



Personas que vivían con el VIH en 2004	Total	39,4 millones (35,9–44,3 millones)
	Adultos	37,2 millones (33,8–41,7 millones)
	Mujeres	17,6 millones (16,3–19,5 millones)
	Menores de 15 años	2,2 millones (2,0–2,6 millones)
Nuevas infecciones por el VIH en 2004	Total	4,9 millones (4,3–6,4 millones)
	Adultos	4,3 millones (3,7–5,7 millones)
	Menores de 15 años	640 000 (570 000–750 000)
Defunciones causadas por el SIDA en 2004	Total	3,1 millones (2,8–3,5 millones)
	Adultos	2,6 millones (2,3–2,9 millones)
	Menores de 15 años	510 000 (460 000–600 000)

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.

INTRODUCCIÓN

En 2004, el número total de personas que vivían con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) alcanzó su nivel más alto: se estima que 39,4 millones [35,9–44,3 millones] de personas estaban viviendo con el virus (figura 1). Esa cifra incluye a los 4,9 millones [4,3–6,4 millones] de personas que contrajeron el VIH en 2004. La epidemia mundial de SIDA se cobró la vida de 3,1 millones [2,8–3,5 millones] de personas durante el pasado año.

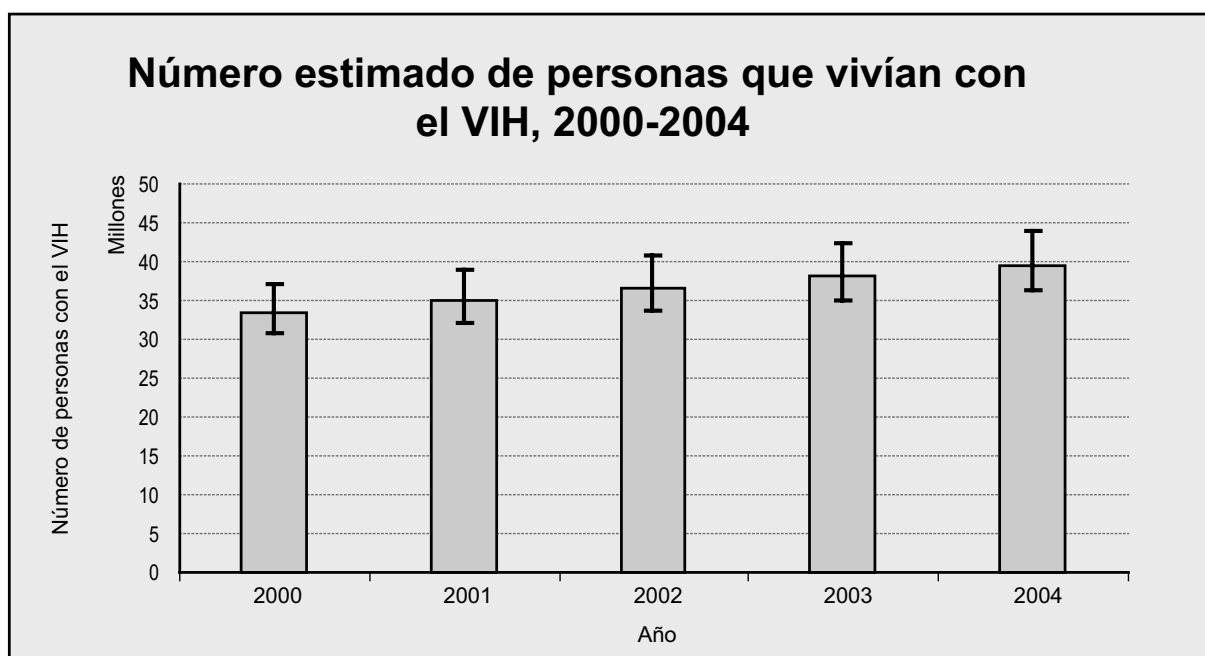


Figura 1

El número de personas que viven con el VIH ha aumentado en todas las regiones en comparación con los dos años anteriores, y los aumentos más pronunciados se han producido en las regiones de Asia oriental y de Europa oriental y Asia central (véase cuadro p. 3). El número de personas que vivían con el VIH en Asia oriental creció cerca de un 50% entre 2002 y 2004, principalmente como consecuencia de la epidemia de rápido crecimiento que afecta China. En 2004, en Europa oriental y Asia central hubo un 40% más de personas viviendo con el VIH que en 2002. Gran parte de esta evolución se atribuye a la epidemia resurgente de Ucrania y al creciente número de personas que viven con el VIH en la Federación de Rusia.

África subsahariana sigue siendo con mucho la región más afectada, con 25,4 millones [23,4–28,4 millones] de personas viviendo con el VIH a final de 2004 en comparación con los 24,4 millones [22,5–27,3 millones] que había en 2002. Algo menos de las dos terceras partes (64%) de todas las personas que viven con el VIH corresponden a África subsahariana, así como más de las tres cuartas partes (76%) de todas las mujeres que viven con el VIH.

La epidemia en África subsahariana parece estabilizarse de forma general, con una prevalencia del VIH de alrededor del 7,4% en toda la región. Sin embargo, esta perspectiva resumida esconde aspectos importantes. Primero, una prevalencia

Estadísticas y características regionales del VIH y el SIDA, final de 2002 y 2004				
	Adultos y niños que vivían con el VIH	Nuevas infecciones por el VIH en adultos y niños	Prevalencia en adultos (%)*	Defunciones de adultos y niños por SIDA
África subsahariana				
2004	25,4 millones [23,4–28,4 millones]	3,1 millones [2,7–3,8 millones]	7,4 [6,9–8,3]	2,3 millones [2,1–2,6 millones]
2002	24,4 millones [22,5–27,3 millones]	2,9 millones [2,6–3,6 millones]	7,5 [7,0–8,4]	2,1 millones [1,9–2,3 millones]
África del Norte y Oriente Medio				
2004	540 000 [230 000–1,5 millones]	92 000 [34 000–350 000]	0,3 [0,1–0,7]	28 000 [12 000–72 000]
2002	430 000 [180 000–1,2 millones]	73 000 [21 000–300 000]	0,2 [0,1–0,6]	20 000 [8300–53 000]
Asia meridional y sudoriental				
2004	7,1 millones [4,4–10,6 millones]	890 000 [480 000–2,0 millones]	0,6 [0,4–0,9]	490 000 [300 000–750 000]
2002	6,4 millones [3,9–9,7 millones]	820 000 [430 000–2,0 millones]	0,6 [0,4–0,9]	430 000 [260 000–650 000]
Asia oriental				
2004	1,1 millones [560 000–1,8 millones]	290 000 [84 000–830 000]	0,1 [0,1–0,2]	51 000 [25 000–86 000]
2002	760 000 [380 000–1,2 millones]	120 000 [36 000–360 000]	0,1 [0,1–0,2]	37 000 [18 000–63 000]
Oceanía				
2004	35 000 [25 000–48 000]	5000 [2100–13 000]	0,2 [0,1–0,3]	700 [<1700]
2002	28 000 [22 000–38 000]	3200 [1000–9600]	0,2 [0,1–0,3]	500 [<1000]
América Latina				
2004	1,7 millones [1,3–2,2 millones]	240 000 [170 000–430 000]	0,6 [0,5–0,8]	95 000 [73 000–120 000]
2002	1,5 millones [1,1–2,0 millones]	190 000 [140 000–320 000]	0,6 [0,4–0,7]	74 000 [58 000–96 000]
Caribe				
2004	440 000 [270 000–780 000]	53 000 [27 000–140 000]	2,3 [1,5–4,1]	36 000 [24 000–61 000]
2002	420 000 [260 000–740 000]	52 000 [26 000–140 000]	2,3 [1,4–4,0]	33 000 [22 000–57 000]
Europa oriental y Asia central				
2004	1,4 millones [920 000–2,1 millones]	210 000 [110 000–480 000]	0,8 [0,5–1,2]	60 000 [39 000–87 000]
2002	1,0 millones [670 000–1,5 millones]	190 000 [94 000–440 000]	0,6 [0,4–0,8]	40 000 [27 000–58 000]
Europa occidental y central				
2004	610 000 [480 000–760 000]	21 000 [14 000–38 000]	0,3 [0,2–0,3]	6500 [<8500]
2002	600 000 [470 000–750 000]	18 000 [13 000–35 000]	0,3 [0,2–0,3]	6000 [<8000]
América del Norte				
2004	1,0 millones [540 000–1,6 millones]	44 000 [16 000–120 000]	0,6 [0,3–1,0]	16 000 [8400–25 000]
2002	970 000 [500 000–1,6 millones]	44 000 [16 000–120 000]	0,6 [0,3–1,0]	16 000 [8400–25 000]
TOTAL				
2004	39,4 millones [35,9–44,3 millones]	4,9 millones [4,3–6,4 millones]	1,1 [1,0–1,3]	3,1 millones [2,8–3,5 millones]
2002	36,6 millones [33,3–41,1 millones]	4,5 millones [3,9–6,2 millones]	1,1 [1,0–1,2]	2,7 millones [2,5–3,1 millones]

* La proporción de adultos (15-49 años) que vivían con el VIH/SIDA en 2004, utilizando las cifras demográficas de aquél año.

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.

del VIH más o menos estable significa que siguen infectándose por el VIH y falleciendo como consecuencia del SIDA aproximadamente las mismas cantidades de personas.

Bajo la aparente persistencia de unos niveles de prevalencia estables surgen situaciones devastadoras, en especial en África austral, región a la que corresponde una tercera parte de todas las defunciones mundiales por SIDA. Segundo, las epidemias en África son diversas, tanto por lo que se refiere a su alcance como al ritmo con que evolucionan. No existe una sola epidemia “africana”. En algunas partes de África oriental se observan leves descensos en la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas, mientras que en África occidental y central las tasas de prevalencia se han mantenido más o menos estables a niveles inferiores que en el resto de África subsahariana. No obstante, los datos nacionales sobre el VIH esconden niveles mucho más elevados de infección en algunas partes de los países, como es el caso de Nigeria. Lamentablemente, África meridional muestra tan sólo ligeros indicios de posibles descensos futuros en la prevalencia del VIH (véanse pp. 19-30).

La prevalencia del VIH en el Caribe es la segunda más alta del mundo. En cinco países, dicha tasa excede del 2%, mientras que el SIDA ha pasado a ser la principal causa de mortalidad entre los adultos de 15-44 años. Sin embargo, un número creciente de países caribeños está poniendo de manifiesto que la epidemia cede frente a respuestas apropiadas y enérgicas (véanse pp. 31-35).

MUCHAS OPORTUNIDADES DE PREVENCIÓN

Prácticamente todas las regiones, incluida África subsahariana, tienen algunos países donde la epidemia se mantiene aún a niveles bajos o en una fase incipiente que permiten que se pueda controlar por medio de medidas eficaces. Para ello se necesitan unos programas que ayuden a impedir la propagación del VIH entre los grupos de población más vulnerables. Pero en muchos países, la insuficiencia de recursos y la falta de voluntad política y liderazgo siguen poniendo obstáculos a la lucha contra el SIDA, en particular en los lugares donde el VIH se ha afianzado entre los grupos de población marginados y estigmatizados, como las mujeres que tienen relaciones sexuales a cambio de dinero, los consumidores de drogas intravenosas

y los varones que tienen relaciones sexuales con varones. A menos que el silencio que rodea estas prácticas se sustituya rápidamente por enfoques pragmáticos y orientados hacia el futuro, el VIH se propagará con más fuerza en muchos países que hasta ahora presentaban epidemias de poco alcance.

Otro obstáculo en el combate contra la epidemia es la falta de respuestas coherentes al SIDA impulsadas por los gobiernos en muchos de los países más gravemente afectados. Habida cuenta del creciente número de estructuras de ejecución y del aumento de la financiación, es fundamental anticiparse al riesgo de duplicación y fragmentación en las respuestas al SIDA. Para ello, en abril de 2004 los principales donantes respaldaron tres principios fundamentales que reforzarían su apoyo a la acción contra el SIDA impulsada por los países. Esos principios, denominados los “Tres unos”*, están orientados a fortalecer la coordinación y coherencia de las respuestas al SIDA. Su objetivo es respaldar un sistema simple que haga posible que diversos enfoques de lucha contra el SIDA converjan de forma eficaz.

LAS MUJERES, CADA VEZ MÁS AFECTADAS

La epidemia de SIDA está afectando a un número cada vez mayor de mujeres y niñas (véanse pp. 7-18). En todo el mundo, algo menos de la mitad de todas las personas que viven con el VIH son mujeres. Las mujeres y las niñas constituyen casi el 57% de todas las personas infectadas por el VIH en África subsahariana, donde un asolador 76% de los jóvenes (de 15-24 años de edad) que viven con el VIH son muchachas. En la mayoría de las demás regiones, las mujeres y las niñas representan una proporción al alza de las personas que viven con el VIH, en comparación con las cifras correspondientes a cinco años antes.

Estas tendencias ponen de relieve graves diferencias en la respuesta al SIDA. Deben ampliarse los servicios que pueden proteger a las mujeres contra el VIH. Las mujeres y las niñas necesitan más información acerca del SIDA. Una encuesta reciente de la Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) puso de manifiesto que hasta el 50% de las mujeres jóvenes de los países con prevalencia elevada desconocían las cuestiones básicas sobre el SIDA. No obstante, la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas a la infección por el VIH no se debe simplemente a la ignorancia, sino también a su falta de emancipación

* Los principios de los “Tres unos” hacen referencia a un marco de acción nacional acordado para proporcionar la base de la coordinación del trabajo de todos los asociados, una autoridad nacional de coordinación del SIDA con un mandato multisectorial amplio y un sistema de vigilancia y evaluación a nivel de país.

Estadísticas y características regionales del VIH para las mujeres, final de 2002 y 2004			
		Número de mujeres (de 15-49 años) que vivían con el VIH	Porcentaje de los adultos (15-49 años) que vivían con el VIH que eran mujeres
África subsahariana	2004	13,3 millones [12,4–14,9 millones]	57
	2002	12,8 millones [11,9–14,3 millones]	57
África del Norte y Oriente Medio	2004	250 000 [80 000–770 000]	48
	2002	200 000 [62 000–620 000]	48
Asia meridional y sudoriental	2004	2,1 millones [1,3–3,1 millones]	30
	2002	1,8 millones [1,1–2,7 millones]	28
Asia oriental	2004	250 000 [120 000–400 000]	22
	2002	160 000 [79 000–250 000]	21
Oceanía	2004	7100 [4100–11 000]	21
	2002	5000 [3000–7500]	18
América Latina	2004	610 000 [470 000–790 000]	36
	2002	520 000 [390 000–690 000]	35
Caribe	2004	210 000 [120 000–380 000]	49
	2002	190 000 [110 000–360 000]	49
Europa oriental y Asia central	2004	490 000 [310 000–710 000]	34
	2002	330 000 [220 000–480 000]	33
Europa occidental y central	2004	160 000 [120 000–200 000]	25
	2002	150 000 [110 000–190 000]	25
América del Norte	2004	260 000 [140 000–410 000]	25
	2002	240 000 [120 000–390 000]	25
TOTAL	2004	17,6 millones [16,3–19,5 millones]	47
	2002	16,4 millones [15,2–18,2 millones]	48

generalizada. La mayor parte de las mujeres de todo el mundo se infectan por el VIH como consecuencia del comportamiento de alto riesgo de su pareja, sobre el cual tienen poco o ningún control. La situación apremiante de las mujeres y las niñas frente al SIDA destaca la necesidad de poner en práctica estrategias eficaces que aborden la interacción entre desigualdad –particularmente desigualdad en función del sexo– y VIH.

LA RESPUESTA AL SIDA DEBE CONTINUAR CRECIENDO

Desde 2001 se ha producido un importante cambio en la respuesta al SIDA. La financiación mundial ha aumentado desde unos US\$ 2100 millones a unos estimados US\$ 6100 millones en 2004†, y el acceso a los servicios básicos de prevención y atención ha mejorado sustancialmente (ONUSIDA, 2004). De acuerdo con una encuesta reciente

realizada en 73 países de ingresos bajos y medianos que representan casi el 90% de la carga mundial del VIH, el número de estudiantes de enseñanza secundaria que reciben educación sobre el SIDA casi se ha triplicado, el número anual de usuarios de los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias se ha multiplicado por dos, el número de mujeres a las que se ofrecen servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil ha aumentado en un 70%, y el número de personas que reciben terapia antirretrovírica ha crecido en un 56% (Policy Project et al., 2004). En América del Sur y algunos países del Caribe, la mayoría de las personas que necesitan ese tratamiento ahora pueden acceder a él. Los esfuerzos para ampliar el tratamiento y la atención, incluida la iniciativa “Tres millones para 2005”, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y sus asociados, sostienen la promesa de aumentar más la cobertura.

†Las fuentes de financiamiento comprenden la financiación nacional (incluidos el sector público y el gasto de las personas y familias afectadas por el SIDA), los donantes bilaterales (incluido, desde 2003, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del SIDA), los organismos multilaterales (incluidos el sistema de las Naciones Unidas, el Banco Mundial y el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria), y el sector privado (incluidas las fundaciones, las organizaciones no gubernamentales y la comunidad empresarial).

A pesar de las mejoras, la cobertura sigue siendo desigual y, en algunos aspectos, sumamente deficiente. En los países de ingresos bajos y medianos, aproximadamente 440 000 persona recibían tratamiento antirretrovírico en junio de 2004 (OMS, 2004). Esto significa que nueve de cada 10 personas que necesitan ese tratamiento - la mayoría de ellas en África subsahariana- no lo están recibiendo. Si prosigue este bajo nivel de cobertura, en los próximos dos años fallecerán entre cinco y seis millones de personas como consecuencia del SIDA (ONUSIDA, 2004).

En última instancia, el tratamiento del SIDA solamente será financieramente accesible y sostenible si la prevención del VIH es eficaz. Y sólo entonces podrá contenerse la propagación mundial del SIDA. Ahora se tiene un buen conocimiento de los programas del VIH que son eficaces, poco costos y relativamente simples. No obstante, en demasiados lugares siguen sin introducirse tales programas. En los 73 países de ingresos bajos y medianos más afectados por el SIDA, menos del 10% de los adultos de 15-49 años tiene acceso a servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias. Menos del 10% de las mujeres embarazadas recibe actualmente servicios de reconocida eficacia para prevenir la transmisión del VIH durante el embarazo y el parto. Menos del 3% de los niños huérfanos y vulnerables está recibiendo apoyo público para la mayor parte de los servicios (excepto en la región de Europa oriental, donde la cobertura es mayor).

En algunas regiones, los países siguen presentando desequilibrios entre las prioridades de gastos

relativos al SIDA y las principales características epidemiológicas de las epidemias que los afectan. Como consecuencia, a menudo las actividades relacionadas con el SIDA descuidan a los grupos de población como los consumidores de drogas intravenosas y los varones que tienen relaciones sexuales con varones, incluso en lugares donde esos grupos están muy afectados por la epidemia. En conjunto, la cobertura de los programas de prevención es muy baja para los consumidores de drogas intravenosas (menos del 5% pueden acceder a servicios básicos de prevención) y del 10% al 20% para los profesionales del sexo, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, y los niños de la calle (Policy Project et al., 2004). Esto se debe principalmente a la discriminación social y la indiferencia política. Sin embargo, una parte del problema hay que buscarla también en los aún insuficientes sistemas de vigilancia del VIH, una insuficiencia que es manifiesta en todas las regiones y que está socavando la capacidad de los países para adaptar sus respuestas a una epidemia en continua evolución.

Si las cosas siguen como están, estamos abocados al desastre. Es necesario realizar un esfuerzo de gran envergadura para poner en práctica una respuesta que se ajuste a la magnitud de la epidemia mundial. Sin unas estrategias fortalecidas de prevención del VIH que aborden con valentía la epidemia y al mismo tiempo los imperativos más amplios de justicia e igualdad social, es improbable que el mundo le gane la batalla al SIDA a largo plazo.