

PERSPECTIVAS **DEL SIDA/09**



**EN ESTE DÍA MUNDIAL DEL
SIDA EN 2008 / 20 AÑOS
DESPUÉS DEL PRIMERO/
SE HAN LOGRADO VARIOS
HITOS**

ONUSIDA/08.36S / JC1648S (versión española, diciembre de 2008)

Versión original inglesa, UNAIDS/08.36E / JC1648E, noviembre de 2008:

AIDS outlook/09 : World AIDS Day 2008

Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 2008. Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas por el ONUSIDA se pueden solicitar al Equipo de Gestión de Contenido del ONUSIDA. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones del ONUSIDA —ya sea con fines comerciales o no— también deben dirigirse al Equipo de Gestión de Contenido por correo a la dirección indicada más abajo, por fax al +41 22 791 48 35, o por correo electrónico: publicationpermissions@unaids.org.

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

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

El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente 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:

Perspectivas del sida 2009: informe del día mundial del sida 2008.

“ONUSIDA/08.36S / JC1648S”.

1.Infecciones por VIH – epidemiología. 2.Infecciones por VIH – prevención y control.
3.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – prevención y control. 4.Salud mundial.
5.Cooperación internacional. I.ONUSIDA.

ISBN 978 92 9 173740 6

[Clasificación NLM: WC 503.4]

PERSPECTIVAS DEL SIDA/09 es un nuevo informe del ONUSIDA que brinda un panorama de algunos de los problemas más apremiantes que deberán hacer frente los responsables de formular políticas y los líderes para responder a los desafíos que plantea el sida en el año 2009.

En muchos aspectos, el año venidero será un año de transición y de aceleración. Numerosos países están revisando sus estrategias nacionales sobre el sida. Pese a que el compromiso político para con el sida está en su punto más alto, los acontecimientos recientes en el mundo de las finanzas pondrán a prueba la resistencia de muchos de ellos. Este informe es una oportunidad para la reflexión. Reflexión sobre lo que ha sido posible lograr con el liderazgo, así como reflexión para redirigir la acción hacia algunas áreas clave que están impidiendo el progreso. No es un "manual de instrucciones" ni una "declaración de intenciones", pero se fundamenta en pruebas para ahondar en nuevas maneras de ampliar y mejorar la respuesta al sida.

El informe comienza resaltando algunos logros recientes y los desafíos para abordar el problema del VIH. Brinda ejemplos de cómo los países están aplicando técnicas de modelización que mejoran la comprensión de la incidencia del VIH con el propósito de revitalizar la prevención del VIH. **Perspectivas del sida** concluye con una introducción a la prevención del VIH en forma combinada y su aplicación.

Perspectivas del sida se atiene a las estimaciones de la prevalencia del VIH y el impacto de los datos recopilados en todo el mundo, así como a las perspectivas de quienes responden al sida en diferentes países y comunidades. La conjunción de los datos con voces decisivas contribuirá a identificar los debates que deben mantenerse y las decisiones que deben tomarse en los países durante la planificación de sus estrategias futuras.

01



Los preservativos son una parte esencial de la prevención de combinación que incluye, entre otros elementos, acceso a la información sobre el VIH, acceso al tratamiento, medidas de reducción del daño, prolongación de la edad de iniciación sexual, fidelidad, disminución de parejas múltiples y relaciones concurrentes, garantía de los derechos humanos y reducción del estigma.

DISMINUCIÓN EN NÚMERO DE NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH:

3 MILLONES → 2,7 MILLONES
2001 2007

MENOS PERSONAS INFECTADAS MUEREN:

2,2 MILLONES → 2 MILLONES
2005 2007

MÁS PERSONAS EN TRATAMIENTO:

+ 1 MILLÓN EN UN AÑO
2007

FUENTE: ONUSIDA, 2008



EN ESTE DÍA MUNDIAL DEL SIDA EN 2008 —20 AÑOS DESPUÉS DEL PRIMERO— SE HAN LOGRADO VARIOS HITOS RECIENTES. LOS MÁS IMPORTANTES SON:

MENOS PERSONAS SE INFECTAN CON EL VIH. LAS ESTIMACIONES DISMINUYERON A 2,7 MILLONES EN 2007 DE 3 MILLONES EN 2001. TAMBIÉN HAY UNA ESTABILIZACIÓN MUNDIAL DEL PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH.

EL NÚMERO DE NIÑOS QUE SE INFECTAN CON EL VIH DISMINUYÓ A 370.000 EN 2007 DE 450.000 EN 2000 DEBIDO A LA COBERTURA CADA VEZ MÁS AMPLIA DE LOS PROGRAMAS PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIH Y LA ESTABILIZACIÓN DE LA PREVALENCIA DEL VIH ENTRE LAS EMBARAZADAS.

MENOS PERSONAS MUEREN A CAUSA DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIH: UN ESTIMADO DE 2 MILLONES EN 2007 DE UN ESTIMADO DE 2,2 MILLONES EN 2005

SOLAMENTE EL AÑO PASADO, UN MILLÓN MÁS DE PERSONAS RECIBIERON TRATAMIENTO PARA EL VIH EN HOSPITALES Y DISPENSARIOS EN EL MUNDO EN VÍAS DE DESARROLLO, LO QUE INCREMENTÓ EL TOTAL A 3 MILLONES DE PERSONAS A FINES DE 2007, UN AUMENTO DE MÁS DE DIEZ VECES CON RESPECTO A CINCO AÑOS ATRÁS*

EL NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH ESTÁ AUMENTANDO DEBIDO A LAS CONTINUAS NUEVAS INFECCIONES, A LAS PERSONAS VIVAS COMO RESULTADO DEL TRATAMIENTO Y AL CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN.

LOS INTERVALOS PARA LAS ESTIMACIONES ANTERIORES ESTÁN DISPONIBLES EN LA PÁGINA 20

FUENTE: ONUSIDA, 2008 *OMS, 2008

03

Y HOY, OTROS OBJETIVOS ESTÁN AL ALCANCE DE LA MANO. Lo más importante para destacar es que, en numerosos países, se producen un nuevo conjunto de análisis que identifican los grupos de poblaciones en los que se están produciendo nuevas infecciones por el VIH. Esta información podría guiar mejor a los programas de prevención del VIH y, como muchos esperan, comenzar a invertir las cifras de las nuevas infecciones. Cada país deberá decidir qué medidas tomar en función de estos nuevos datos.

Los programas de tratamiento han seguido expandiéndose y enfrentando nuevos desafíos con el tiempo. Hoy día, muchos dispensarios comprueban que los pacientes responden bien al tratamiento antirretrovírico. Sin embargo, en 2007, 55 países informaron que recibían tratamiento menos del 25% de los adultos y niños que lo necesitaban. De 113 países en vías de desarrollo, 88 informaron que menos de la mitad de las madres recibían servicios para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos durante el parto (ONUSIDA, 2008).

En un lapso de sólo 27 años desde que, en los Estados Unidos, se identificaron por primera vez cinco varones homosexuales con sida (CDC, 1981), la epidemia se cobró las vidas de más de 25 millones de personas en todo el planeta.

PERO HAY MUCHOS OTROS INDICADORES QUE TAMBIÉN DEJAN AL DESCUBIERTO LA GRAVEDAD DE LA CRISIS.

Lo más preocupante es que, por cada dos personas que comienzan un tratamiento, otras cinco se infectan. Con este alto número constante de nuevas infecciones, y con tantas muertes que se evitaron por el suministro de medicamentos antirretrovíricos, el número de personas que viven con el VIH ascendió a 33 millones en 2007 (ONUSIDA, 2008).

MÁS DE 7400 NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH CADA DÍA EN 2007

MÁS DEL **96%** OCURREN EN PAÍSES DE BAJOS Y MEDIANOS INGRESOS
 ALREDEDOR DE **1000** OCURREN EN MENORES DE 15 AÑOS
 ALREDEDOR DE **6300** OCURREN EN MAYORES DE 15 AÑOS, DE LOS CUALES:
 CASI EL **50%** SON INFECCIONES EN MUJERES
 CASI EL **45%** SON INFECCIONES EN JÓVENES (DE 15 A 24 AÑOS)

POR CADA DOS PERSONAS QUE COMIENZAN UN TRATAMIENTO, OTRAS CINCO SE INFECTAN

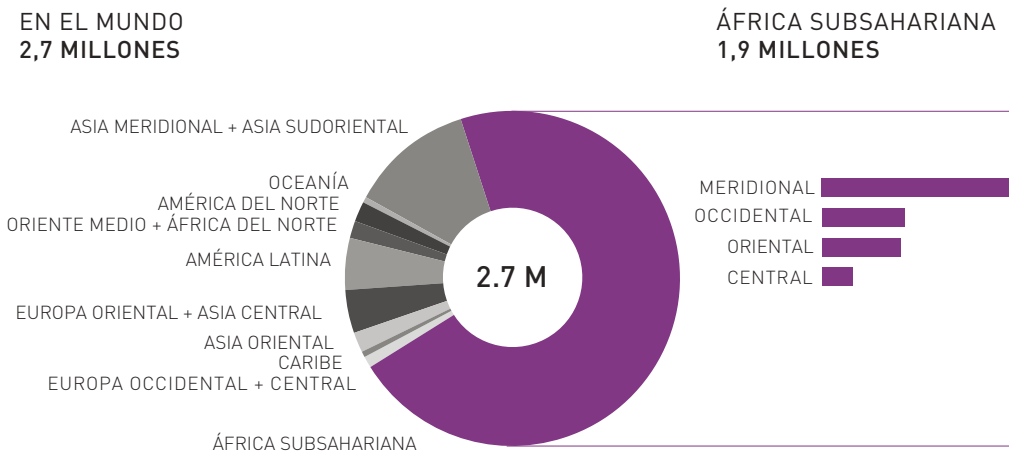
continuarán respaldando una amplia gama de iniciativas contra el sida que sostendrían y aprovecharían éxitos pasados. Si el financiamiento está en duda, ¿cómo podrán los programas de tratamiento responder a la creciente demanda de antirretrovíricos? Si se recortan los fondos, ¿de dónde provendrá el apoyo para una gran cantidad de iniciativas revitalizadas de prevención? Las respuestas afectarán a millones de personas.

Cabe destacar que una vez más el epicentro de la epidemia es el África subsahariana. Dos tercios de las personas que viven con el VIH son africanas. Tres cuartas partes de las muertes en 2007 se produjeron en África. Y si se tomara una prueba del VIH al azar en el África subsahariana, cinco de cada 100 adultos promedio obtendrían un resultado positivo (ONUSIDA, 2008).

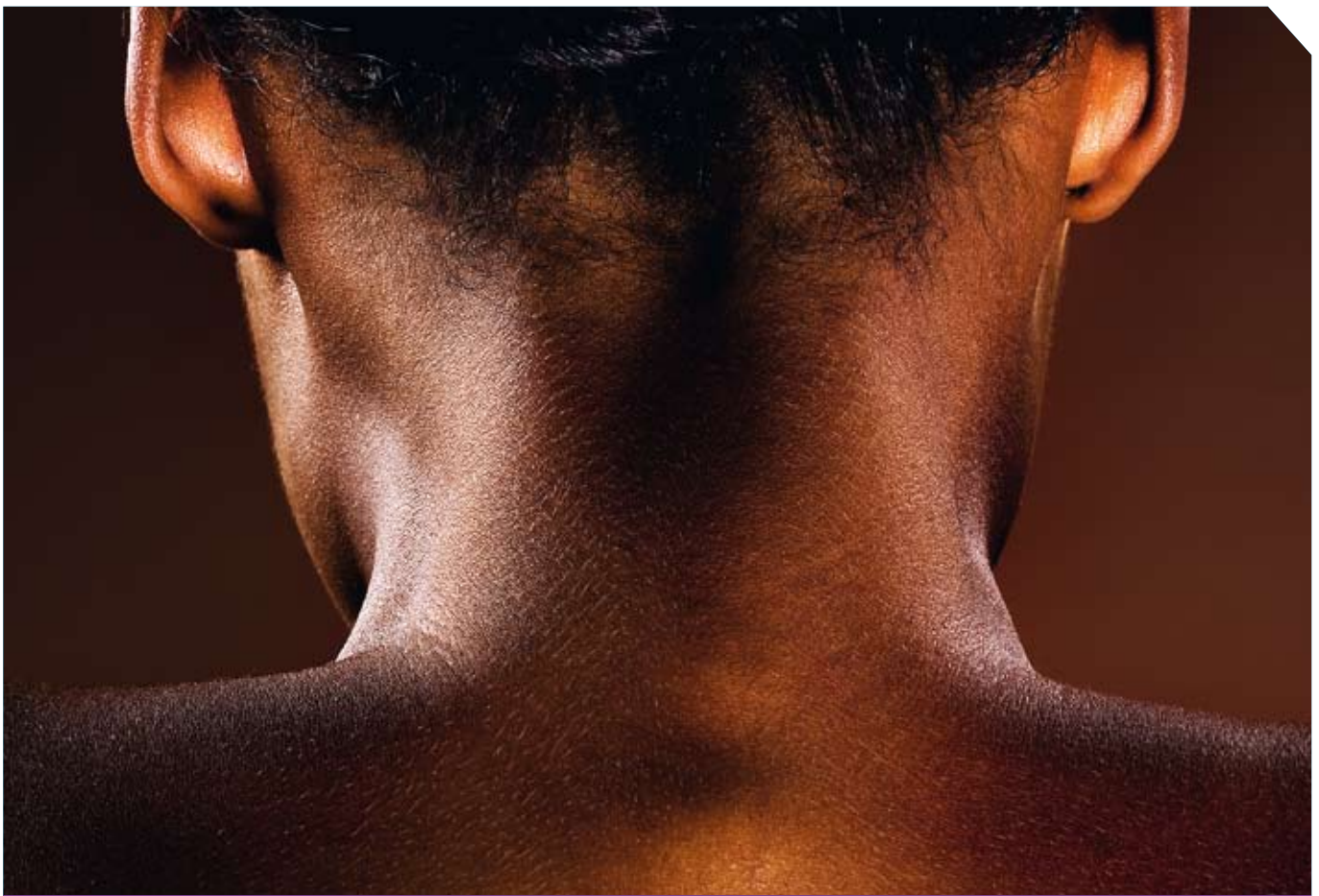
Agreguemos a esto un nuevo desafío en evolución: la crisis financiera global, que suscita el espectro de recortes de fondos, lo que tendría consecuencias perjudiciales en todo el mundo en vías de desarrollo en general y en la respuesta al sida en particular. Con el elevado número estimado de personas que viven con el VIH, hoy día la preocupación acuciante es si los donantes y los países

04

FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN MUNDIAL DE NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH, 2007



Fuente: Informe sobre la epidemia mundial de sida de 2008, ONUSIDA.



 **EL 66%** DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH ESTÁN EN EL ÁFRICA SUBSAHARIANA.

 **EL 75%** DE LAS MUERTES POR SIDA SE PRODUJERON EN EL ÁFRICA SUBSAHARIANA.

TABLA 1. ESTADÍSTICAS Y CARACTERÍSTICAS REGIONALES DEL VIH Y EL SIDA, 2007

	Adultos + niños que viven con el VIH	Adultos + niños que se infectan con el VIH	Prevalencia en adultos (15-49) [%]	Muertes de adultos + niños por sida
ÁFRICA SUBSAHARIANA	22,0 millones [20,5 – 23,6 millones]	1,9 millones [1,6 – 2,0 millones]	5,0% [4,6 – 5,4%]	1,5 millones [1,3 – 1,7 millones]
ORIENTE MEDIO + ÁFRICA DEL NORTE	380.000 [280.000 – 510.000]	40.000 [20.000 – 66.000]	0,3% [0,2 – 0,4%]	27.000 [20.000 – 35.000]
ASIA MERIDIONAL + ASIA SUDORIENTAL	4,2 millones [3,5 – 5,3 millones]	330.000 [150.000 – 590.000]	0,3% [0,2 – 0,4%]	340.000 [230.000 – 450.000]
ASIA ORIENTAL	740.000 [480.000 – 1,1 millones]	52.000 [29.000 – 84.000]	0,1% [<0,1 – 0,2%]	40.000 [24.000 – 63.000]
AMÉRICA LATINA	1,7 millones [1,5 – 2,1 millones]	140.000 [88.000 – 190.000]	0,5% [0,4 – 0,6%]	63.000 [49.000 – 98.000]
CARIBE	230.000 [210.000 – 270.000]	20.000 [16.000 – 25.000]	1,1% [1,0 – 1,2%]	14.000 [1.000 – 16.000]
EUROPA ORIENTAL + ASIA CENTRAL	1,5 millones [1,1 – 1,9 millones]	110.000 [67.000 – 180.000]	0,8% [0,6 – 1,1%]	58.000 [41.000 – 88.000]
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL	730.000 [580.000 – 1,0 millones]	27.000 [14.000 – 49.000]	0,3% [0,2 – 0,4%]	8.000 [4.800 – 17.000]
AMÉRICA DEL NORTE	1,2 millones [760.000 – 2,0 millones]	54.000 [9.600 – 130.000]	0,6% [0,4 – 1,0%]	23.000 [9.100 – 55.000]
OCEANÍA	74.000 [66.000 – 93.000]	13.000 [12.000 – 15.000]	0,4% [0,3 – 0,5%]	1.000 [1.000 – 1.400]
TOTAL	33 millones [30 – 36 millones]	2,7 millones [2,2 – 3,2 millones]	0,8% [0,7 – 0,9%]	2,0 millones [1,8 – 2,3 millones]

Los intervalos de las estimaciones presentadas en este cuadro, que están basadas en la mejor información disponible, definen los márgenes dentro de los cuales se encuentran los datos reales.
Fuente: Informe sobre la epidemia mundial de sida de 2008, ONUSIDA.



.....

CONOZCA SU EPIDEMIA, ASÍ SABRÁ DÓNDE RESPONDER. Durante muchos años, el ONUSIDA y sus copatrocinadores han brindado el mismo consejo a los países acerca de las estrategias de prevención: conozcan su epidemia y conozcan su respuesta. La mayoría ha tomado medidas, pero necesitan saber más aparte de las cifras o los distritos donde se producen las infecciones. Necesitan datos que les permitirían comprender la dinámica de su epidemia o las diversas subepidemias. Ahora, al emprender análisis de vías de transmisión, numerosos países tienen cifras estimadas de los grupos poblacionales donde es más probable que se produzcan las nuevas infecciones y, por lo tanto, pueden comenzar a entender mejor su epidemia y actuar en consecuencia.

En 11 países del África subsahariana —cinco en el este y el sur (Kenya, Lesotho, Mozambique, Swazilandia y Uganda), y seis en el oeste (Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Nigeria y Senegal)— los expertos en VIH nacionales acaban de presentar, o presentarán en los próximos meses, nueva información que les brindará cifras estimadas de quiénes se han infectado en el año anterior. Otros países africanos —Botswana, Etiopía, Malawi, Tanzania y Zambia— también recientemente finalizaron o están finalizando estimaciones de incidencia similares. Además de África, varios países asiáticos (entre ellos Camboya, Tailandia y Viet Nam) realizaron análisis similares. Se están planificando más análisis en otras regiones, como América Latina.

En algunos países, donde disponen de los primeros resultados de los estudios de las vías de transmisión, los responsables de formular políticas ya han logrado nuevos conocimientos. En particular, las estimaciones de la incidencia pusieron de relieve tres tendencias generales.

Tendencia 1. En muchos países del África subsahariana con una elevada prevalencia del VIH, las nuevas infecciones se producen principalmente como consecuencia de tener parejas sexuales múltiples y entre parejas discordantes, que es cuando un integrante de la pareja es VIH-positivo y otro VIH-negativo.

07

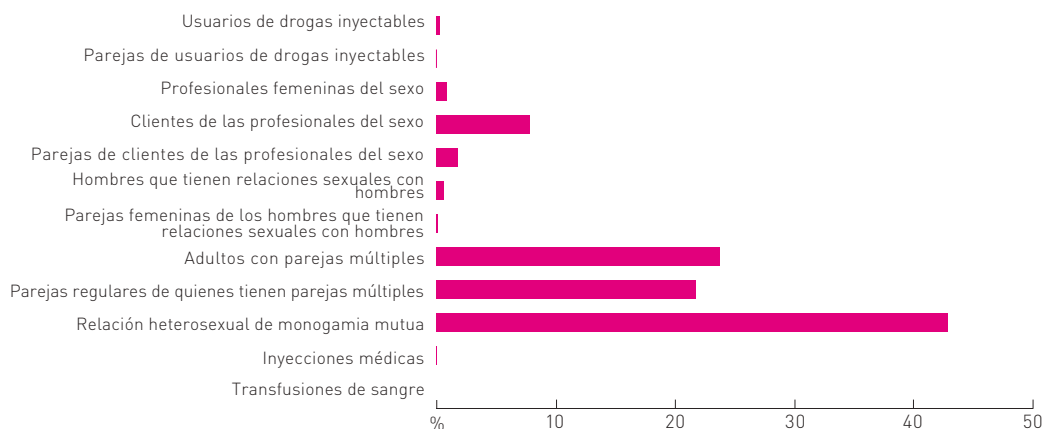
Tendencia 2. En numerosos países, incluso en naciones con una prevalencia alta entre la población general, también se pueden producir números importantes de nuevas infecciones en las poblaciones de mayor riesgo de exposición al VIH, incluidos profesionales del sexo y sus clientes, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Tendencia 3. Los patrones de la epidemia pueden cambiar, y seguramente cambiarán, con el tiempo; por lo tanto, dichos análisis deben repetirse con frecuencia.

Tendencia 1. Ejemplo

El análisis de las "vías de transmisión" de Uganda mostró que aproximadamente el 43% de las nuevas infecciones por el VIH se producían entre parejas de "bajo riesgo" en las que un miembro era VIH-positivo y el otro, VIH-negativo. Un porcentaje estimado de 44% de otras infecciones provenía de quienes tienen parejas sexuales múltiples, incluidas sus parejas habituales, y aproximadamente el 11% estaba relacionado con el comercio sexual. Estos hallazgos subrayaron la necesidad de concentrar las iniciativas de prevención en las personas en matrimonios o relaciones prolongadas. Dichas estrategias de prevención incluirían promover el asesoramiento y pruebas del VIH para parejas, en donde ambos revelen su estado serológico respecto al VIH; iniciativas para reducir el número de parejas sexuales; y recalcar el uso habitual del preservativo en parejas que son discordantes —uno VIH-positivo, otro VIH-negativo— junto con el acceso al tratamiento del VIH para el miembro seropositivo de la pareja (Gobierno de Uganda, 2008).

FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN ESTIMADA DE NUEVAS INFECCIONES ENTRE ADULTOS, Uganda



Fuente: Gobierno de Uganda, ONUSIDA, Comisión Ugandesa contra el SIDA, 2008

“En Uganda nos dimos cuenta de que debíamos supervisar las nuevas infecciones y concentrar nuestra respuesta entre las personas que aparentemente tienen relaciones monógamas prolongadas”, comentó el profesor Fred Wabwire-Mangen, el jefe de equipo del estudio de las vías de transmisión en Uganda y profesor asociado de epidemiología de enfermedades contagiosas en la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Makerere en Kampala. “Son varias las cosas que están sucediendo con las parejas que tienen relaciones estables. Primero, no usan preservativos. Segundo, no se hacen las pruebas suficientes. Necesitamos motivarlos a que se hagan las pruebas, y no sólo las pruebas, sino que también deben revelar su estado serológico a la pareja”.

Ahora, expresó Wabwire-Mangen, los responsables de formular políticas en Uganda tomarán los resultados y examinarán si los programas actuales coinciden con la propagación de la epidemia, para poder controlar si están destinando dinero a áreas que desesperadamente necesitan intervenciones.

“Uno se pregunta: ¿Estamos poniendo los recursos donde corresponden? ¿Estamos poniendo recursos en los lugares donde se producen las infecciones?’ El estudio debe revelar si vamos por el camino correcto”, señaló. “El desafío para nuestros países es prevenir las nuevas infecciones, así como brindar tratamiento, atención y apoyo, y reintegrar a las personas VIH-positivas a las actividades económicas y sociales”.

Tendencia 2. Ejemplo

En 2006, un análisis de la distribución de las nuevas infecciones en Kenia demostró que la mayoría de las nuevas infecciones se producían en la población general como resultado de las relaciones sexuales ocasionales o la discordancia, pero también reveló que se estaban descuidando mucho otras fuentes de infección en el país (Gouws et al., 2006).

“Lo que era inmediatamente sorprendente en Kenia era que números notables de nuevas infecciones se producían entre usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y que esos grupos hasta el momento habían recibido poca atención”, explicó el profesor Alloys Orago, director del Consejo Nacional de Control del Sida en Kenia. “Cinco a seis por ciento de todas las nuevas infecciones provenían de cada uno de estos grupos. Puede parecer una cantidad pequeña, pero las tasas de incidencia del VIH estimadas en estas poblaciones son en realidad muy altas”.

Dos años después de esta revisión, Kenia actualizó su estudio de vías de transmisión y encontró otras falencias en su estrategia de prevención. El panorama de nuevas infecciones se hizo más complicado y comprendía a numerosas variaciones regionales.

“En Kenya, en las comunidades pesqueras o en los grupos de transporte en las áreas urbanas, encontramos altos niveles de prevalencia”, explicó el profesor Orago. “También, en algunas áreas, hallamos que una combinación de usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres era más significativa de lo que se sabía anteriormente. A pesar de estas variaciones en la epidemia, Kenya continúa teniendo un enfoque generalizado hacia la prevención. Es probable que el nuevo estudio lleve a nuevas estrategias para tratar la prevención de la transmisión de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, o usuarios de drogas inyectables, quienes pertenezcan a la comunidad pesquera o entre la población migrante”.

En otros numerosos países del África subsahariana, donde la transmisión heterosexual domina la epidemia del VIH, estaban produciéndose muchas infecciones en los grupos más expuestos. En **Unguja, Zanzíbar**, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres presentaron una prevalencia del VIH del 12,3% (Holman, 2008). En **Malawi**, la prevalencia entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres fue del 21%, en comparación con la prevalencia nacional del 14,1% (Umar, 2008). Y en dos ciudades del **sudoeste de Nigeria**, la historia fue similar a la de Malawi: la prevalencia del VIH fue del 13,4%; o 3,5 veces superior a la prevalencia nacional entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (Adebajo, 2008). En Kenya, la prevalencia estimada del VIH entre usuarios de drogas inyectables fue del 42,9%, y en Sudáfrica se estimó que fue del 12,4% (Mathers et al 2008).

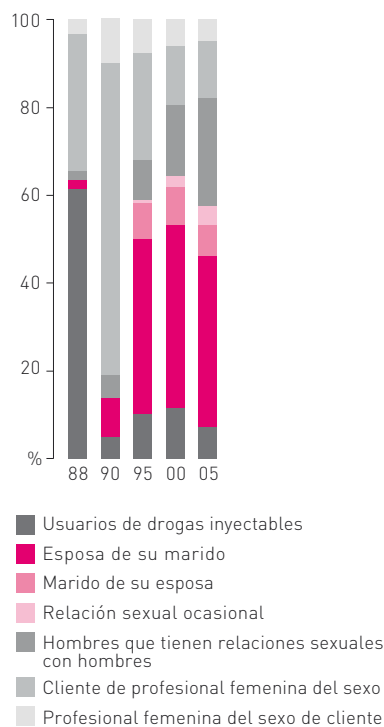
Tendencia 3. Ejemplo

Las investigaciones en Tailandia identificaron cambios en la epidemia con el correr del tiempo. A principios de la década de los años noventa, el gobierno acertadamente se concentró en promover el uso habitual del preservativo entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y sus clientes, y se emprendieron algunas tareas en las prácticas de inyección seguras entre los usuarios de drogas inyectables. Investigaciones recientes del ONUSIDA (Gouws et al., 2006) y el Grupo de Trabajo Tailandés sobre la Proyección del VIH/Sida y el Proyecto de Análisis y Sensibilización en Tailandia hallaron que la mayoría de las nuevas infecciones se están produciendo en la población general, así como entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Según el informe sobre el sida de la Comisión en Asia, las restricciones socioculturales sobre la autonomía sexual de las mujeres son una de las razones por las que el sexo ocasional continúa siendo un factor menor en la epidemia del VIH en Asia. Pero si el aumento en el sexo ocasional sin protección contribuye a una mayor proporción de todas las infecciones, es probable que se convierta en la fracción más importante de la epidemia del VIH en el futuro cercano. En varios países asiáticos, se invierten importantes recursos para intentar desalentar el sexo ocasional peligroso entre los jóvenes, mientras que relativamente se desatienden otras vías de transmisión (Comisión sobre Sida en Asia, 2008).

El hecho de que una gran proporción de quienes tienen un alto riesgo de infección por el VIH son jóvenes no significa que los niveles de prevalencia e incidencia del VIH son uniformemente elevados entre la población general de personas jóvenes. Pero aquellos jóvenes que comercian con el sexo o se inyectan drogas, o los hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres, enfrentan un riesgo considerablemente más alto de estar expuestos al VIH que los demás jóvenes en general, lo que deja claro que las respuestas al VIH en la juventud necesita dirigirse a este tipo de jóvenes en especial.

FIGURA 3. CAMBIO EN LOS PATRONES DE NUEVAS INFECCIONES, Tailandia



Fuente: Grupo de Trabajo Tailandés sobre la Proyección del VIH/sida y el Proyecto de Análisis y Sensibilización (A2) en Tailandia, 2008.



Al concluir el año 2008, el Dr. Peter Piot, director ejecutivo fundador de ONUSIDA, dejará su cargo después de dirigir la organización desde su nombramiento en 1994. Reflexionó sobre los hitos pasados y los desafíos futuros en una entrevista con John Donnelly:

MIRAR HACIA ADELANTE. “LEVÁNTATE, DEFIÉNDETE, NO ABANDONES LA LUCHA”**¿Cómo se siente en la víspera de su partida?**

Peter Piot: Pensé que los últimos meses iban a ser muy tranquilos. (Risas). Subestimé un poco la situación. Pero mi principal objetivo ha sido garantizar nuestro financiamiento para el año próximo. Siempre es un desafío.

Cuando repasa su paso por ONUSIDA,**¿cuáles considera que son los tres avances más importantes?**

PP: El primero fue en 1996, cuando se descubrió el tratamiento y se comenzó a ofrecer, igual importancia reviste la gran reducción en el precio de los antirretrovíricos que sucedió después. Ambos son hitos muy importantes.

El segundo fue el Período Extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida en 2001. Fue un momento decisivo. Después de eso, se creó el Fondo Mundial (para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria); los presidentes y primeros ministros se hicieron cargo de la respuesta en muchos países; el sida llegó a ser un asunto prioritario en el mundo. Ya no era sólo un tema para los ministros de salud. Se discutió en lugares donde uno discute los asuntos realmente importantes.

Y lo tercero, supongo, es el hecho de que el dinero que gastamos el año pasado en el sida alcanzó los 10 mil millones de dólares estadounidenses. Es una movilización de recursos formidable. Una parte muy importante de esto es el papel trascendental de las personas que viven con el VIH. El dinero es el resultado de la combinación de este activismo y el trabajo político simbolizado en el período de sesiones de la Asamblea General.

¿Puede describir un momento en el que recibió datos epidemiológicos que lo asustaron?

PP: Fueron muchos. Mi experiencia más reciente fue cuando vi los datos últimamente en aumento del VIH en las poblaciones homosexuales de Asia. Fue exactamente lo que vimos en Occidente a principios de la década de los años ochenta. Vi lo mismo con los usuarios de drogas inyectables en Europa Oriental hace unos 10 años. Y cuando estaba trabajando en África central, en el ex Zaire, a mediados de la década de los años ochenta, Sudáfrica tenía una prevalencia menor que el 2%. Luego, unos años después, vimos que subió por las nubes y dijimos: “Es increíble”. Ha habido muchos momentos como éste. Es algo que creo que debemos tener en cuenta cuando pensamos en el futuro de esta epidemia. El virus continuará sorprendiéndonos. Por eso, soy muy escéptico cuando la gente opina de Asia: “Oh, se mantendrá limitado a poblaciones concentradas”. Quizás sí, quizás no. No lo sabemos.

¿La lucha contra el sida fortaleció o debilitó los sistemas de salud?

PP: No hay absolutamente ninguna prueba que haya visto que socave los servicios de salud. En todo caso, sin dudas fortaleció ciertos servicios, como los laboratorios. Los gobiernos ambiciosos se asegurarán de que los fondos específicos para la enfermedad se utilicen para fortalecer la capacidad local. La epidemia del sida en sí misma ha agobiado a los sistemas de salud. También, por primera

vez, obtuvo el dinero para reforzar el personal sanitario, por ejemplo, en Malawi, donde incluso construyeron dispensarios con fondos del sida. Etiopía es otro ejemplo. Tienen un gobierno fuerte y un ministro de salud fuerte que ha estado utilizando los fondos del sida para construir dispensarios rurales. Pero tampoco olvidemos que si hubiéramos esperado hasta que los servicios sanitarios se arreglaran antes de introducir el tratamiento antirretrovírico, como muchos sugirieron, aún no habríamos llegado a ningún lado con la terapia antirretrovírica y millones habrían perecido.

¿Qué es lo que lo preocupa más acerca de la respuesta a la epidemia hoy día?

PP: Lo que realmente me preocupa es que si bien hemos logrado un progreso medible en el acceso al tratamiento, no tenemos el mismo impacto en lo que respecta a la prevención del VIH. ¿Es porque necesitamos más tiempo o porque no vamos por el camino correcto? En lo personal, cada vez creo más que necesitamos trabajar con los profesionales que se ocupan del marketing de empresas de creación de marcas, son gente que sabe cómo influir en el comportamiento de las personas. La prevención del VIH es lo que exigirá un estímulo extra.

Usted reconoció un déficit anual de USD 10 mil millones en la lucha contra el sida. ¿Cuál es su mejor argumento para aumentar el aporte de fondos?

PP: El argumento número uno es que el financiamiento para el sida funciona, salva vidas y demuestra altos rendimientos de las inversiones. Las necesidades están allí. Tomemos el tratamiento: cerca de cuatro millones de personas reciben hoy antirretrovíricos, pero hay otros ocho millones que los necesitan. Además, estamos mucho mejor equipados para gastar el dinero que antes. En un principio, había que desarrollar sistemas, crear laboratorios, capacitar gente. La entrega de mercancías ahora es más económica porque hemos hecho las inversiones iniciales.

¿De qué manera la crisis financiera mundial incide en los programas?

PP: Si disminuye el financiamiento, los rendimientos de las inversiones serán mucho menores. Posponer las medidas no hace más que engrosar la cuenta después. Me inquieta ahora que los gobiernos decidan recortar el sector social primero. Es lo que a menudo sucede en tiempos de depresión económica. En Japón, después de la crisis financiera de 1990, recortaron la asistencia para el desarrollo en un 60%. Y sin Ayuda Oficial para el Desarrollo, sin el Fondo Mundial, los países más pobres y los más afectados por el sida no podrán activar sus programas contra el sida.

En los países en vías de desarrollo, los gobiernos pueden tener menos ingresos. Pueden tener menos remesas de dinero, menos inversiones privadas directas. Eso significa que habrá más personas vulnerables y podría ocasionar un incremento del comercio sexual. No sabemos si esto va a suceder. Pero es algo que me preocupa mucho.

Con frecuencia se describe como un activista.

¿Cómo evalúa el desempeño de los activistas durante los últimos años?

¿En qué han tenido éxito? ¿En dónde han fracasado?

PP: Creo que los activistas han gozado de un éxito tremendo en cuanto al tratamiento, la sensibilización y la movilización de fondos, en particular el Fondo Mundial. En esto pienso que fue excelente. Pero, en lo que respecta a los activistas y su trabajo para la prevención, pues bien, el grupo Treatment Action Campaign en Sudáfrica está haciendo prevención, pero constituyen una excepción.

¿Cómo se hace para no hablar de política en los debates sobre prevención?

PP: No es posible, tampoco tiene nada de malo. Tiene que ver con las elecciones fundamentales en la sociedad y en la vida. Pensar que podríamos tener una sociedad que sea completamente razonable acerca de estas cosas es una ilusión y quizás no esté bien... Uno necesita tener un conjunto de valores y principios que guíen las políticas, y es allí donde automáticamente se habla de política cuando se trata de sida. La clave es asegurarse de que sea buena política, la clase de política donde, hasta donde sea posible, si existen pruebas científicas, esas pruebas se usen para salvar vidas. Aún hay países en los que la reducción del daño en el trabajo con consumidores de drogas está en contra de la ley. Eso es una mala política.

¿Qué cosas van a ser particularmente difíciles en el trabajo de prevención en el futuro?

PP: En Asia y Europa oriental, tenemos que comenzar a mirar más allá de los profesionales del sexo y los consumidores de drogas, y cómo se podría progresar para llegar a la población en general. Y en segundo lugar, en un número creciente de países del África oriental y meridional, la mitad de todas las infecciones se producen en parejas estables. ¿Cómo resolvemos esto? Es una situación que nos obliga a revisar nuestros enfoques. Además, necesitamos ayuda de las empresas para profesionalizar la prevención del VIH.

“LO QUE REALMENTE ME PREOCUPA ES QUE SI BIEN HEMOS LOGRADO UN PROGRESO MENSURABLE EN EL ACCESO AL TRATAMIENTO, NO TENEMOS EL MISMO IMPACTO EN LO QUE RESPECTA A LA PREVENCIÓN DEL VIH”.

¿Cuál será la función de los estudios de las vías de transmisión que detectan los lugares en los que presumiblemente se producen las nuevas infecciones?

PP: Serán muy útiles porque no siempre sabemos lo que está pasando. Podemos estar basando nuestro trabajo de prevención en un lugar donde la epidemia estaba cinco años atrás. Puede haber cambiado, o puede no haber cambiado. Mi interés no es sólo que tengamos buenos estudios, sino que los estudios se usen. En Lesotho, estudios similares provocaron cambios. En tierra tailandesa, están tratando de cambiar el enfoque de la prevención sobre la base de los nuevos datos; y en China, los estudios están dirigiendo la atención a los varones homosexuales. Lo más difícil será en países con epidemias generalizadas, cómo interpretar la información. Si el VIH está en parejas casadas o estables, pues bien, el número de personas es muy alto, ¿cómo se hace en estos casos?

En su discurso en la Conferencia Internacional sobre el Sida en la Ciudad de México, citó la canción de Bob Marley

“Levántate, defiéndete, no abandones la lucha”.

Luego dijo: “Eso es lo que haré”. ¿Qué hará usted?

PP: Aún no lo sé. Tomaré una cátedra en el Imperial College de Londres, Reino Unido, y continuaré trabajando con el sida, pero como ciudadano y miembro de la comunidad. Necesito un tiempo para estudiar qué haré en el futuro. Pero sin duda alguna quiero trabajar en distintas disciplinas. Como dijo Bob Marley: “Tenemos voluntad propia”.

La Conferencia Internacional sobre el Sida celebrada en agosto en la Ciudad de México logró un gran avance en la sensibilización pública acerca del sida entre los jóvenes con necesidades especiales. El discurso que Keren Dunaway, una niña de 12 años, pronunció durante la ceremonia de inauguración resonó en toda la región y en todo el mundo.

Keren, que se infectó al nacer con el virus transmitido por su madre, compartió el escenario con el presidente mexicano Felipe Calderón y el secretario general de la ONU Ban Ki-moon, pero robó el espectáculo. Varias veces, el público interrumpió su discurso con fuertes ovaciones; cuando Keren terminó, el público se puso de pie y aplaudió y siguió aplaudiendo mucho después de que la niña había abandonado el escenario.



Foto: IAS

“Los niños y las niñas que viven con el VIH están aquí y estamos creciendo con muchos objetivos”, le dijo a la multitud.

“Queremos ser artistas, maestros, médicos, incluso casarnos y tener hijos. Pero el logro de estos objetivos sólo es posible cuando recibimos la atención que necesitamos, cuando se nos garantizan los medicamentos que necesitamos, cuando nos aceptan en las escuelas”.

Las estimaciones de la incidencia por sí solas no pueden cambiar las estrategias de prevención.

Pero los estudios pueden configurar los análisis de la respuesta de prevención del VIH y brindar indicadores de hacia dónde se deben dirigir los esfuerzos de prevención. La elección de las estrategias tendrá que provenir de expertos en prevención del VIH y de las comunidades mismas.

En los cinco países de África oriental y austral que concluyeron o están por concluir sus análisis de las vías de transmisión, se formaron comités directivos con representantes del gobierno, grupos multilaterales y organizaciones no gubernamentales. Cada comité directivo revisó los hallazgos a medida que fueron surgiendo. Los cinco países comparten el entusiasmo de usar estos análisis para decidir cuáles deben ser sus prioridades nacionales en la prevención del VIH.

“Con esta información, hemos ajustado nuestra estrategia de comunicación y cambio de conducta, y la programación futura de las intervenciones de prevención”, afirmó Keketso Sefeane, director general de la Comisión Nacional de Sida de Lesotho. “En la comunidad, los resultados ayudarán a reorientar la elección de las actividades de prevención del VIH durante la implementación del Paquete de servicios esenciales de intervenciones. Los resultados del estudio de las vías de transmisión, junto con el estudio de las parejas sexuales múltiples y concurrentes, nos permitieron reconfirmar hallazgos, además de ampliar nuestra comprensión de los factores que impulsan la epidemia en Lesotho. También usaremos estos resultados en la revisión parcial que estamos llevando a cabo de nuestro Plan Estratégico Nacional sobre VIH y sida para 2006 a 2011, y que finalizará en marzo de 2009”, destacó.

Durante muchos años, Tailandia aplicó dichos análisis para diseñar sus programas de prevención del VIH. “Los datos del sistema de vigilancia del VIH existente en Tailandia entre las poblaciones más expuestas desde 1989 y las poblaciones generales desde 1990 han demostrado la evolución de la epidemia en el país, que presenta una combinación de epidemia generalizada y concentrada en ciertos grupos poblacionales”, explicó el Dr. Petchsri Sirinirun, experto sénior en el Departamento de Control de Enfermedades del Ministerio de Salud Pública de Tailandia.

En Tailandia, las autoridades nacionales, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado se unieron y se sirvieron de la información para elaborar su plan estratégico nacional actual. Por primera vez, las poblaciones más expuestas como los profesionales del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas que se inyectan drogas fueron mencionados en forma explícita y se planificaron programas dirigidos específicamente a ellos.

“Junto con los hallazgos de otros estudios específicos y la vigilancia comportamental, se crearon diferentes estrategias para dirigirse a estos grupos específicos de la población en los programas de prevención del VIH en nuestro Plan Estratégico Nacional contra el Sida para 2007-2011”, dijo el Dr. Pet-chsri Sirinirun.

También Mozambique está intensificando el uso de estos análisis en la elaboración de su nuevo plan estratégico nacional. “Creemos que el informe que elaboró el Grupo de Referencia para la Prevención Nacional para reforzar y acelerar la prevención, así como el estudio de las modalidades de transmisión, aporta elementos importantes que el nuevo plan estratégico nacional no podrá desatender en su búsqueda de una respuesta innovadora y eficaz para Mozambique y la región”, manifestó Joana Mangueira, directora ejecutiva del Órgano Nacional Coordinador del Sida.

“Necesitamos el conocimiento y la experiencia de todo lo que nos ofrezca una mejor comprensión de la epidemia, de manera que podamos actuar con más eficacia y eficiencia”, concluyó.

.....

REVITALIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL VIH MEDIANTE ENFOQUES COMBINADOS. Los países y las comunidades ahora deben destinar sus fondos más estratégicamente a los programas de prevención que se centran en el origen de las nuevas infecciones.

Una serie de artículos en la revista médica **The Lancet**, publicada en agosto de 2008, intentó estimular a las comunidades científicas, políticas y de promoción a adoptar un enfoque más intensivo y más eficaz en la prevención del VIH. El llamado a la acción de los artículos argumentó que los países y las comunidades necesitan utilizar todas sus herramientas de prevención para lograr incursiones significativas en la disminución de las nuevas infecciones por el VIH (Piot, 2008).

“Cada vez que se propuso una solución mágica para el sida, resultó tener carencias... Desde el punto de vista de quienes ponen en marcha los programas y formulan políticas, nunca se conoció una solución unidimensional para el sida. ‘La prevención de combinación’ es tan necesaria como un ‘tratamiento de combinación’ cuando se trata de detener la epidemia”, opinaron los autores de un artículo en **The Lancet**.

Pero, ¿qué es la prevención de combinación? Es elegir la composición exacta de medidas y tácticas de prevención del VIH comportamentales, biomédicas y estructurales que se adapten a la epidemia real y a las necesidades de quienes están más expuestos, así como uno elige la combinación y las proporciones exactas de un medicamento para el tratamiento antirretrovírico.

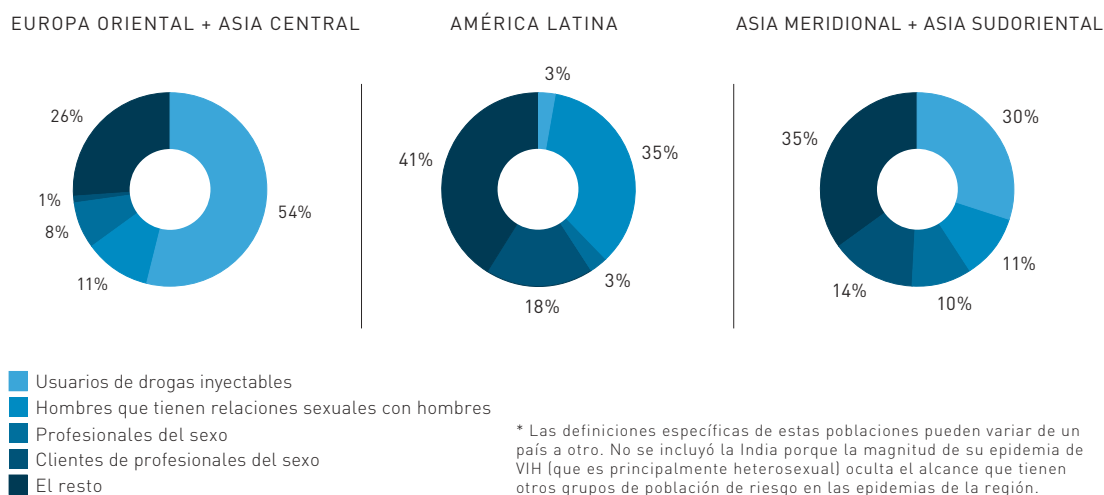
La estrategia de prevención de combinación destaca las sinergias que pueden producirse cuando estos programas se coordinan y se refuerzan entre sí. No existe un único remedio mágico para la prevención del VIH, pero al tomar las decisiones correctas, las iniciativas de prevención del VIH de cada país pueden tener el poder, la importancia y la cobertura que se necesitan para detener nuevas infecciones por el VIH.

La historia de la epidemia demuestra que tanto los países como las comunidades han logrado prevenir nuevas infecciones mediante el uso combinado de estrategias de prevención que se aplicaron simultáneamente en una serie de niveles. Provocar un cambio en la conducta sexual o de inyección de drogas no es algo que pueda atribuirse a un único servicio, enfoque o subconjunto de la población. Sus componentes deben incluir la movilización de las comunidades, la participación política y del estado, y los recursos. Las

estrategias de la prevención de combinación reconocen que las respuestas eficaces al VIH abordan tanto los contextos de riesgo inmediato como la dinámica social subyacente que hace que las personas sean vulnerables al VIH. La educación, el fácil acceso a los servicios y los artículos de salud, y las estrategias de cambio social son todos los elementos necesarios para que los programas de prevención del VIH sean eficaces. Es muy difícil preparar la fórmula por adelantado, pero cuando lo vemos, podemos reconocer las sinergias entre los diferentes elementos: la creación de un espacio político que ponga al sida en la mesa de discusiones; las respuestas compasivas e inclusivas que triunfan por sobre la estigmatización, la sensibilización en aumento en lugar de la ignorancia estudiada; y una voluntad de modificar las relaciones de poder existentes entre mujeres y hombres, o entre personas jóvenes y mayores.

Las iniciativas de prevención del VIH en la mayoría de los países reconoció la necesidad de tratar las necesidades de diversas poblaciones y de los distintos individuos que conforman estas poblaciones. La Figura 4 representa la mirada más reciente a las infecciones entre diferentes poblaciones de Europa oriental y Asia central, América Latina y Asia sudoriental. El gráfico representa valores agrupados de los datos de prevalencia de todos los países. Cuando los programas de prevención del VIH involucran a estas poblaciones, la preocupación es encontrar maneras de reducir los riesgos del VIH y la vulnerabilidad en el contexto de prácticas

FIGURA 4. PROPORCIONES ESTIMADAS DE INFECCIONES POR EL VIH EN DIFERENTES GRUPOS POBLACIONALES* POR REGIÓN, 2007



16

sexuales y consumo de drogas que varían notablemente entre contextos económicos y sociales diferentes.

Sin embargo, los expertos concuerdan en que muchos países simplemente no se ocupan lo suficiente de los profesionales del sexo, los usuarios de drogas inyectables o los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Con frecuencia, la renuencia política a tratar con estos grupos marginados significa que no se llega a ellos como se debería o que los programas de prevención no son apropiados a sus situaciones de vida.

Asimismo, los programas de prevención del VIH para mujeres deben identificar dónde y cómo las mujeres enfrentan riesgos de contraer el VIH y los aspectos de vulnerabilidad que pueden subyacer a esos riesgos, y decidir qué hacer con ellos. Estos análisis deben hacerse por región, por país y, para un efecto óptimo, por distrito.

Durante muchos años, existió la preocupación de la "feminización" del sida, en especial en el África subsahariana, donde la epidemia ascendió más rápido y demostró ser más persistente entre las mujeres,

FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN POR SEXO EN EL MUNDO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

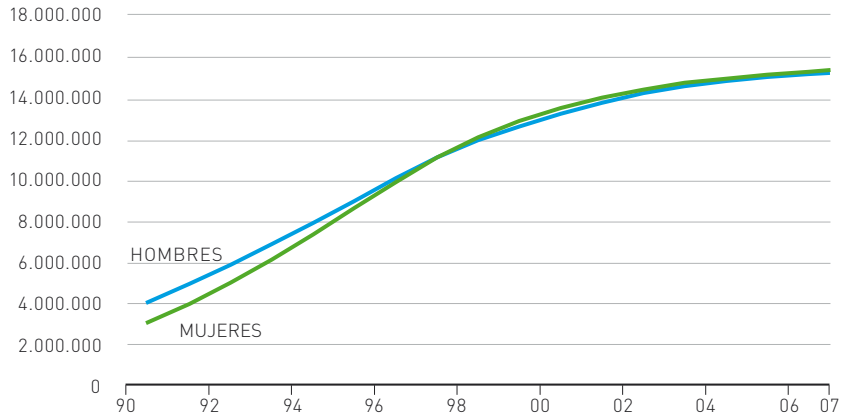


FIGURA 6. DISTRIBUCIÓN POR SEXO DEL VIH EN ÁFRICA SUBSAHARIANA

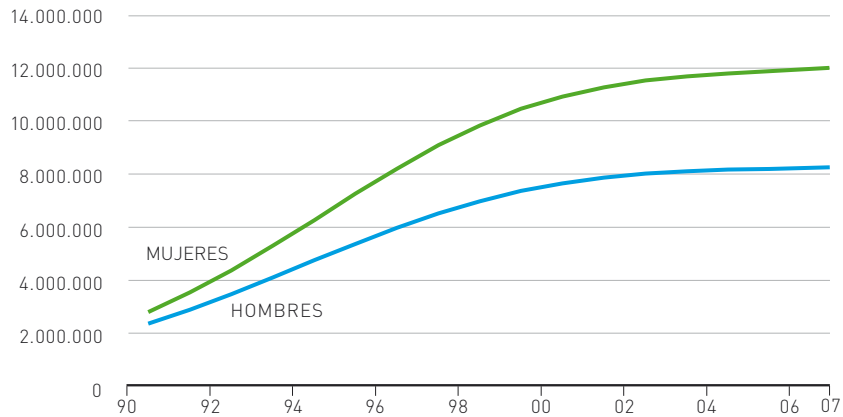
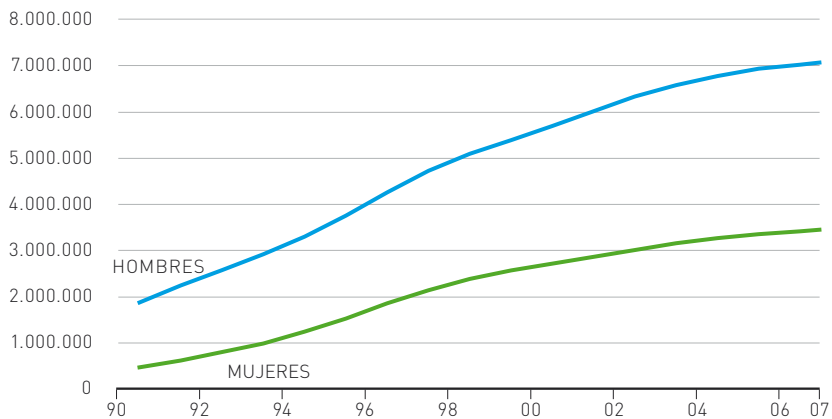


FIGURA 7. DISTRIBUCIÓN POR SEXO DEL VIH FUERA DEL ÁFRICA SUBSAHARIANA



Fuente: ONUSIDA, 2008

tanto que hoy día aproximadamente seis de cada diez personas infectadas son mujeres. Sin embargo, fuera de la región, los hombres conforman a grandes rasgos las tres cuartas partes de los infectados. En todo el mundo, al final de 2007, de los 33 millones de personas que se calcula viven con el VIH, la mitad son mujeres y la otra mitad, hombres. Esta proporción 50-50 permaneció aproximadamente igual durante la década pasada (ONUSIDA, 2008). Estos números sugieren que posiblemente se requiera una mirada más detenida en la mayoría de los niveles locales para comprender mejor qué está impulsando la epidemia local.

En la creciente aunque concentrada epidemia en Asia, los programas deben responder eficazmente a la tasa en aumento de las infecciones por el VIH entre las mujeres casadas. En el África meridional, los programas deben seguir más de cerca ciertos problemas, como la iniciación sexual y la vulnerabilidad biológica de las jóvenes; las parejas sexuales múltiples, incluidas las relaciones concurrentes; el rol de la violencia de género y las relaciones sexuales entre diferentes generaciones.

En África meridional, un estudio que se lleva a cabo en ocho países ha investigado en profundidad las motivaciones que tienen los hombres y mujeres jóvenes y de mediana edad para tener parejas múltiples. Con los resultados de estos estudios, los países podrán promover campañas que incluyen diálogos y reflexión para tratar el tema de las parejas múltiples. En particular, existe un interés por abordar las parejas sexuales múltiples incluidas las relaciones concurrentes, en especial donde es la norma social tanto para hombres como para mujeres mantener una relación con más de una pareja íntima al mismo tiempo (Morris y Kretzschmar, 1997).

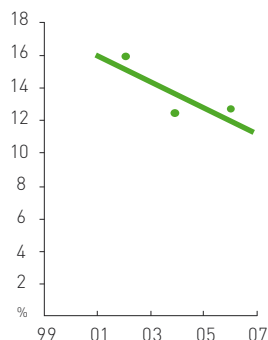
En el pensamiento de muchos, el riesgo al VIH está asociado con las relaciones sexuales ocasionales o con el comercio sexual, y la intimidad de las parejas duraderas confiere un aire de seguridad, completamente contrario a la realidad de que una red superpuesta de parejas sexuales facilita la propagación del virus.

En Uganda, una conversación nacional sobre el comportamiento despejó amplios caminos en la década de los años ochenta y noventa, y muchos consideran que esta sinceridad desempeñó un papel importante en la reducción del número de nuevas infecciones. En una serie de otros países más afectados, como Rwanda y Zimbabwe, los cambios en el comportamiento sexual fueron acompañados por descensos en el número de nuevas infecciones por el VIH. Entre los comportamientos que cambiaron, las personas esperaron más tiempo antes de comenzar con su vida sexual, hubo menos parejas múltiples y aumentó el uso del preservativo entre personas con parejas múltiples.

En Namibia, el enfoque de combinación para la prevención del VIH parece haber dado resultado: los niveles de conocimiento acerca del VIH y el uso del preservativo se han incrementado, y los índices de relaciones sexuales antes de los 15 años y relaciones sexuales con más de una pareja disminuyeron en los últimos 12 meses entre los jóvenes. Se realizaron campañas para desalentar tanto a hombres como mujeres de mantener relaciones sexuales riesgosas. Se promovió el uso de preservativos, y se distribuyeron gratuitamente más de 25 millones de preservativos masculinos. Se alentó la realización de pruebas del VIH. Los hospitales trataron las enfermedades de transmisión sexual. Las campañas llegaron a los profesionales del sexo y los miembros de las fuerzas uniformadas. La prevalencia del VIH en adultos parece haberse estabilizado, y la prevalencia del VIH entre mujeres jóvenes que acuden a dispensarios prenatales y que se han incluido en sistemáticamente en vigilancia disminuyó de una mediana de 15,8% en 2002 a 12,5% en 2006 (Ministerio de Salud, Namibia, 2006).

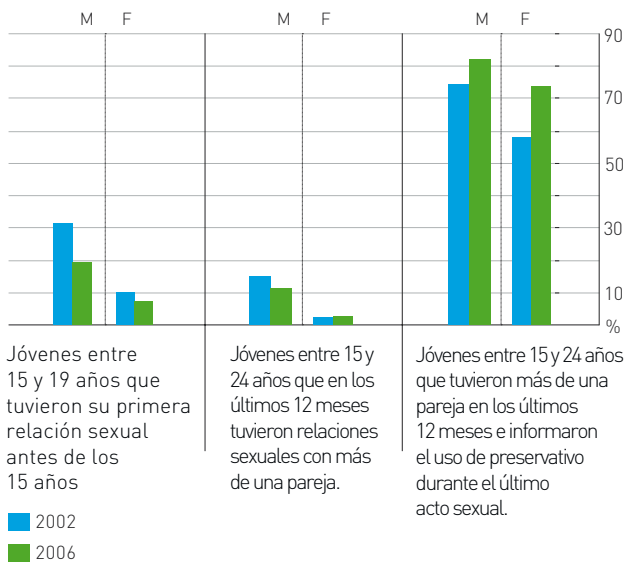
Las nuevas fronteras de la prevención del VIH de combinación están comenzando a eliminar la "compartimentación" de las respuestas al VIH en tratamiento y prevención, incluido el papel del tratamiento mismo en el logro de objetivos de prevención. También se están realizando estudios de profilaxis antes de la exposición: la administración de medicamentos antirretrovíricos antes de la relación sexual peligrosa pueden llegar a prevenir la infección por el VIH. Además, para quienes ya viven con el VIH, se están realizando estudios para determinar si el tratamiento antirretrovírico eficaz, que suprime

FIGURE 8. PREVALENCIA DEL VIH ENTRE MUJERES JÓVENES (DE 15 A 24 AÑOS)*



*Que acuden a dispensarios prenatales en Namibia, por período
Fuente: Gouws et al. AIDS 2008, trabajo en imprenta

FIGURA 9. CAMBIOS EN EL TIEMPO EN TRES INDICADORES COMPORTAMENTALES SEXUALES*



*Medido entre varones y mujeres jóvenes en encuestas de demografía y salud en Namibia en 2000 y 2006.
Fuente: Gouws et al. AIDS 2008, trabajo en imprenta

la carga vírica a niveles no detectables, también elimina los riesgos de transmisión.

Aún hay muchos interrogantes sin respuestas acerca de cómo las terapias antirretrovíricas puede contribuir mejor a la prevención del VIH. Cualquiera sea el uso óptimo que se les pueda dar en diferentes situaciones, lo que está fuera de toda duda es que las respuestas eficaces al sida aún necesitan la participación activa de las personas que viven con el VIH.

2009—CON MIRAS AL AÑO QUE COMIENZA

EN 2009, HABRÁ NUEVAS OPORTUNIDADES DE CAMBIAR EL RITMO DE LA EPIDEMIA DEL SIDA. SI BIEN EL OBJETIVO MUNDIAL ES QUE MÁS PERSONAS COMIENCEN EL TRATAMIENTO, EL MUNDO TAMBIÉN PUEDE INTENTAR VER MENOS PERSONAS INFECTADAS, APROVECHANDO EL MANTRA “CONOZCA SU EPIDEMIA”.

A TRAVÉS DE LA COMPRESIÓN DE DÓNDE PROVINIERON LAS ÚLTIMAS 1000 INFECCIONES POR EL VIH, Y LA COMPRESIÓN DE LOS MOTIVOS POR LOS QUE SE PRODUJERON, LOS PAÍSES PUEDEN ELEGIR UN ENFOQUE DE PREVENCIÓN DE COMBINACIÓN EFICAZ.

ESTE ENFOQUE NO SÓLO AYUDARÁ A PREVENIR LAS PRÓXIMAS 1000 INFECCIONES, SINO QUE TAMBIÉN HARÁ QUE EL RENDIMIENTO DEL DINERO DESTINADO AL SIDA SEA MÁS EFICAZ Y AYUDE A PRESENTAR UNA RESPUESTA AL SIDA SOSTENIBLE Y DE LARGO PLAZO.

Intervalos estimados

Nuevas infecciones por el VIH: 2007 – 2,7 millones [2,2 a 3,2 millones], 2001 - 3 millones [2,6 a 3,5 millones]

Nuevas infecciones por el VIH en niños: 2007 – 370.000 [300.000 a 410.000], 2000 – 450.000 [420.000 a 510.000]

Número de personas que murieron por enfermedades relacionadas con el VIH: 2007 - 2 millones [1,8 a 2,3 millones] 2005 – 2,2 millones [1,8 a 2,3 millones]

Fuente: (ONUSIDA, 2008).

Referencias

- A.Adebajo, et al. HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men (MSM) in Nigeria. : SIDA 2008- XVII Conferencia Internacional sobre el Sida: Resumen n° MOPE0411
- A.Holman, et al. HIV risk factors and injections drug use among men who have sex with men in Zanzibar (Unguja), Tanzania. Clase de resumen oral: SIDA 2008- XVII Conferencia Internacional sobre el Sida: Resumen n.º THAC0206
- CDC. Pneumocystis pneumonia — Los Angeles;30:250-2 MMWR 30.
- Comisión sobre Sida en Asia (2008). Redefining AIDS in Asia- crafting an effective response Oxford University Press, Nueva Delhi
- E.Umar, et a l. A cross-sectional evaluation of the HIV prevalence and HIV-related risk factors of men who have sex with men (MSM) in Malawi. : SIDA 2008- XVII Conferencia Internacional sobre el Sida: Resumen n.º MOPE0412
- Gouws E et al. (2006). Short term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. Sexually Transmitted Infections, 82[suppl.3]:ii51-iii5.
- Gouws E, Stanecki K, Lyerla R, Ghys P. The epidemiology of HIV infection among young people aged 15 – 24 years in southern Africa. AIDS 2008, trabajo en imprenta.
- Gobierno de Namibia, 2007. Informe del país para el período extraordinario de la Asamblea General de las Naciones Unidas, período del informe: abril de 2006 a marzo de 2007
- Gobierno de Uganda, ONUSIDA., Comisión Ugandesa contra el Sida. Estimation of sources of incident HIV infections. A review of the sources of incident HIV infections in Uganda. Kampala, Uganda: Gobierno de Uganda, ONUSIDA., Comisión Ugandesa contra el Sida, 2008.
- Mathers et al (2008). global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. lancet 2008, 372:1733-45
- Ministerio de Salud de Namibia 2006. Ministerio de Salud y Servicios Sociales. Report of the 2006 National HIV Sentinel Survey. Windhoek, República de Namibia: Ministerio de Salud y Servicios Sociales, 2007.
- Morris M, Kretzschmar M (1997). Concurrent partnerships and the spread of HIV. SIDA, 11(5):641_648.
- Grupo de Trabajo Tailandés sobre la Proyección del VIH/sida y el Proyecto de Análisis y Sensibilización (A2) en Tailandia. The Asian Epidemic Model (AEM) Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2005-2025, 2008.
- Piot et al, (2008) Coming to terms with complexity: a call to action for HIV prevention, lancet, 2008; 372:845-859
- ONUSIDA (2008). Informe sobre la epidemia mundial de sida, Ginebra.
- OMS (2008). Towards universal access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, Ginebra

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
1211 GINEBRA 27
SUIZA

Tel +41 22 791 3666
Fax +41 22 791 4187
Email unaids@unaids.org

www.unaids.org



ONUSIDA

PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
FNUD
UNFPA

ONJUDO
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL