Bangladesh	26 938 054	17 900 906	Georgia	5 715 058	8 521 911
Barbados	0	0	Ghana	40 544 316	...
Belarús	5 308 642	10 195 678	Granada	0	104 090
Bélgica	0	...	Guatemala	14 480 297	...
Belice	1 372 281	...	Guinea	12 722 272	14 139 106
Benin	15 771 349	...	Guinea Bissau	5 017 686	...
Bolivia	7 900 006	6 975 048	Haití	134 996 832	170 405 424
Bosnia y Herzegovina	3 284 302	...	Honduras	13 385 132	...
Botswana	89 848 432	90 246 248	Hungría	0	...
Brasil	3 303 385	...	India	116 907 888	0
Bulgaria	5 355 739	6 477 691	Indonesia	38 966 576	...
Burkina Faso	35 616 612	...	Irán	4 551 488	...
Burundi	24 950 074	...	Italia	...	0
Camboya	51 994 840	...	Jamaica	11 708 616	...
Camerún	63 401 168	...	Japón	0	0
Cabo Verde	1 091 793	3 073 161	Jordania	1 854 000	433 831
República Centroafricana	9 201 002	13 785 987	Kazajstán	6 511 406	6 540 161
Chad	10 463 370	10 512 867	Kenya	563 092 160	...
Chile	309 232	...	Kiribati	...	258 888
China	84 760 648	59 997 524	República Popular Democrática de Corea	52 500	75 000
Colombia	220 541	332 684	República de Corea	0	0
Congo	7 532 540	...	Kuwait	0	...
República Democrática del Congo	85 047 024	...	Kirguistán	10 652 301	4 279 280
Costa Rica	...	...	República Democrática Popular Lao	5 882 668	10 916 446
Croacia	189 793	...	Letonia	341 391	95 849
Cuba	11 720 931	9 321 423	Libano	1 250 000	850 000
República Checa	2 340 369	...	Lesotho	0	...
Côte d'Ivoire	119 583 528	...	Liberia	...	30 933 572
Djibouti	2 006 625	3 696 788	Lituania	...	68 390
Dominica	146 921	0	Luxemburgo	0	...
República Dominicana	...	...	ex República Yugoslava de Macedonia	2 455 079	...
Ecuador	0	...			

	2009	2011		2009	2011
Madagascar	...	7 845 418	Singapur	0	0
Malawi	71 804 800	77 390 000	Islas Salomón	467 005	756 680
Malasia	447 059	2 539 805	Somalia	5 981 774	...
Malí	22 879 948	...	Sudáfrica	265 130 624	...
Islas Marshall	3 655	108 578	España	0	14 594 897
Mauritania	0	0	Sri Lanka	2 134 720	...
Mauricio	...	...	San Vicente y las Granadinas	2 408 008	1 568 710
México	1 379 026	...	Sudán	...	...
Mongolia	3 506 193	2 562 338	Suriname	1 741 807	2 343 104
Montenegro	830 121	...	Swazilandia	42 837 712	...
Marruecos	7 629 376	6 389 275	Suecia	0	...
Mozambique	...	...	Suiza	0	...
Myanmar	32 428 850	42 349 184	República Árabe Siria	175 793	189 850
Namibia	121 978 960	...	Tayikistán	6 328 162	13 032 202
Nauru	44 850	...	Tanzanía	...	...
República Federal Democrática de Nepal	19 713 138	...	Tailandia	13 986 791	46 430 392
Nicaragua	...	...	Timor-Leste	1 782 014	...
Níger	9 988 336	15 573 092	Togo	11 421 701	...
Nigeria	317 218 624	...	Tonga	205 316	0
Omán	190 537	175 040	Trinidad y Tabago	2 117 705	...
Pakistán	8 261 902	...	Túnez	...	2 625 149
Palau	67 449	650 636	Turquía	...	...
Panamá	...	...	Tuvalu	32 000	156 916
Papua Nueva Guinea	40 132 668	...	Uganda	...	...
Paraguay	3 696 709	...	Ucrania	26 558 618	...
Perú	29 550 796	...	Emiratos Árabes Unidos	29 973	...
Filipinas	8 763 309	3 872 142	Reino Unido	0	...
Polonia	0	12 647	Uruguay	...	...
Portugal	0	0	Uzbekistán	7 703 423	7 035 901
República de Moldova	5 933 726	8 519 018	Vanuatu	1 042 180	1 847 008
Rumania	4 154 847	5 677 124	Venezuela	345 384	133 327
Federación de Rusia	...	...	Viet Nam	94 161 904	...
Rwanda	156 678 128	...	Yemen	4 829 843	1 146 525
Saint Kitts y Nevis	128 526	16 000	Zambia	...	...
Santa Lucía	...	...	Zimbabwe	61 552 176	176 031 168
Samoa	173 332	134 637			
Santo Tomé y Príncipe	447 163	768 219			
Arabia Saudita	57 493	...			
Senegal	...	...	
Seychelles	229 903	66 215			
Sierra Leona	13 878 434	...			

GASTO NACIONAL TOTAL EN VIH

	2009	2011		2009	2011
Afganistán	5 158 552	8 002 074	Ecuador	0	...
Albania	...	...	Egipto	...	...
Argelia	2 708 185	8 921 155	El Salvador	...	...
Angola	34 423 488	33 477 540	Guinea Ecuatorial	2 797 300	...
Antigua y Barbuda	390 760	617 262	Eritrea	13 661 214	...
Argentina	287 100 480	...	Estonia	...	...
Armenia	2 301 071	5 580 436	Micronesia (Estados Federados de)	685 926	473 470
Australia	...	...	Fiji	2 332 252	2 255 212
Azerbaiyán	6 061 651	14 555 704	Gabón	6 400 654	10 028 093
Bahamas	4 888 516	...	Gambia	...	...
Bangladesh	26 938 054	18 647 130	Georgia	9 087 328	13 083 921
Barbados	5 539 683	5 874 278	Ghana	46 596 284	...
Belarús	16 660 383	19 864 484	Grecia	...	...
Bélgica	146 014 576	...	Granada	194 493	286 803
Belice	2 024 335	...	Guatemala	40 805 672	...
Benin	28 789 376	...	Guinea	13 121 090	14 777 291
Bolivia	9 733 435	9 251 710	Guinea Bissau	5 255 637	...
Bosnia y Herzegovina	3 584 302	...	Haití	136 605 072	172 013 648
Botswana	319 299 456	385 513 824	Honduras	28 170 402	...
Brasil	656 848 896	...	Hungría	3 496 377	...
Bulgaria	11 051 032	13 145 886	India	140 001 568	0
Burkina Faso	50 772 980	...	Indonesia	60 285 420	...
Burundi	26 851 020	...	Irán	40 761 320	...
Camboya	53 698 244	...	Italia	...	508 145 472
Camerún	65 324 552	...	Jamaica	15 146 511	...
Cabo Verde	1 110 770	3 595 435	Japón	73 196 544	67 907 856
República Centroafricana	11 442 259	15 673 308	Jordania	3 099 000	1 433 832
Chad	12 526 530	14 338 620	Kazajstán	22 778 078	36 887 020
Chile	110 745 968	...	Kenya	670 864 192	...
China	353 535 360	589 373 504	Kiribati	...	258 888
Colombia	88 003 320	102 847 416	República Popular Democrática de Corea	868 500	1 145 420
Comoras	...	...	República de Corea	13 178 000	11 171 000
Congo	11 976 747	...	Kuwait	4 578 055	...
República Democrática del Congo	85 209 296	...	Kirguistán	12 153 796	5 720 845
Costa Rica	...	...	República Democrática Popular Lao	5 997 398	11 744 135
Croacia	10 367 188	...	Letonia	7 127 693	7 288 265
Cuba	68 720 824	69 954 928	Libano	4 450 000	2 420 000
República Checa	69 311 120	...	Lesotho	0	...
Côte d'Ivoire	129 060 952	...	Liberia	...	31 123 572
Djibouti	2 006 625	4 293 493	Lituania	...	3 669 401
Dominica	177 655	223 664	Luxemburgo	0	...
República Dominicana	...	...	

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	2009	2011		2009	2011
ex República Yugoslava de Macedonia	4 753 257	...	Singapur	14 361 842	23 091 270
Madagascar	...	13 875 825	Islas Salomón	575 216	908 429
Malawi	71 804 800	77 390 000	Somalia	5 981 774	...
Malasia	27 700 294	39 207 956	Sudáfrica	2 195 592 704	...
Malí	28 161 516	...	España	947 070 400	1 078 922 368
Islas Marshall	125 841	228 824	Sri Lanka	4 219 808	...
Mauritania	86 917	3 720 945	San Vicente y las Granadinas	2 629 219	2 836 345
Mauricio	...	...	Sudán	...	...
México	333 582 912	...	Suriname	3 955 373	4 592 708
Mongolia	4 663 529	3 731 466	Swazilandia	72 750 024	...
Montenegro	830 121	...	Suecia	0	...
Marruecos	13 452 667	13 117 972	Suiza	14 843 029	...
Mozambique	...	...	República Árabe Siria	1 976 645	809 850
Myanmar	34 264 132	46 293 476	Tayikistán	7 478 840	15 302 037
Namibia	242 817 968	...	Tanzanía	...	...
Nauru	97 112	...	Tailandia	209 106 528	314 362 656
República Federal Democrática de Nepal	19 978 554	...	Timor-Leste	1 803 014	...
Nicaragua	...	...	Togo	14 667 008	...
Níger	10 080 692	15 656 028	Tonga	279 391	0
Nigeria	415 009 120	...	Trinidad y Tabago	13 532 974	...
Omán	811 771	4 703 923	Túnez	...	2 742 549
Pakistán	14 029 210	...	Turquía	...	...
Palau	67 449	1 044 959	Tuvalu	38 369	177 096
Panamá	...	...	Uganda	...	...
Papua Nueva Guinea	49 993 548	...	Ucrania	64 611 224	...
Paraguay	11 417 737	...	Emiratos Árabes Unidos	17 583 652	...
Perú	54 450 200	...	Reino Unido	80 303 032	...
Filipinas	10 633 933	7 998 805	Uruguay	...	...
Polonia	48 104 392	74 338 328	Uzbekistán	15 939 901	26 271 146
Portugal	10 081 614	201 374 448	Vanuatu	1 114 768	1 883 490
República de Moldova	11 478 397	13 644 548	Venezuela	83 424 288	80 485 624
Rumania	84 255 936	108 135 600	Viet Nam	111 337 968	...
Federación de Rusia	...	...	Yemen	4 955 843	1 613 920
Rwanda	173 313 632	...	Zambia	...	...
Saint Kitts y Nevis	1 210 091	93 349	Zimbabwe	70 435 728	204 092 352
Santa Lucía	...	...	
Samoa	792 332	307 482			
Santo Tomé y Príncipe	460 569	880 869			
Arabia Saudita	19 389 142	...			
Senegal	...	...	
Seychelles	1 748 649	2 069 411			
Sierra Leona	14 278 796	...			

CONOCIMIENTO ENTRE LOS JÓVENES SOBRE LA PREVENCIÓN DEL VIH

Conocimiento integral y correcto sobre el sida entre jóvenes de 15 a 24 años de edad (2 formas de prevenir el sida y rechazo de 3 ideas erróneas) (%)

	Año, fuente (*)	Mujeres	Varones
EL CARIBE			
República Dominicana	2007 DHS	40,8	33,7
Haití	2005-06 DHS	33,9	40,1
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL			
Albania	2008-09 DHS	35,9	22
Armenia	2005 DHS	22,6	15,1
Azerbaián	2006 DHS	4,8	5,3
Ucrania	2007 DHS	44,8	42,8
AMÉRICA LATINA			
Bolivia	2008 DHS	22,4	27,7
Colombia	2010 DHS	24,1	...
Guyana	2009 DHS	54,1	46,6
Honduras	2005-06 DHS	29,7	...
Nicaragua	2001 DHS	22,2	...
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL			
Camboya	2010 DHS	44,4	43,7
India	2005-06 DHS	19,9	36,1
República Federal Democrática de Nepal	2011 DHS	25,8	33,9
Filipinas	2008 DHS	20,7	...
Timor-Leste	2009-10 DHS	12,2	19,7
Viet Nam	2005 AIS	42,3	50,3
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL			
Egipto	2005 DHS	4,4	...
Jordania	2007 DHS	12,5	...
Marruecos	2003-04 DHS	11,7	...
ÁFRICA SUBSAHARIANA			
Benin	2006 DHS	15,9	34,8
Burkina Faso	2010 DHS	31,1	35,7
Burundi	2010 DHS	44,5	46,5
Camerún	2004 DHS	27,4	34,5
Chad	2004 DHS	7,5	19,3
Congo	2009 AIS	8,3	21,9
República Democrática del Congo	2007 DHS	15,1	20,7
Côte d'Ivoire	2005 AIS	18	27,6
Etiopía	2011 DHS	23,9	34,2
Ghana	2008 DHS	28,3	34,2
Guinea	2005 DHS	16,9	22,8
Kenya	2008-09 DHS	46,6	55,3
Lesotho	2009 DHS	38,6	28,7
Liberia	2007 DHS	20,5	27,2
Madagascar	2008-09 DHS	22,5	26
Malawi	2010 DHS	41,8	44,7
Malí	2006 DHS	17,9	22,2
Mozambique	2009 AIS	36,7	35,1
Namibia	2006-07 DHS	59,4	52,9
Níger	2006 DHS	13,4	15,9
Nigeria	2008 DHS	22,2	32,6
Rwanda	2010 DHS	52	46,1
Santo Tomé y Príncipe	2008-09 DHS	42,6	43,4
Senegal	2010-11 DHS	29,4	30,7
Sierra Leona	2008 DHS	17,2	27,6
Swazilandia	2006-07 DHS	52,1	52,3
Tanzanía	2010 DHS	48,2	42,7
Uganda	2006 DHS	31,9	38,2
Zambia	2007 DHS	34	36,9
Zimbabwe	2010-11 DHS	51,9	47

(*) Datos de la última encuesta disponible.

Fuente: ICF International, 2012. MEASURE DHS STATcompiler – <http://www.statcompiler.com> – noviembre de 2012.



PROPORCIÓN DE MUJERES DE ENTRE 15 Y 49 AÑOS QUE HAN ESTADO O ESTÁN CASADAS O CON PAREJA Y QUE SUFRIERON VIOLENCIA FÍSICA O SEXUAL POR PARTE DE SU COMPAÑERO ÍNTIMO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

	2011		2011
Angola	29 %	Timor-Leste	29 %
Antigua y Barbuda	69 %	Togo	22 %
Azerbaiyán	14 %	Túnez	16 %
Bangladesh	53 %	República Unida de Tanzania	35 %
Bolivia	24 %	Vanuatu	60 %
Camboya	10 %	Zimbabwe	22 %
República Centroafricana	40 %		
Chad	30 %		
República Checa	11 %		
República Democrática del Congo	64 %		
República Dominicana	12 %		
El Salvador	8 %		
Ghana	5 %		
Guatemala	28 %		
Guinea	37 %		
Guinea Bissau	40 %		
Haití	20 %		
Honduras	15 %		
Jamaica	10 %		
Kenya	41 %		
Liberia	29 %		
Madagascar	9 %		
Malawi	31 %		
Islas Marshall	25 %		
México	17 %		
República de Moldova	13 %		
Mongolia	10 %		
Marruecos	15 %		
República Federal Democrática de Nepal	28 %		
Nicaragua	22 %		
Nigeria	18 %		
Panamá	15 %		
Perú	14 %		
Rwanda	44 %		
Santo Tomé y Príncipe	32 %		
Sierra Leona	10 %		
Swazilandia	8 %		

NÚMERO DE MUJERES ADULTAS INFECTADAS POR EL VIH

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
EL CARIBE						
Bahamas	3 100	2 800	3 300	3 000	2 800	3 300
Barbados	< 500	< 500	< 500	< 500	< 500	< 500
Cuba	1 300	1 100	1 800	2 900	2 500	3 400
República Dominicana	26 000	22 000	30 000	24 000	20 000	28 000
Haití	66 000	56 000	76 000	61 000	50 000	71 000
Jamaica	13 000	11 000	17 000	10 000	8 200	13 000
Trinidad y Tabago	5 600	5 000	6 200	6 800	6 100	7 500
ASIA ORIENTAL						
Japón	1 800	1 500	2 300	2 400	1 800	3 100
República de Corea	2 000	1 500	2 500	4 200	3 200	5 400
Mongolia	< 100	< 100	< 100	< 500	< 500	< 1 000
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL						
Armenia	< 1 000	< 500	2 400	< 1 000	< 1 000	2 000
Azerbaiyán	< 500	< 500	< 1 000	1 000	< 1 000	1 400
Belarús	1 700	< 1 000	3 800	6 400	4 600	9 300
Georgia	< 500	< 100	1 000	1 200	< 1 000	2 000
Kazajstán	2 500	1 900	3 300	7 900	7 000	9 700
Kirguistán	< 500	< 500	< 1 000	4 200	3 000	6 700
República de Moldova	3 600	2 900	4 900	5 500	4 600	6 600
Federación de Rusia	...	110 000	170 000	...	190 000	350 000
Tayikistán	1 300	< 500	3 500	3 500	2 200	5 800
Ucrania	96 000	72 000	130 000	94 000	71 000	120 000
AMÉRICA LATINA						
Argentina	22 000	17 000	28 000	35 000	28 000	44 000
Belice	1 200	< 1 000	2 000	1 800	1 500	2 100
Bolivia	5 700	3 100	10 000	1 200	< 1 000	1 900
Brasil	180 000	150 000	200 000	200 000	170 000	230 000
Chile	3 800	2 300	7 800	4 800	3 200	7 200
Colombia	22 000	15 000	31 000	29 000	19 000	43 000
Costa Rica	2 400	1 900	2 900	4 300	3 500	5 100
Ecuador	9 100	2 200	22 000	8 200	5 300	18 000
El Salvador	3 000	1 700	5 800	9 800	4 400	26 000
Guatemala	7 200	2 000	21 000	26 000	7 100	120 000
Guyana	3 400	2 300	4 700	2 600	2 000	3 600
Honduras	25 000	19 000	33 000	10 000	8 100	14 000
México	25 000	21 000	26 000	32 000	27 000	35 000
Nicaragua	1 500	< 1 000	4 800	5 200	2 300	13 000
Panamá	7 900	5 000	13 000	4 400	3 000	6 800
Paraguay	1 300	< 1 000	2 500	4 100	1 900	10 000
Perú	18 000	13 000	26 000	20 000	9 900	53 000

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
Suriname	3 900	2 600	5 900	1 700	1 200	2 600
Uruguay	4 000	1 900	12 000	3 800	2 100	9 300
Venezuela	20 000	8 700	49 000	25 000	14 000	54 000
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL						
Argelia	...	1 400	2 600	...	3 800	8 100
Djibouti	5 900	4 800	7 100	4 600	3 400	6 300
Egipto	< 1 000	< 500	1 300	1 500	< 1 000	2 900
Irán	7 800	6 700	9 100	13 000	11 000	16 000
Líbano	< 1 000	< 500	1 300	1 300	< 1 000	1 900
Marruecos	6 300	4 500	8 500	15 000	10 000	22 000
Somalia	15 000	10 000	22 000	15 000	9 700	22 000
Sudán	9 000	6 800	11 000	22 000	18 000	28 000
Túnez	< 500	< 200	< 500	< 500	< 500	< 500
Yemen	3 200	2 100	4 600	9 000	7 700	11 000
OCEANÍA						
Australia	3 900	3 200	4 800	6 800	5 300	8 500
Fiji	< 100	< 100	< 100	< 200	< 100	< 200
Nueva Zelanda	< 500	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 100
Papua Nueva Guinea	10 000	7 200	14 000	12 000	10 000	14 000
ÁFRICA SUBSAHARIANA						
Angola	67 000	48 000	100 000	120 000	83 000	180 000
Benin	31 000	26 000	37 000	33 000	29 000	38 000
Botswana	140 000	130 000	150 000	160 000	150 000	170 000
Burkina Faso	71 000	61 000	88 000	56 000	50 000	72 000
Burundi	66 000	58 000	77 000	38 000	33 000	44 000
Camerún	230 000	210 000	260 000	280 000	260 000	300 000
Cabo Verde	2 100	1 500	2 900	2 700	1 900	3 800
República Centroafricana	84 000	72 000	92 000	62 000	44 000	67 000
Chad	84 000	69 000	100 000	100 000	87 000	140 000
Comoras	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 200
Congo	34 000	30 000	40 000	40 000	36 000	44 000
Côte d'Ivoire	270 000	250 000	300 000	170 000	150 000	200 000
Guinea Ecuatorial	4 000	3 000	5 000	10 000	8 900	15 000
Eritrea	12 000	7 600	24 000	12 000	6 600	27 000
Etiopía	700 000	630 000	770 000	390 000	350 000	430 000
Gabón	19 000	13 000	26 000	24 000	18 000	35 000
Gambia	3 200	1 400	6 700	7 700	4 000	15 000
Ghana	120 000	110 000	140 000	110 000	95 000	130 000
Guinea	35 000	25 000	49 000	41 000	33 000	52 000
Guinea Bissau	5 000	3 600	6 700	12 000	10 000	15 000
Kenya	790 000	750 000	840 000	800 000	760 000	840 000

NÚMERO DE MUJERES ADULTAS INFECTADAS POR EL VIH

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
Lesotho	140 000	130 000	150 000	170 000	160 000	170 000
Liberia	21 000	14 000	28 000	12 000	10 000	16 000
Madagascar	9 400	6 700	23 000	9 500	7 400	13 000
Malawi	430 000	400 000	470 000	430 000	410 000	470 000
Malí	55 000	45 000	68 000	55 000	42 000	71 000
Mauritania	5 300	3 200	10 000	13 000	7 100	22 000
Mauricio	1 900	1 200	2 800	2 200	1 500	3 100
Mozambique	470 000	420 000	540 000	750 000	670 000	850 000
Namibia	90 000	72 000	110 000	100 000	83 000	120 000
Níger	22 000	20 000	25 000	33 000	29 000	36 000
Nigeria	1 300 000	1 100 000	1 500 000	1 700 000	1 500 000	1 900 000
Rwanda	110 000	92 000	120 000	110 000	94 000	130 000
Santo Tomé y Príncipe	< 500	< 500	< 1 000	< 500	< 500	< 500
Senegal	14 000	11 000	18 000	28 000	23 000	34 000
Sierra Leona	12 000	8 500	18 000	27 000	21 000	38 000
Sudáfrica	2 300 000	2 200 000	2 500 000	2 900 000	2 700 000	3 000 000
Sudán del Sur	...	...	...	77 000	52 000	100 000
Swazilandia	69 000	64 000	75 000	100 000	96 000	110 000
Tanzanía	700 000	650 000	760 000	760 000	700 000	830 000
Togo	62 000	48 000	77 000	73 000	57 000	92 000
Uganda	440 000	400 000	470 000	670 000	640 000	730 000
Zambia	400 000	370 000	440 000	460 000	430 000	510 000
Zimbabwe	880 000	840 000	940 000	600 000	570 000	640 000
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL						
Afganistán	< 1 000	< 500	1 100	1 300	< 1 000	3 900
Bangladesh	< 500	< 500	< 1 000	< 1 000	< 500	1 300
Bhután	< 100	< 100	< 100	< 500	< 500	< 1 000
Camboya	40 000	30 000	56 000	31 000	24 000	49 000
Indonesia	3 300	< 100	9 900	110 000	70 000	170 000
República Democrática Popular Lao	1 200	< 500	3 000	4 700	3 600	6 500
Malasia	5 800	3 900	8 300	8 400	7 400	9 400
Maldivas	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Myanmar	58 000	51 000	65 000	77 000	64 000	87 000
República Federal Democrática de Nepal	7 800	5 000	14 000	10 000	6 500	22 000
Pakistán	2 500	1 800	3 900	28 000	17 000	58 000
Filipinas	< 1 000	< 200	< 1 000	3 500	2 800	4 200
Singapur	< 1 000	< 1 000	1 000	1 000	< 1 000	1 300
Sri Lanka	< 500	< 500	20 000	1 400	1 100	3 400
Tailandia	200 000	180 000	230 000	200 000	170 000	220 000
Viet Nam	12 000	10 000	15 000	48 000	37 000	66 000

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	2001			2011		
	Estimación	Estimación baja	Estimación alta	Estimación	Estimación baja	Estimación alta
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE						
Austria	1 600	1 200	2 200	5 200	3 900	7 200
Bélgica	2 500	1 900	3 300	5 700	4 500	7 300
Bulgaria	< 500	< 500	< 1 000	1 100	< 1 000	1 600
Canadá	8 900	7 400	10 000	13 000	12 000	16 000
Croacia	< 500	< 200	< 500	< 500	< 500	< 500
República Checa	< 500	< 500	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000
Dinamarca	< 1 000	< 1 000	1 100	1 600	1 400	1 900
Estonia	1 400	1 100	1 700	3 100	2 500	3 800
Finlandia	< 1 000	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 000
Francia	34 000	29 000	40 000	46 000	37 000	56 000
Alemania	6 700	6 000	7 500	11 000	10 000	13 000
Grecia	2 500	2 200	2 800	3 300	2 800	3 900
Hungría	1 000	< 1 000	1 300	1 300	< 1 000	1 600
Islandia	< 100	< 100	< 200	< 200	< 200	< 200
Irlanda	1 400	1 100	1 900	2 400	1 900	3 000
Israel	1 700	1 200	2 200	2 600	2 000	3 500
Italia	42 000	32 000	55 000	49 000	38 000	65 000
Letonia	1 400	1 100	1 900	2 800	1 900	3 900
Lituania	< 500	< 200	< 500	< 500	< 500	< 1 000
Luxemburgo	< 200	< 200	< 500	< 500	< 500	< 500
Malta	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 200
Países Bajos	5 500	4 300	7 300	7 500	5 900	11 000
Noruega	< 1 000	< 1 000	1 300	1 300	1 000	1 800
Polonia	6 500	5 000	8 800	9 900	7 700	13 000
Portugal	10 000	7 800	14 000	14 000	11 000	19 000
Rumania	4 500	3 500	5 800	4 700	3 900	5 800
Serbia	< 1 000	< 100	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 100
Eslovaquia	< 100	< 100	< 100	< 200	< 100	< 200
Eslovenia	< 100	< 100	< 100	< 200	< 200	< 500
España	29 000	25 000	33 000	35 000	31 000	39 000
Suecia	2 100	1 600	2 900	2 700	2 200	4 000
Suiza	4 100	3 200	5 300	6 200	4 700	8 100
Turquía	< 1 000	< 500	< 1 000	1 600	1 200	2 200
Reino Unido	14 000	11 000	18 000	29 000	23 000	36 000
Estados Unidos de América	200 000	150 000	260 000	300 000	210 000	470 000

RESTRICCIONES A LA ENTRADA, LA ESTANCIA O LA RESIDENCIA RELACIONADAS DIRECTAMENTE CON EL VIH

	2009	2011		2009	2011
Albania	No	No	Ecuador	No	No
Andorra	Sí	Sí	Egipto	Sí	Sí
Antigua y Barbuda	No	No	El Salvador	No	No
Argentina	No	No	Estonia	No	No
Armenia	Sí	No	Etiopía	No	No
Australia	Sí	Sí	Micronesia (Estados Federados de)	No	No
Austria	No	No	Fiji	Sí	No
Azerbaiyán	No	No	Finlandia	No	No
Bahrein	Sí	Sí	Francia	No	No
Bangladesh	No	No	Gabón	No	No
Barbados	No	No	Gambia	No	No
Belarús	Sí	Sí	Georgia	No	No
Bélgica	No	No	Ghana	No	No
Belice	Sí	Sí	Grecia	No	No
Benin	No	No	Granada	No	No
Bosnia y Herzegovina	No	No	Guatemala	No	No
Botswana	No	No	Guinea	No	No
Brasil	No	No	Guinea Bissau	No	No
Brunei Darussalam	Sí	Sí	Guyana	No	No
Bulgaria	No	No	Haití	No	No
Burkina Faso	No	No	Hungría	No	No
Burundi	No	No	Islandia	No	No
Camboya	No	No	India	No	No
Camerún	No	No	Indonesia	No	No
Canadá	No	No	Irán	No	No
República Centroafricana	No	No	Iraq	Sí	Sí
Chad	No	No	Irlanda	No	No
Chile	No	No	Israel	Sí	Sí
China	No	No	Italia	No	No
Colombia	No	No	Jamaica	No	No
Comoras	Sí	Sí	Japón	No	No
Congo	No	No	Jordania	Sí	Sí
República Democrática del Congo	No	No	Kazajstán	No	No
Costa Rica	No	No	Kenya	No	No
Croacia	No	No	República Popular Democrática de Corea	Sí	Sí
Cuba	Sí	Sí	República de Corea	Sí	No
Chipre	Sí	Sí	Kuwait	Sí	Sí
República Checa	No	No	Kirguistán	No	No
Côte d'Ivoire	No	No	República Democrática Popular Lao	No	No
Dinamarca	No	No	Letonia	No	No
Djibouti	No	No	Líbano	Sí	Sí
Dominica	No	No	Lesotho	No	No
República Dominicana	Sí	Sí			



	2009	2011		2009	2011
Liberia	No	No	Saint Kitts y Nevis	No	No
Libia	No	No	Santa Lucía	No	No
Liechtenstein	No	No	Samoa	Sí	Sí
Lituania	Sí	Sí	San Marino	No	No
Luxemburgo	No	No	Arabia Saudita	Sí	Sí
ex República Yugoslava de Macedonia	No	No	Senegal	No	No
Madagascar	No	No	Serbia	No	No
Malawi	No	No	Sierra Leona	No	No
Malasia	Sí	Sí	Singapur	Sí	Sí
Maldivas	No	No	Eslovaquia	Sí	Sí
Malí	No	No	Eslovenia	No	No
Malta	No	No	Islas Salomón	Sí	Sí
Islas Marshall	Sí	Sí	Somalia	No	No
Mauritania	No	No	Sudáfrica	No	No
Mauricio	Sí	Sí	España	No	No
México	No	No	Sri Lanka	No	No
Mónaco	No	No	Sudán	Sí	Sí
Mongolia	Sí	Sí	Swazilandia	No	No
Montenegro	No	No	Suecia	No	No
Marruecos	No	No	Suiza	No	No
Mozambique	No	No	República Árabe Siria	Sí	Sí
Myanmar	No	No	Tayikistán	Sí	Sí
Namibia	No	No	Tanzanía	No	No
República Federal Democrática de Nepal	No	No	Tailandia	No	No
Países Bajos	No	No	Togo	No	No
Nueva Zelanda	Sí	Sí	Tonga	Sí	Sí
Nicaragua	Sí	Sí	Trinidad y Tabago	No	No
Nigeria	No	No	Túnez	No	No
Noruega	No	No	Turquía	No	No
Omán	Sí	Sí	Turkmenistán	Sí	Sí
Pakistán	No	No	Uganda	No	No
Panamá	No	No	Ucrania	No	No
Papua Nueva Guinea	Sí	Sí	Emiratos Árabes Unidos	Sí	Sí
Paraguay	Sí	Sí	Reino Unido	No	No
Perú	No	No	Estados Unidos de América	No	No
Filipinas	No	No	Uruguay	No	No
Polonia	No	No	Uzbekistán	Sí	Sí
Portugal	No	No	Vanuatu	No	No
Qatar	Sí	Sí	Venezuela	No	No
República de Moldova	Sí	No	Viet Nam	No	No
Rumania	No	No	Yemen	Sí	Sí
Federación de Rusia	Sí	Sí	Zambia	No	No
Rwanda	No	No	Zimbabwe	No	No

EL PAÍS INFORMA DE QUE HA DESARROLLADO UNA ESTRATEGIA NACIONAL MULTISECTORIAL PARA RESPONDER AL VIH

	2011		2011
Afganistán	Sí	Djibouti	Sí
Albania	Sí	Dominica	Sí
Argelia	Sí	República Dominicana	Sí
Angola	Sí	Ecuador	Sí
Antigua y Barbuda	Sí	Egipto	Sí
Argentina	Sí	El Salvador	Sí
Australia	Sí	Eritrea	Sí
Azerbaiyán	Sí	Estonia	Sí
Bahamas	Sí	Etiopía	Sí
Bahrein	Sí	Micronesia (Estados Federados de)	No
Bangladesh	Sí	Fiji	Sí
Barbados	Sí	Finlandia	No
Belarús	Sí	Francia	Sí
Bélgica	No	Gabón	Sí
Belice	Sí	Gambia	Sí
Benin	Sí	Georgia	Sí
Bhután	Sí	Alemania	Sí
Bolivia	Sí	Ghana	Sí
Bosnia y Herzegovina	Sí	Grecia	Sí
Botswana	Sí	Granada	Sí
Brasil	Sí	Guatemala	Sí
Brunei Darussalam	No	Guinea Bissau	Sí
Bulgaria	Sí	Guyana	Sí
Burkina Faso	Sí	Haití	Sí
Burundi	Sí	Honduras	Sí
Camboya	Sí	Islandia	No
Camerún	Sí	India	Sí
Canadá	Sí	Indonesia	Sí
Cabo Verde	Sí	Irán	Sí
República Centroafricana	Sí	Italia	Sí
Chad	Sí	Jamaica	Sí
Chile	Sí	Japón	Sí
China	Sí	Jordania	Sí
Colombia	Sí	Kazajstán	Sí
Comoras	Sí	Kenya	Sí
Congo	Sí	República Popular Democrática de Corea	No
República Democrática del Congo	Sí	República de Corea	Sí
Costa Rica	Sí	Kuwait	Sí
Croacia	Sí	Kirguistán	Sí
Cuba	Sí	República Democrática Popular Lao	Sí
Chipre	Sí	Letonia	Sí
República Checa	Sí	Libano	Sí
Côte d'Ivoire	Sí		



	2011		2011
Lesotho	Sí	Santo Tomé y Príncipe	Sí
Liberia	Sí	Arabia Saudita	Sí
Lituania	Sí	Senegal	Sí
Luxemburgo	Sí	Serbia	Sí
ex República Yugoslava de Macedonia	Sí	Seychelles	Sí
Madagascar	Sí	Sierra Leona	Sí
Malawi	Sí	Singapur	Sí
Malasia	Sí	Eslovaquia	Sí
Malí	Sí	Eslovenia	Sí
Malta	Sí	Islas Salomón	No
Islas Marshall	Sí	Somalia	Sí
Mauritania	Sí	Sudáfrica	Sí
México	Sí	Sudán del Sur	Sí
Mongolia	Sí	España	Sí
Montenegro	Sí	Sri Lanka	Sí
Marruecos	Sí	San Vicente y las Granadinas	Sí
Mozambique	Sí	Sudán	Sí
Myanmar	Sí	Suriname	Sí
Namibia	Sí	Swazilandia	Sí
República Federal Democrática de Nepal	Sí	Suecia	Sí
Países Bajos	Sí	Suiza	Sí
Nueva Zelanda	No	República Árabe Siria	Sí
Nicaragua	Sí	Tayikistán	Sí
Níger	Sí	Tanzanía	Sí
Nigeria	Sí	Tailandia	Sí
Noruega	Sí	Timor-Leste	Sí
Omán	Sí	Togo	Sí
Pakistán	Sí	Trinidad y Tabago	Sí
Palau	Sí	Túnez	Sí
Panamá	Sí	Tuvalu	Sí
Papua Nueva Guinea	Sí	Uganda	Sí
Paraguay	Sí	Ucrania	Sí
Perú	Sí	Emiratos Árabes Unidos	Sí
Filipinas	Sí	Reino Unido	Sí
Polonia	Sí	Estados Unidos de América	Sí
Portugal	Sí	Uruguay	Sí
Qatar	No	Vanuatu	Sí
República de Moldova	Sí	Venezuela	Sí
Rumania	Sí	Viet Nam	Sí
Rwanda	Sí	Yemen	Sí
Saint Kitts y Nevis	Sí	Zambia	Sí
Santa Lucía	Sí	Zimbabwe	Sí
Samoa	Sí		

EL PAÍS INFORMA DE QUE HA DESARROLLADO UN PLAN PARA FORTALECER LOS SISTEMAS SANITARIOS

	2011		2011
Afganistán	Sí	Egipto	Sí
Albania	Sí	El Salvador	Sí
Argelia	Sí	Eritrea	Sí
Angola	Sí	Estonia	Sí
Antigua y Barbuda	Sí	Etiopía	Sí
Argentina	No	Micronesia (Estados Federados de)	Sí
Australia	No	Fiji	Sí
Azerbaiyán	Sí	Finlandia	Sí
Bahamas	Sí	Francia	No
Bangladesh	Sí	Gabón	Sí
Barbados	No	Gambia	Sí
Belarús	Sí	Georgia	Sí
Bélgica	Sí	Alemania	No
Belize	Sí	Ghana	Sí
Benin	Sí	Granada	Sí
Bhután	Sí	Guatemala	Sí
Bolivia	Sí	Guinea Bissau	Sí
Bosnia y Herzegovina	Sí	Guyana	Sí
Botswana	Sí	Haití	Sí
Brasil	Sí	Honduras	Sí
Brunei Darussalam	Sí	Islandia	No
Bulgaria	Sí	India	Sí
Burkina Faso	Sí	Indonesia	Sí
Burundi	No	Irán	Sí
Camboya	Sí	Italia	Sí
Camerún	Sí	Jamaica	Sí
Cabo Verde	Sí	Japón	Sí
República Centroafricana	Sí	Jordania	Sí
Chad	Sí	Kazajstán	Sí
Chile	Sí	Kenya	Sí
China	Sí	República de Corea	Sí
Colombia	Sí	Kuwait	No
Congo	Sí	Kirguistán	Sí
Costa Rica	No	República Democrática Popular Lao	Sí
Croacia	No	Letonia	Sí
Cuba	Sí	Líbano	Sí
Chipre	Sí	Lesotho	Sí
Côte d'Ivoire	Sí	Liberia	Sí
Djibouti	Sí	Lituania	Sí
Dominica	Sí	Luxemburgo	Sí
República Dominicana	Sí	ex República Yugoslava de Macedonia	Sí
Ecuador	Sí		

	2011		2011
Madagascar	Sí	Sierra Leona	Sí
Malawi	Sí	Singapur	No
Malasia	Sí	Eslovaquia	No
Malí	Sí	Eslovenia	No
Malta	No	Islas Salomón	Sí
Islas Marshall	Sí	Somalia	Sí
Mauritania	Sí	Sudáfrica	Sí
México	Sí	Sudán del Sur	Sí
Mongolia	Sí	España	Sí
Montenegro	No	Sri Lanka	Sí
Marruecos	Sí	San Vicente y las Granadinas	Sí
Mozambique	Sí	Sudán	Sí
Myanmar	Sí	Suriname	Sí
Namibia	Sí	Swazilandia	Sí
República Federal Democrática de Nepal	Sí	Suiza	No
Países Bajos	No	República Árabe Siria	Sí
Nueva Zelanda	No	Tayikistán	Sí
Nicaragua	Sí	Tanzanía	Sí
Níger	Sí	Tailandia	Sí
Nigeria	Sí	Timor-Leste	Sí
Omán	Sí	Togo	Sí
Pakistán	Sí	Trinidad y Tabago	Sí
Palau	Sí	Túnez	Sí
Panamá	Sí	Tuvalu	Sí
Papua Nueva Guinea	No	Uganda	Sí
Paraguay	Sí	Ucrania	Sí
Perú	Sí	Emiratos Árabes Unidos	Sí
Filipinas	Sí	Reino Unido	No
Polonia	No	Estados Unidos de América	Sí
Portugal	Sí	Uruguay	Sí
Qatar	Sí	Vanuatu	Sí
República de Moldova	Sí	Venezuela	Sí
Rumanía	No	Viet Nam	Sí
Rwanda	Sí	Zambia	Sí
Saint Kitts y Nevis	No	Zimbabwe	Sí
Santa Lucía	Sí		
Samoa	Sí		
Santo Tomé y Príncipe	No		
Arabia Saudita	Sí		
Senegal	Sí		
Serbia	Sí		
Seychelles	No		

ESCOLARIZACIÓN ACTUAL DE NIÑOS ENTRE 10 Y 14 AÑOS

	Huérfanos		No huérfanos	
	2009	2011	2009	2011
Argelia	...	...	...	...
Angola	75	71	87	90
Argentina	...	...	...	...
Bahamas	100	...	100	...
Bangladesh	...	...	...	...
Belice	62	62	94	94
Benin	6	61	...	71
Bolivia	...	...	...	...
Bosnia y Herzegovina	...	...	...	...
Burkina Faso	56	...	49	...
Burundi	...	...	...	...
Camboya	76	70	92	81
Camerún	79	...	86	...
Cabo Verde	...	...	...	...
República Centroafricana	65	70	67	79
Chad	54	67	46	57
Colombia	...	...	...	...
Congo	82	...	93	93
República Democrática del Congo	63	63	81	85
Costa Rica	...	95	...	93
Croacia	...	...	...	...
Cuba	100	100	100	100
Côte d'Ivoire	36	...	52	...
República Dominicana	69	95	97	98
Etiopía	53	...	59	...
Gabón	81	81	96	96
Gambia	...	91	...	94
Ghana	67	...	88	...
Guinea	...	...	...	...
Guinea Bissau	...	78	...	72
Guyana	...	...	...	...
Haití	77	77	89	89
Honduras	59	25	55	84
India	...	...	...	...
Indonesia	87	87	93	93
Irán	75	75	92	92
Japón	100	...	100	...
Kenya	64	94	61	98
Lesotho	...	93	...	95
Madagascar	...	60	...	81
Malawi	89	91	91	93

Fuente: ONUSIDA | Para más información, visite <http://aidsinfo.unaids.org>

	Huérfanos		No huérfanos	
	2009	2011	2009	2011
Malí	42	54	48	62
Mauritania	51	...	71	...
Mongolia	...	100	...	98
Mozambique	79	66	87	79
Namibia	95	94	94	95
Nicaragua	...	...	...	...
Níger	25	25	38	37
Nigeria	84	84	72	72
Omán	...	100	...	...
Papua Nueva Guinea	75	...	87	...
Perú	...	89	...	94
República de Moldova	50	...	97	...
Rwanda	75	88	91	96
Santa Elena	...	100	...	100
Santa Lucía	100	...	72	...
Santo Tomé y Príncipe	...	...	...	...
Senegal	...	90	...	94
Seychelles	...	100	...	100
Sierra Leona	47	47	76	76
Somalia	...	25	...	29
Sudáfrica	98	98	99	99
España	99	...	...	...
Sudán	54	78	67	82
Suriname	...	86	...	97
Swazilandia	90	97	93	99
Tanzanía	60	32	...	62
Tailandia	96	...	96	...
Timor-Leste	...	66	...	87
Togo	92	77	96	89
Turquía	...	...	...	...
Uganda	...	...	82	...
Uruguay	...	100	...	...
Vanuatu	...	74	...	83
Zambia	81	...	88	...
Zimbabwe	...	88	...	95



20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org



Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

