

INFORME MUNDIAL

ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013.

Copyright © 2013
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 publicación 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: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013.
"ONUSIDA/JC2502/1/S"

1.Infecciones por el VIH: prevención y control. 2.Infecciones por el VIH: transmisión. 3.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: prevención y control. 4.Estigma social. 5.Medicamentos antirretrovirales: suministro y distribución. 6.Infecciones oportunistas relacionadas con el sida. 7.Programas nacionales de salud. 8.Cooperación internacional. I.ONUSIDA.
ISBN 978-92-9253-045-7 (Clasificación NLM: WC 503.6)

INFORME MUNDIAL

ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013.

ÍNDICE

Prólogo	2
Introducción	4
1. Reducir la transmisión sexual del VIH en un 50 % para el año 2015	12
2. Reducir la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas en un 50 % para el año 2015	30
3. Eliminar las infecciones por el VIH en los niños y reducir la mortalidad materna durante el embarazo, el parto o el puerperio	38
4. Proporcionar tratamiento antirretroviral que puede salvar vidas a 15 millones de personas que viven con el VIH para el año 2015	46
5. Reducir la mortalidad por tuberculosis en las personas que viven con el VIH en un 50 % para el año 2015	60
6. Subsanan el déficit mundial de recursos para la lucha contra el sida	68
7. Eliminar las desigualdades, el maltrato y la violencia de género y aumentar la capacidad de las mujeres y las adolescentes para protegerse del VIH	78
8. Eliminar el estigma, la discriminación, y las leyes y prácticas coercitivas en relación con el VIH	84
9. Eliminar restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia	92
10. Fortalecer la integración del VIH	98
Referencias	106
Anexos	A1

PRÓLOGO



Michel Sidibé
Director ejecutivo del ONUSIDA

En el año 2000, la comunidad mundial dio un paso histórico en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas al reconocer la importancia de una respuesta eficaz al VIH/sida y al incluirla en el contexto del programa de desarrollo más amplio. Entre los numerosos objetivos relacionados con la salud que se establecieron en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el ODM 6 convoca a acciones sin precedentes para detener y comenzar a revertir el curso de la epidemia del VIH. Tal como lo reconocieron implícitamente los Estados Miembros de las Naciones Unidas cuando avalaron la Declaración del Milenio, la carga persistente asociada con las enfermedades contagiosas debilita los esfuerzos para reducir la pobreza, prevenir el hambre y resguardar el potencial humano en los lugares de menores recursos de todo el mundo.

Estamos ya a menos de dos años de la fecha límite de los ODM. Con el correr del tiempo, el pesimismo y los desencantos descritos en las primeras ediciones del *informe mundial sobre la epidemia de sida* del ONUSIDA han dado paso a noticias más prometedoras, que incluyen descensos históricos en el número de muertes relacionadas con el sida y de nuevas infecciones por el VIH, y la movilización de financiación sin precedentes de actividades relacionadas con el VIH en países de ingresos bajos y medios. No obstante, el sida sigue siendo un ODM pendiente, lo que subraya la necesidad de contar con la solidaridad internacional de forma constante y fortalecida, y la determinación de abordar uno de los obstáculos contemporáneos más graves relacionados con la salud.

A pesar de que los Objetivos de Desarrollo del Milenio se establecieron en los albores de este siglo, la falta de herramientas críticas de prevención del VIH y su tratamiento a menudo dificultó los esfuerzos para responder con eficacia a la epidemia. Tal como se aclara en el último *informe mundial*, hoy disponemos de las herramientas necesarias a fin de sentar las bases para terminar con la epidemia de sida.

En este informe, se destaca el progreso continuo hacia la visión mundial de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el sida. El número anual de nuevas infecciones por el VIH continúa disminuyendo, con reducciones especialmente marcadas en el caso de los niños. Actualmente, más personas que nunca reciben tratamiento antirretroviral que puede salvar vidas, lo que contribuye a descensos uniformes en el número de muertes relacionadas con el sida y respalda aún más los esfuerzos para prevenir nuevas infecciones.

Estos logros reflejan los esfuerzos sinérgicos de diversas partes interesadas: el liderazgo y compromiso de los gobiernos nacionales, la solidaridad de la comunidad internacional, la innovación de los ejecutores de programas, los avances históricos alcanzados por la comunidad de investigación científica y la participación apasionada de la sociedad civil, particularmente, de las personas que viven con el VIH. Como resultado del trabajo conjunto, muchos países están por alcanzar varios de los objetivos clave descritos en la Declaración Política de la ONU sobre el VIH y el sida de 2011, y, en consecuencia, están avanzando claramente en pos de cumplir el ODM 6.

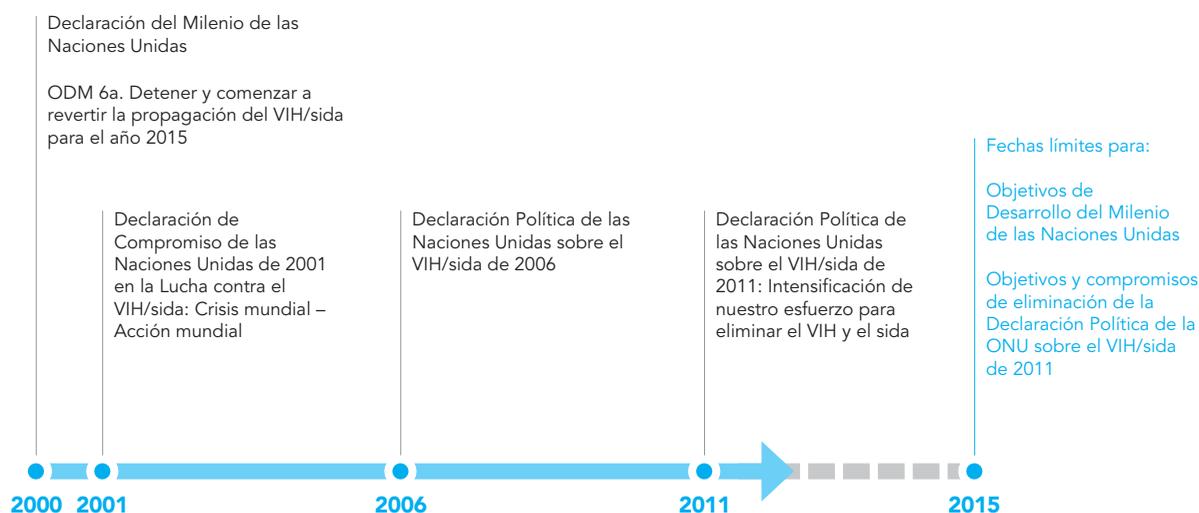
Sin embargo, en este informe, también se incluyen notas de advertencia, así como signos de estancamiento del avance hacia otros objetivos y compromisos de eliminación establecidos en la Declaración Política de la ONU de 2011. En varios países que tuvieron disminuciones significativas en nuevas infecciones por el VIH, han surgido indicios preocupantes respecto del incremento de los comportamientos sexuales de riesgo en los jóvenes. El estigma y la discriminación siguen siendo un gran problema en muchas partes del mundo, y las leyes coercitivas continúan disuadiendo

a las personas que están en mayor riesgo de solicitar servicios esenciales asociados al VIH. A pesar de que los recursos financieros totales para los programas relacionados con el VIH en los países de ingresos bajos y medios aumentaron moderadamente en 2012, nuestra capacidad para sentar las bases para terminar con la epidemia de sida continúa debilitándose debido a un gran déficit de recursos.

Estos desafíos son reales y deben tomarse seriamente si los países pretenden alcanzar sus objetivos relacionados con el sida. Sin embargo, el enorme progreso que se describe en este informe destaca el hecho innegable de que la respuesta al sida ayudó a enfrentar y superar estos desafíos en el pasado.

En el momento en que surge este informe faltan alrededor de dos años para llegar a la fecha límite de los objetivos y compromisos establecidos en la Declaración Política de la ONU de 2011. Espero que los países utilicen los resultados resumidos en este informe, tanto la evidencia de todo lo logrado como la de los objetivos que no han podido alcanzar, para redoblar su determinación de mantener los compromisos contraídos. Además de hacer más, también necesitamos hacerlo mejor, optimizar el enfoque estratégico de nuestro trabajo y la eficiencia y la eficacia de nuestros esfuerzos.

Al avalar la Declaración Política de la ONU de 2011, los Estados Miembros de las Naciones Unidas pretendieron establecer distintos objetivos y compromisos de eliminación ambiciosos y visionarios. Sin embargo, estos objetivos continúan siendo alcanzables, si reconocemos nuestra responsabilidad compartida en la respuesta al sida y ponemos en práctica las numerosas lecciones que hemos aprendido.



INTRODUCCIÓN

Quando los países se reunieron en Nueva York a principios de este siglo para articular un nuevo programa de desarrollo, una de las medidas más trascendentales que tomaron fue elevar la salud dentro del programa de desarrollo mundial. Al reconocer el impacto histórico de la epidemia de sida, el Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 convoca a esfuerzos mundiales para detener y comenzar a revertir el curso de la epidemia, un objetivo que ha inspirado acciones sin precedentes.

En varias reuniones de alto nivel, la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció estrategias, metas y objetivos para gestar el ODM 6 y acelerar el avance a fin de lograr dichos objetivos para el año 2015. En la reunión de alto nivel sobre VIH y sida realizada en 2011, los Estados Miembros de la ONU revisaron el progreso histórico en la respuesta al VIH que tuvo lugar durante una década. Decididos a mejorar logros anteriores en la reducción de nuevas infecciones por el VIH y muertes relacionadas con el sida, y con el deseo de acabar finalmente con la epidemia de sida, aprobaron la Declaración Política de la ONU sobre el VIH/sida de 2011, que estableció varios objetivos ambiciosos y compromisos de eliminación para 2015.

LOGROS HISTÓRICOS, DESAFÍOS CONSTANTES

Dado que la fecha límite de 2015 es cada vez más cercana, en este informe se resume el progreso hacia los objetivos y compromisos de eliminación establecidos en la Declaración Política de la ONU de 2011, que respaldan el logro del ODM 6. Específicamente, se describen los logros y desafíos persistentes de diez objetivos y compromisos. Las promesas hechas por los países en la Declaración Política de la ONU de 2011 incluyen mejoras específicas en resultados de salud (por ejemplo, reducciones de 50 % en la transmisión del VIH por vía sexual y relacionada con las drogas y eliminación de nuevas infecciones por el VIH en niños); objetivos de cobertura y recursos (por ejemplo, proveer tratamiento contra el VIH a 15 millones de personas, movilizar entre USD22 000 y USD24 000 millones para programas relacionados con el VIH); objetivos de eliminación (por ejemplo, la eliminación del estigma y la discriminación, las desigualdades de género y las restricciones a la entrada, la estancia y la residencia) y medidas para asegurar la sostenibilidad de la respuesta (por ejemplo, integración del VIH a otros esfuerzos relacionados con la salud y el desarrollo).

A nivel mundial, se estima que en 2012 las personas que vivían con el VIH eran 35,3 (32,2-38,8) millones, lo que representa un aumento en comparación con años anteriores, ya que más personas reciben tratamiento antirretroviral que puede salvar vidas. Se notificaron 2,3 (1,9-2,7) millones de nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial, lo que representa una disminución de 33 % en comparación con 3,4 (3,1-3,7) millones en 2001. Al mismo tiempo, el número de muertes por sida también disminuyó de 2,3 (2,1-2,6) millones en 2005 a 1,6 (1,4-1,9) millones en 2012 (véase la Figura A).

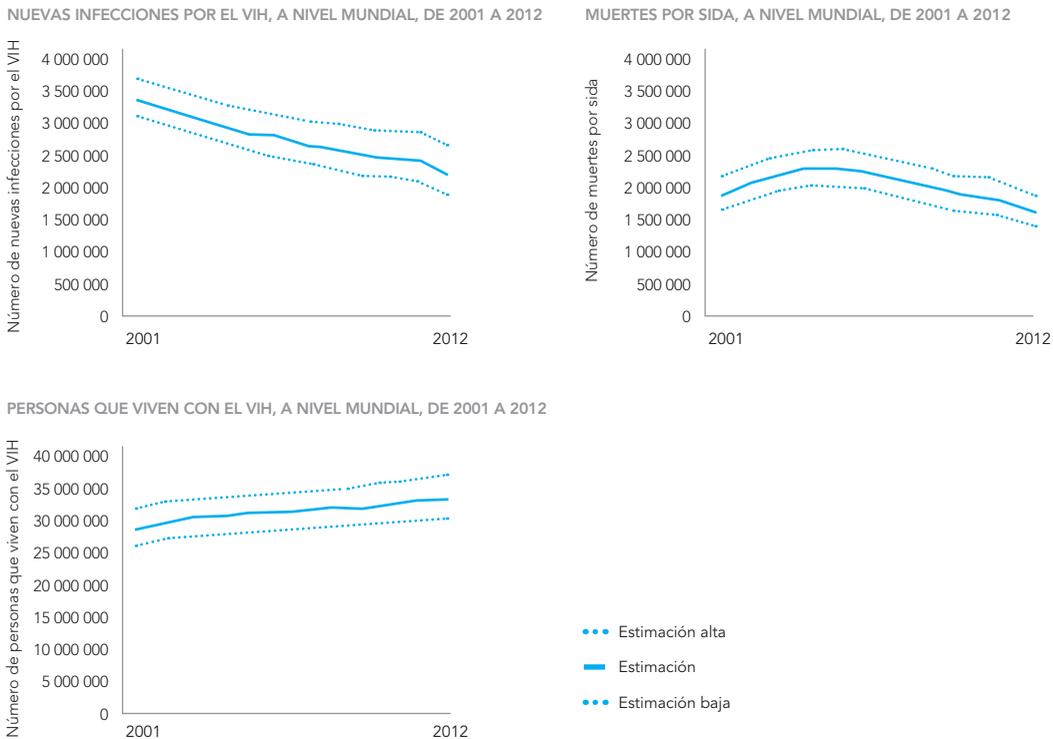
Tal como se revela en este informe, a pesar de que aún existen grandes obstáculos, se han obtenido resultados sorprendentes en muchos de los objetivos y compromisos de eliminación para 2015.

1. Reducir la transmisión sexual del VIH en un 50 % para el año 2015

El número anual de nuevas infecciones por el VIH en adultos y adolescentes disminuyó en un 50 % o más en 26 países entre 2001 y 2012. Sin embargo, otros países no están bien encaminados hacia lograr la reducción a la mitad de la transmisión sexual del VIH, lo que destaca la importancia de intensificar los esfuerzos de prevención. A pesar de que las tendencias en el comportamiento sexual en los países con alta prevalencia fueron generalmente favorables en la última

FIGURA A

Números de personas que viven con el VIH, nuevas infecciones por el VIH y muertes relacionadas con el sida, de 2001 a 2012, a nivel mundial



Fuente: Estimaciones del ONUSIDA, 2012.

década, se detectó una disminución en el uso del preservativo o un aumento en el número de parejas sexuales en encuestas recientes realizadas en varios países de África subsahariana. Los esfuerzos para reducir la transmisión relacionada con el trabajo sexual y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres continúan siendo insuficientes, según lo evidenciado en tendencias recientes sobre la prevalencia en estos grupos. No obstante, las perspectivas para fortalecer los esfuerzos de prevención nunca han sido más alentadoras, debido a que, en los últimos años, surgieron varias herramientas biomédicas de prevención sumamente eficaces para respaldar los beneficios de prevención obtenidos con enfoques conductuales y estructurales. En 2012, se aceleró el impulso para ampliar una de estas intervenciones biomédicas: la circuncisión masculina médica y voluntaria.

2. Reducir la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas en un 50 % para el año 2015

El mundo no está bien encaminado hacia reducir en un 50 % la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas, dado que los datos recientes sugieren pocos cambios en la carga del VIH en esta población. La prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas permanece alta: hasta un 28 % en Asia. La cobertura de prevención del VIH para las personas que se inyectan drogas sigue siendo baja, ya que solo dos de los 32 países informantes proporcionan el mínimo recomendado de, al menos, 200 jeringas estériles por año a cada persona que se inyecta drogas. Entre los 35 países que proporcionaron datos en 2013, todos, excepto cuatro, ofrecieron una terapia de sustitución a menos del 10 % de los consumidores de opiáceos. La respuesta eficaz al sida en las

personas que se inyectan drogas se ve socavada por una cobertura excepcionalmente baja, además de marcos normativos punitivos y prácticas de cumplimiento de leyes coercitivas, que impiden que las personas soliciten los servicios sociales y de salud que necesitan.

3. Eliminar las infecciones por el VIH en los niños y reducir la mortalidad materna durante el embarazo, el parto o el puerperio

Como resultado de un avance sostenido, el mundo tiene la capacidad de ofrecer intervenciones antirretrovirales a, por lo menos, el 90 % de las mujeres embarazadas que viven con el VIH para 2015. La cobertura del tratamiento antirretroviral en mujeres embarazadas que viven con el VIH llegó al 62 % en 2012 y el número de nuevos niños infectados por el VIH en 2012 fue un 35 % más bajo que en 2009. Sin embargo, alcanzar el objetivo mundial de reducir el número de niños con nuevas infecciones para 2015 requerirá una ampliación similar de otras estrategias de prevención, que incluyen la prevención primaria del VIH en las mujeres y el acceso a métodos anticonceptivos y a otros servicios de planificación familiar. No obstante, se requieren esfuerzos considerablemente mayores para vincular a las mujeres embarazadas y los niños con la atención el VIH y su tratamiento; las mujeres embarazadas que viven con el VIH tienen menos probabilidades de recibir tratamiento antirretroviral que los adultos elegibles para recibir tratamiento en general, y la cobertura de tratamiento en los niños que vivían con el VIH en 2012 fue menor a la mitad de la cobertura de los adultos.

4. Proporcionar tratamiento antirretroviral que puede salvar vidas a 15 millones de personas que viven con el VIH para el año 2015

El mundo está cerca de lograr proporcionar tratamiento antirretroviral a 15 millones de personas para 2015. En 2012, 9,7 millones de personas en países de ingresos bajos y medios recibieron tratamiento antirretroviral, lo que representa el 61 % de todos los que eran elegibles conforme a las guías de tratamiento contra el VIH establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2010. Sin embargo, según las guías de la OMS de 2013, la cobertura de tratamiento contra el VIH en países de ingresos bajos y medios representó solo el 34 % (32 %-37 %) de los 28,6 millones de personas elegibles en 2013. El tratamiento antirretroviral no solo previene la muerte y las enfermedades relacionadas con el sida: también puede reducir considerablemente el riesgo de transmisión del VIH y la propagación de la tuberculosis. De 1996 a 2012, el tratamiento antirretroviral evitó 6,6 millones de muertes relacionadas con el sida en todo el mundo, entre ellas 5,5 millones de muertes en países de ingresos bajos y medios. No obstante, a pesar de los logros históricos relacionados con la expansión de servicios de tratamiento, los esfuerzos por alcanzar el acceso universal al tratamiento tienen enfrente grandes obstáculos. Además de la persistente baja cobertura de tratamiento para los niños, los hombres tienen muchas menos probabilidades que las mujeres en todo el mundo de recibir tratamiento antirretroviral, y a menudo las poblaciones clave afrontan enormes barreras para obtener servicios de atención y tratamiento. Solo se produjeron incrementos relativamente moderados en el acceso al tratamiento en Europa oriental, Asia central, África del Norte y Oriente Medio, lo que destaca la necesidad de ampliar los logros recientes de cobertura a todo el mundo.

5. Reducir la mortalidad por tuberculosis en las personas que viven con el VIH en un 50 % para el año 2015

Como resultado del avance sostenido logrado en relación con satisfacer las necesidades de los pacientes con tuberculosis que viven con el VIH, el mundo está por alcanzar el objetivo establecido para 2015 de reducir en un 50 % las muertes relacionadas con la tuberculosis en las personas que viven con el VIH. Desde 2004, las muertes relacionadas con la tuberculosis en las personas que viven con el VIH han disminuido un 36 % en todo el mundo, y un tanto menos en África, que alberga al 75 % de todas las personas que viven con tuberculosis y VIH. La OMS estima que la ampliación de actividades conjuntas para el VIH y la TB (que incluyen pruebas del VIH, tratamiento antirretroviral y medidas preventivas recomendadas) evitó la muerte de 1,3 millones de personas desde 2005 hasta 2012. No obstante, los desafíos persisten,

dado que, en los últimos años, el progreso en la disminución de las muertes relacionadas con la tuberculosis en personas que viven con el VIH ha sufrido una desaceleración. A pesar de que el tratamiento antirretroviral reduce el riesgo de que una persona que vive con el VIH contraiga tuberculosis, actualmente, esta herramienta que puede salvar vidas se está utilizando de forma inadecuada. Entre los diez países que informaron el número más alto de pacientes con tuberculosis asociada al VIH, solo dos (Kenya y Malawi) suministraron el tratamiento antirretroviral a más del 50 % de los pacientes con tuberculosis VIH-positivos en 2012, mientras que se ralentizó el ritmo de ampliación del tratamiento para los pacientes con VIH y tuberculosis. En 2012, se realizaron pruebas del VIH a menos de la mitad (46 %) de los pacientes con tuberculosis notificada y el número de personas con coinfección por VIH y tuberculosis que recibieron tratamiento preventivo con isoniacida (500 000) representó una mera fracción de los que podrían haberse beneficiado con la intervención.

6. Subsanan el déficit mundial de recursos para la lucha contra el sida

En 2012, se lograron avances continuos en la movilización de recursos financieros para la respuesta al sida, a pesar de que los gastos relacionados con el sida no alcanzaron el objetivo mundial de entre USD22 000 y USD24 000 millones en recursos financieros anuales. En 2012, se dispuso de aproximadamente USD18 900 millones para programas relacionados con VIH en países de ingresos bajos y medios, un incremento del 10 % con respecto a 2011. A pesar de que la asistencia internacional destinada al VIH no varió en términos reales en 2012, muchos países de ingresos bajos y medios hicieron mayores desembolsos financieros para el VIH; el gasto nacional representó el 53 % de todos los gastos asociados al VIH en 2012. Aunque los aumentos en las inversiones nacionales se produjeron en países con todos los niveles de ingresos, los gastos aumentaron más abruptamente en países de ingresos medios altos, y muchos de los países de ingresos medios bajos y bajos continuaron dependiendo en gran medida de la asistencia internacional. En 2012, 51 países recurrieron a fuentes internacionales para cubrir más del 75 % de los gastos asociados al VIH. Mientras que los recursos nacionales se destinaron a la mayoría de los gastos de tratamiento y atención, los gastos internacionales financiaron gran parte de los esfuerzos de prevención. En un esfuerzo por fomentar la sostenibilidad a largo plazo de las respuestas nacionales, cada vez más países están explorando métodos de financiación innovadores, que incluyen impuestos destinados a este fin y fondos fiduciarios para la lucha contra el sida.

7. Eliminar las desigualdades, el maltrato y la violencia de género y aumentar la capacidad de las mujeres y las adolescentes para protegerse del VIH

Las desigualdades y las normas de género perjudiciales siguen contribuyendo a la vulnerabilidad relacionada con el VIH. Tal como se expresa en una manifestación del rol del género en las epidemias nacionales, en una revisión reciente se halló que las mujeres que fueron víctimas de violencia por parte de su pareja íntima tienen un 50 % más de probabilidades de vivir con el VIH. Casi todos los países (92 %) que realizaron revisiones intermedias de su respuesta al sida a nivel nacional, reconocieron la importancia central de abordar las desigualdades de género. Sin embargo, las revisiones intermedias indican que menos de la mitad de los países asignan fondos a organizaciones para mujeres, integran ampliamente los servicios de salud reproductiva y sexual y relacionados con el VIH o cuentan con iniciativas en crecimiento para hacer participar a hombres y niños en respuestas nacionales.

8. Eliminar el estigma, la discriminación, y las leyes y prácticas coercitivas en relación con el VIH

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH persisten como los principales obstáculos a una respuesta eficaz al VIH en todo el mundo, y las encuestas nacionales revelan que el tratamiento discriminatorio de las personas que viven con el VIH sigue siendo frecuente en varias facetas de la vida, incluido el acceso a la atención de salud. En 2012, el 61 % de los países informaron la existencia de leyes en contra de la discriminación que protegen a las personas que viven con el VIH. El porcentaje de los países que informan

la existencia de servicios jurídicos relacionados con el VIH aumentó del 45 % en 2008 al 55 % en 2012; sin embargo, la falta frecuente de servicios jurídicos accesibles significa que muchas instancias de discriminación relacionada con el VIH nunca se abordan. A partir de 2013, 63 países disponen, al menos en una jurisdicción, de disposiciones específicas que permiten el procesamiento de la no divulgación, la exposición o la transmisión relacionadas con el VIH. La penalización de poblaciones clave también permanece generalizada y el 60 % de los países informan que disponen de leyes, disposiciones o políticas que constituyen obstáculos para la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo eficaces relacionados con el VIH para poblaciones clave y grupos vulnerables.

9. Eliminar restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia

Desde 2010, ocho países, territorios o áreas han eliminado las restricciones a la entrada, la estancia y la residencia para las personas que viven con el VIH. Sin embargo, eliminar las restricciones restantes relacionadas con el VIH a la libre circulación requerirá de acciones intensificadas a fin de derogar las leyes contraproducentes y discriminatorias que permanecen vigentes en 44 países. Eliminar restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia es una prioridad por razones prácticas y simbólicas. Además de reflejar y reforzar el estigma y la discriminación que impiden una respuesta eficaz al sida, dichas restricciones también imponen graves penurias a muchas personas que viven con el VIH. Cada vez más, los líderes comerciales instan a los países a revocar las restricciones de viajes relacionadas con el VIH por razones económicas, argumentando que, en un mundo globalizado, las empresas requieren flexibilidad para reclutar y emplear trabajadores donde más se los necesita.

10. Fortalecer la integración del VIH

A pesar de que se evidencia una clara tendencia hacia la integración del VIH a sistemas y sectores diversos, se requieren mayores esfuerzos para eliminar estructuras y sistemas paralelos y garantizar la integración del VIH en los amplios esfuerzos relacionados con la salud y el desarrollo. Casi todos los países (90 %) reconocen la integración como una prioridad central relacionada con el VIH, el 82 % abordan la integración en sus planes estratégicos nacionales y el 45 % informan que el VIH se ha alineado con otras planificaciones de enfermedades específicas. Más de la mitad (53 %) de los países han integrado por completo los servicios relacionados con el VIH y la tuberculosis o fortalecido la prestación de servicios conjuntos, el 70 % de los países han integrado servicios para prevenir la transmisión materno infantil del VIH en la atención prenatal y dos tercios han integrado los servicios de salud reproductiva y sexual a los servicios relacionados con el VIH. Casi uno de cada cuatro (23 %) países ha vinculado el VIH con el manejo de enfermedades crónicas no contagiosas, y más de la mitad han integrado el asesoramiento y las pruebas del VIH o el tratamiento antirretroviral a la atención ambulatoria general.

INFORME MUNDIAL DE AVANCES EN LA LUCHA CONTRA EL SIDA Y ESTIMACIONES SOBRE EL VIH

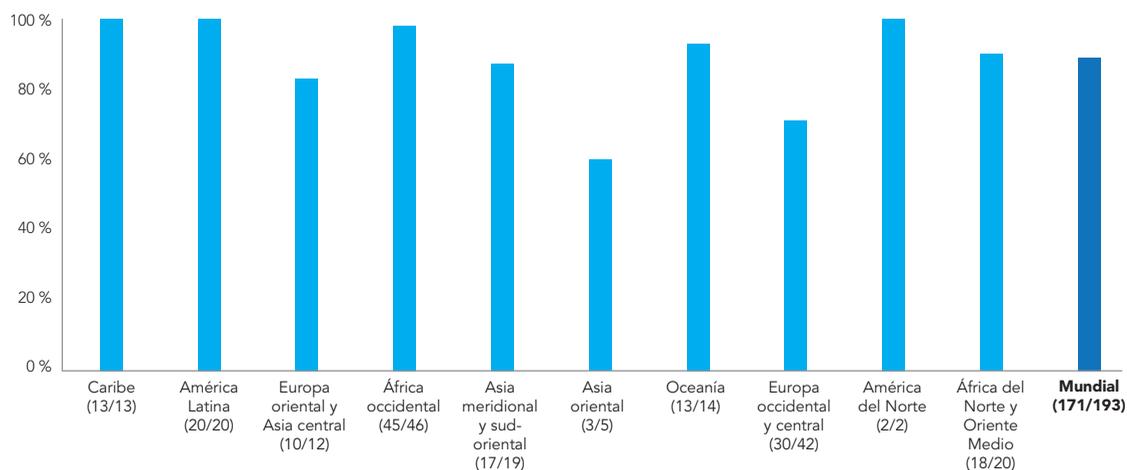
Este informe se nutre de un cuerpo de datos y análisis sin precedentes. Se basa principalmente en tres fuentes: estimaciones epidemiológicas, el Informe mundial de avances en la lucha contra el sida (GARPR) de 2013 y las revisiones nacionales intermedias, realizadas en 2013, sobre el avance hacia los objetivos y compromisos de eliminación para 2015 que se establecieron en la Declaración Política de la ONU de 2011. Los informes GARPR y las estimaciones sobre el VIH derivadas de modelos proporcionan las fuentes de información sobre el avance cuantificable hacia los diez objetivos y compromisos de eliminación. A partir de este año y hasta 2015, los países proporcionan informes anuales sobre el avance de su respuesta nacional, en lugar de cada dos años. El paso al informe anual refleja la mayor urgencia de una rendición de cuentas y de acciones aceleradas mientras se aproxima la fecha límite de 2015.

En 2013, 172 países enviaron informes GARPR sobre el progreso hacia alcanzar indicadores básicos del VIH (véase la Figura B). De estos 172 países, 12 (11 de Europa occidental y central y uno de Oceanía) solicitaron que el ONUSIDA utilizara los datos enviados en 2012. A medida que los países se acostumbran a los informes anuales en lugar de cada dos años, el ONUSIDA prevé que el número de países que envíen informes de avance anuales actualizados llegará nuevamente a los 186 que informaron en 2012.

Para desarrollar las estimaciones sobre el VIH, los equipos en el país utilizan Spectrum, un programa informático estándar desarrollado por Futures Institute y respaldado por el ONUSIDA y sus asociados. En 2013, se disponía de los archivos de Spectrum de 155 países.

FIGURA B

Porcentaje de países que participaron en el Informe mundial de avances en la lucha contra el sida (GARPR) de 2013, por región



Fuente: GARPR 2013.

Nota: Países informantes/número total de Estados Miembros de la ONU en la región.

REVISIONES INTERMEDIAS DE OBJETIVOS Y COMPROMISOS DE ELIMINACIÓN

Para proporcionar evaluaciones cualitativas del progreso alcanzado hacia los objetivos y compromisos establecidos en la Declaración Política de la ONU de 2011 e identificar acciones prioritarias para seguir avanzando, el ONUSIDA alentó a los países a que efectuaran revisiones de avance intermedias. Para cada uno de los diez objetivos y compromisos, se solicitó a los países que especificaran prioridades y objetivos nacionales, resumieran los logros obtenidos a la fecha e identificaran deficiencias. A fin de acelerar el progreso en el período restante hasta la fecha límite de los objetivos de 2015, se pidió a los países que identificaran oportunidades para la innovación y la prestación de servicios más eficientes. También se les consultó sobre sus planes para incrementar la inversión nacional, acelerar las acciones a fin de responder a demoras en el avance y opciones para sostener el progreso en los diez objetivos después de 2015. Se ha previsto que las revisiones intermedias consistan en un ejercicio de inventario formal así como una

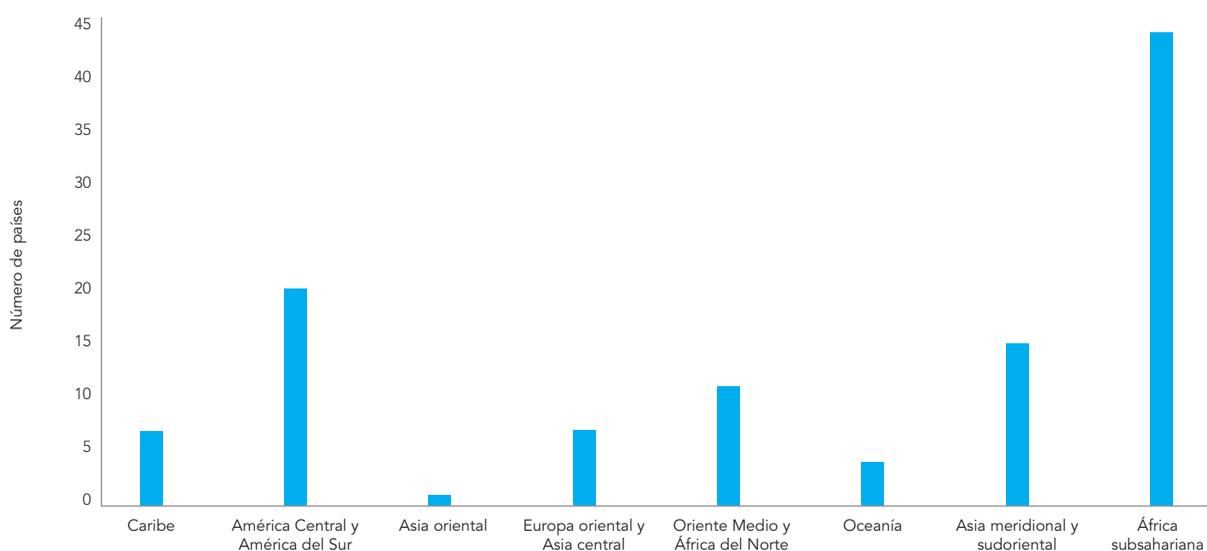
consulta nacional de las partes interesadas, incluidas las personas que viven con el VIH, a fin de revisar el avance y definir directivas futuras. El ONUSIDA solicitó que los países enviaran un informe que resumiera los hallazgos clave de la revisión intermedia, además de una matriz de respuestas a preguntas específicas formuladas para cada objetivo.

Las revisiones intermedias pretendían cumplir cuatro propósitos clave:

- Reafirmar y fortalecer el liderazgo y el compromiso para alcanzar los objetivos y compromisos establecidos en la Declaración Política de la ONU sobre el VIH y el sida de 2011.
- Fortalecer la rendición de cuentas, la apropiación y la transparencia respecto de los datos estratégicos sobre el avance hacia los objetivos y compromisos.
- Mejorar la eficacia y la eficiencia de los programas nacionales al utilizar la revisión intermedia como una plataforma para el desarrollo de casos de inversión nacional relacionada con el VIH.
- Promover y aplicar principios de responsabilidad compartida y solidaridad global respecto de las respuestas al VIH e identificar estrategias para asegurar la sostenibilidad a largo plazo.

Ciento veinte países de ingresos bajos y medios se comprometieron a realizar revisiones de avance intermedias con relación a los diez objetivos y compromisos. Para el 5 de agosto de 2013, 109 países habían efectuado revisiones intermedias de avance nacional, lo que representa el 91 % de los que habían asumido el compromiso (véase la Figura C). De estos 109 países, 100 habían realizado el ejercicio de inventario formal y 101 también habían llevado a cabo una consulta nacional de partes interesadas.

FIGURA C
Número de países que realizaron revisiones intermedias en 2013



Fuente: Revisiones intermedias de 2013.

En cuatro regiones, África subsahariana, América Central y América del Sur, Oriente Medio y África del Norte, y Oceanía, el 100 % de los países¹ que se habían comprometido a realizar una revisión intermedia finalizaron el proceso en agosto de 2013. Las revisiones intermedias también se efectuaron en el 94 % de los países de Asia meridional y sudoriental y en el 70 % de los países de Europa oriental y Asia central. El porcentaje más bajo se informó en el Caribe, donde el 54 % de los países que se habían comprometido a efectuar una revisión intermedia la habían completado en agosto de 2013.

SEGUIR ADELANTE: 2015 Y MÁS ALLÁ

En este informe se sintetizan los resultados para cada uno de los diez objetivos y compromisos. Cada sección toma en cuenta los resultados de los GARPR, los hallazgos de las revisiones intermedias y otros desarrollos importantes que ocurrieron el año anterior.

Cada sección se enfoca tanto en el pasado como el futuro. A pesar de que se advierte el avance a partir de diciembre de 2012, con resultados que provienen principalmente de los informes GARPR y las estimaciones sobre el VIH, en cada sección también se analiza qué debe suceder para acelerar el progreso en cada área. El componente prospectivo de cada sección se basa fundamentalmente en las revisiones intermedias, destacando los compromisos formulados por los países para expandir el alcance de servicios clave, mejorar la eficiencia de los servicios y optimizar las inversiones nacionales.

El siguiente análisis demuestra que el VIH continúa siendo un pionero para la prestación de servicios centrados en las personas y basados en los derechos. Tal como se analiza en la sección 10, los elementos de la respuesta al VIH se integran a otros programas de salud y desarrollo como parte del esfuerzo por eliminar sistemas paralelos y alcanzar una eficacia y eficiencia mayores. Sin embargo, a fin de lograr un progreso continuo en la lucha contra la epidemia de sida, es necesario mantener la alta prioridad otorgada al VIH y deben desarrollarse aún más los aspectos eficaces insertándolos en objetivos de salud y desarrollo futuros.

¹ Un país no pudo realizar una revisión intermedia como consecuencia de la situación de seguridad.

1. REDUCIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

Los esfuerzos de prevención continúan dando frutos con 1,9 millones (1,6–2,3) de nuevas infecciones por el VIH en adultos en países de ingresos bajos y medios en 2012, lo que representó una disminución del 30 % con respecto a 2001 (véase la Figura 1.1). La disminución de los porcentajes de nuevas infecciones por el VIH en 26 países de ingresos bajos y medios da fe de estos esfuerzos. Las reducciones de nuevas infecciones en adultos desde 2001 representan principalmente una disminución en la transmisión sexual; no obstante, la tendencia decreciente en el número mundial de nuevas infecciones por el VIH en adultos debe acelerarse si se pretende alcanzar el objetivo para 2015.

A pesar de que los obstáculos para prevenir nuevas infecciones persisten, las oportunidades para disminuir drásticamente la incidencia del VIH nunca fueron más prometedoras. En los últimos años, ha surgido evidencia de que los tratamientos antirretrovirales pueden reducir el riesgo de transmisión del VIH en un 96 %, ¹ la circuncisión masculina médica y voluntaria, en aproximadamente un 60 %, ^{2,3,4} la profilaxis antirretroviral previa a la exposición, en más de un 40 % en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres ⁵ y un 49 % en las personas que se inyectan drogas. ⁶

Los enfoques estructurales, que incluyen transferencias de dinero, cupones, alimentos y apoyo nutricional, muestran resultados potencialmente alentadores, como una posible estrategia para reducir la vulnerabilidad a la infección por el VIH que enfrentan las niñas y mujeres jóvenes. A pesar de que se comprobó en los ensayos que estos nuevos enfoques son eficaces, aún no han conducido a una disminución mensurable y sostenida de las nuevas infecciones en la población, en gran medida debido al fracaso a la hora de ampliar estas estrategias.

Tal como lo confirma la Declaración Política de la ONU sobre el VIH y el sida de 2011, la prevención del VIH debe seguir siendo la piedra angular de la respuesta al VIH. Para alcanzar una eficacia óptima, los esfuerzos de prevención deben incluir combinaciones estratégicas de programas conductuales, biomédicos y estructurales, y enfoques que se centren en una rápida ampliación en las poblaciones y regiones geográficas más expuestas a contraer y transmitir el VIH.

TENDENCIAS EN LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH

Las tendencias de nuevas infecciones en adultos varían según la región. La epidemia continúa afectando en forma desproporcionada a África subsahariana, donde tuvieron lugar el 70 % de las nuevas infecciones por el VIH en 2012.

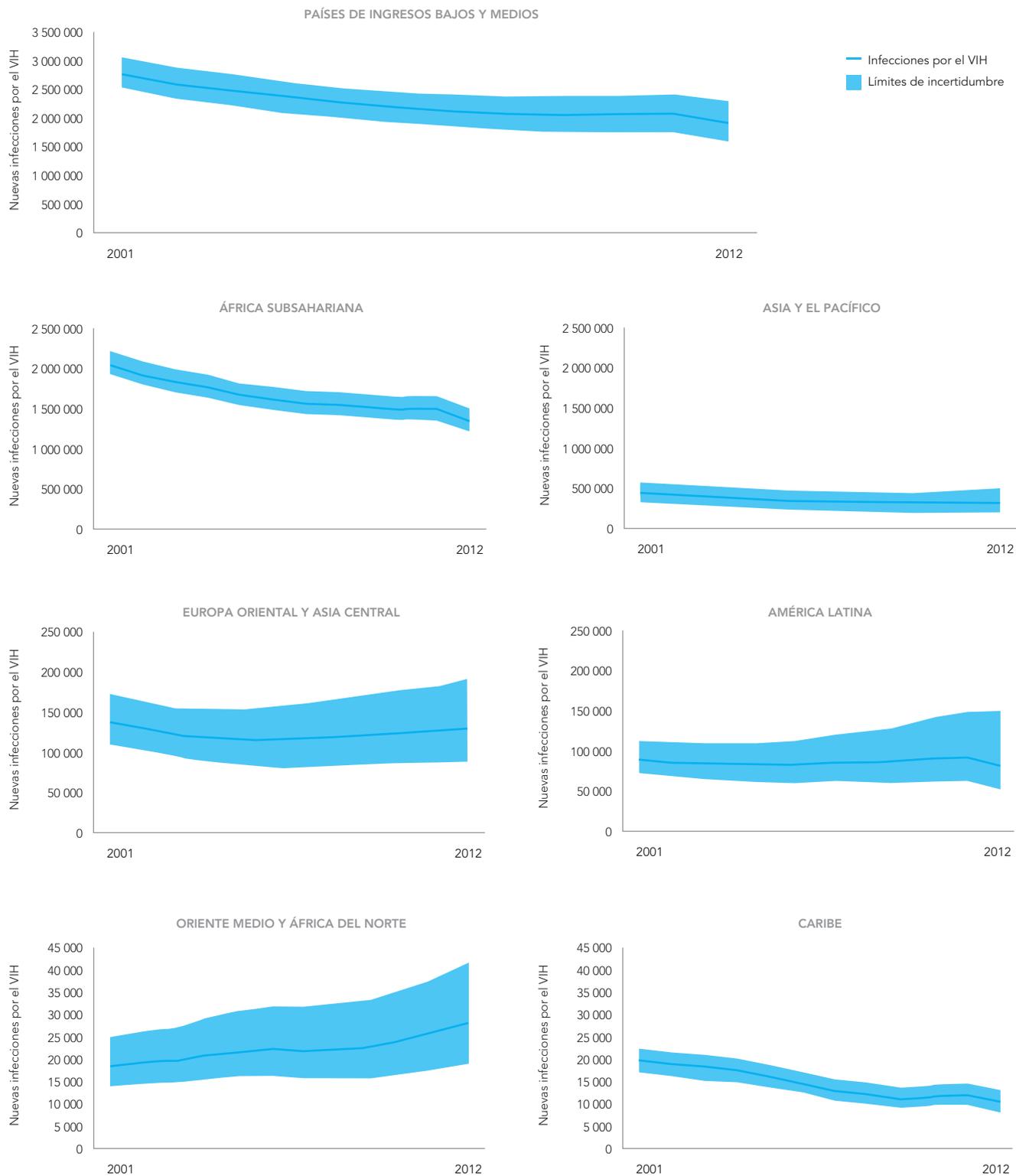
Sin embargo, desde 2001, el número anual de nuevas infecciones por el VIH en adultos en África subsahariana ha disminuido un 34 %. La disminución más pronunciada de nuevas infecciones desde 2001 (49 %) ocurrió en el Caribe. En años recientes, las nuevas infecciones por el VIH han aumentado en Europa oriental y Asia central, aunque han disminuido en Ucrania. Por el contrario, estas siguen aumentando en Oriente Medio y África del Norte.

A pesar de que la dinámica natural de la epidemia desempeñó, sin duda, una función importante, los cambios en el comportamiento sexual, como la postergación de la

Países en los que la incidencia del VIH en adultos disminuyó más del 50 % entre 2001 y 2012:

1. Belice
2. Botswana
3. Camboya
4. Côte d'Ivoire
5. Djibouti
6. Eritrea
7. Etiopía
8. Gabón
9. Ghana
10. India
11. Jamaica
12. Liberia
13. Malawi
14. Myanmar
15. Namibia
16. Nepal
17. Níger
18. Nigeria
19. Papua Nueva Guinea
20. República Dominicana
21. Santo Tomé y Príncipe
22. Senegal
23. Tailandia
24. Togo
25. Ucrania
26. Zambia

FIGURA 1.1
Nuevas infecciones por el VIH en adultos en países de ingresos bajos y medios, por región, de 2001 a 2012



Fuente: Estimaciones del ONUSIDA de 2012.

primera relación sexual, los altos niveles de uso del preservativo y la disminución de parejas múltiples, también llevaron a descensos significativos en los países con alta prevalencia. Por ejemplo, en Zimbabwe, los descensos en la incidencia del VIH (nuevas infecciones) fueron impulsados por cambios en el comportamiento, en particular, una disminución en las parejas sexuales múltiples.^{7,8}

Las tendencias recientes (desde el año 2000) sobre el comportamiento sexual, demostradas en la mayoría de los países, indican que cada vez más personas adoptan comportamientos sexuales más seguros. Se ha incrementado el conocimiento relacionado con la prevención de la transmisión del VIH entre los jóvenes; la proporción de personas de entre 15 y 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años está disminuyendo, el uso del preservativo ha aumentado en las personas con parejas sexuales múltiples y la proporción de jóvenes que se sometieron a una prueba del VIH y se informaron de los resultados también es mayor.

Sin embargo, existen indicios de un incremento en los comportamientos sexuales de riesgo en varios países. Evidencias recientes indican un aumento significativo en el número de parejas sexuales en algunos países (Burkina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, Etiopía, Gabón, Guyana, Rwanda, República Unida de Tanzania, Sudáfrica, Uganda y Zimbabwe) y una disminución en el uso del preservativo en otros (Côte d'Ivoire, Nigeria, Senegal y Uganda); véase la Tabla 1.1.

REVITALIZACIÓN DEL CAMBIO SOCIAL Y DEL COMPORTAMIENTO

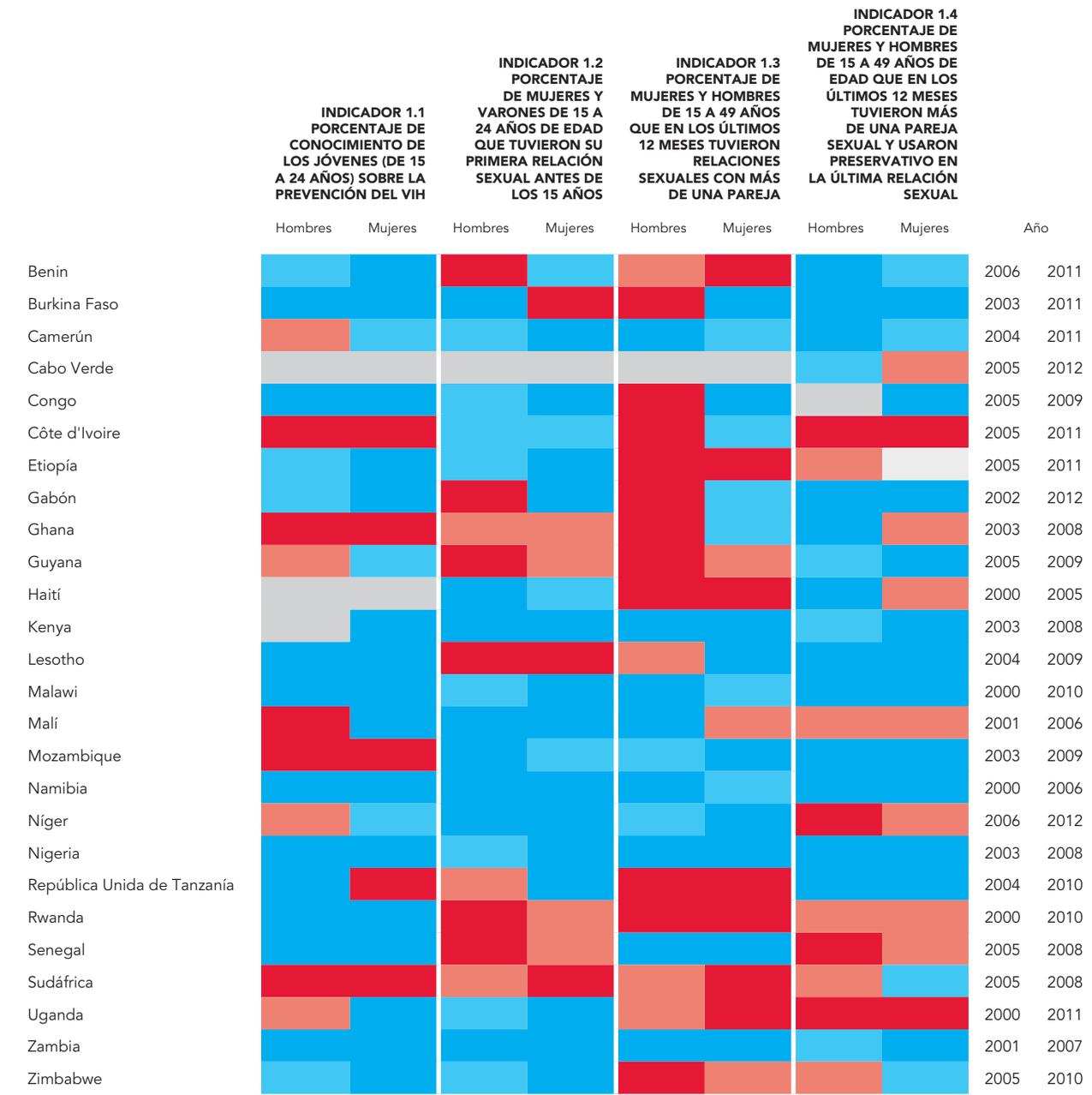
A pesar de que un metanálisis de estudios a escala mundial determinó que "las intervenciones del comportamiento reducen el comportamiento sexual de riesgo y evitan infecciones de transmisión sexual y por el VIH",⁹ en muchos países falta una estrategia integral para implementar los enfoques de estos programas. Los programas socioconductuales a menudo se implementan de forma aislada y descoordinada, no se adaptan lo suficiente a las necesidades de la población objetivo y carecen de una evaluación rigurosa en la escala necesaria para una implementación generalizada. Está claro que solo cuando se lance un conjunto integral de iniciativas de prevención del VIH a escala nacional, con suficiente acceso a servicios de calidad y uso frecuente de estos servicios, los países comprenderán los resultados óptimos de la prevención.

Existen indicios inquietantes de que, actualmente, los programas sociales y conductuales podrían ser una prioridad menor. En las revisiones intermedias, se identificó una disminución del apoyo a los programas socioconductuales de prevención del VIH en varios países, incluido Namibia, donde se interrumpió la exitosa campaña "Toma el control" en 2011. Sin embargo, a medida que se lancen nuevas herramientas biomédicas, los programas socioconductuales y estructurales eficaces no solo seguirán siendo esenciales por mérito propio, sino que también será necesario maximizar la eficacia de los enfoques biomédicos, incluso evitar el posible surgimiento de la compensación de riesgos. Los programas de prevención deben ser capaces de abordar los aspectos biomédicos de la prevención del VIH sin enfocarse únicamente en los aspectos médicos de las relaciones sexuales. Es necesario armonizar los mensajes y la divulgación de la información sobre la transmisión del VIH y los diversos enfoques de prevención. Los programas conductuales y estructurales también ayudan a superar las barreras en la aceptación de servicios, como la exclusión social, la penalización, el estigma y la desigualdad. Estas actividades amplifican el impacto del tratamiento antirretroviral, otras estrategias de prevención del VIH basadas en este tratamiento (como la profilaxis previa a la prevención) y la circuncisión masculina médica y voluntaria.

La revolución mundial en la tecnología de la información y las comunicaciones, que alteró drásticamente la manera en que las personas se conectan, interactúan, se comunican y comparten información, ofrece nuevas oportunidades para ampliar y revitalizar los programas socioconductuales y estructurales. Esto incluye el uso estratégico de oportunidades de medios "antiguos" (como las series televisivas de ficción que fomentan la prevención del VIH en Zambia),¹⁰ así como el mayor aprovechamiento de nuevas herramientas informáticas, como las estrategias que integran telecomunicaciones móviles a los programas de salud para ofrecer una mejor prestación de servicios.

TABLA 1.1

Conocimiento, comportamiento sexual y pruebas en países con prevalencia del VIH en adultos mayor al 1 %, de 2000 a 2012*



■ Aumento estadísticamente significativo de comportamientos de riesgo
 ■ Aumento estadísticamente no significativo de comportamientos de riesgo
■ Disminución estadísticamente significativa de comportamientos de riesgo
 ■ Disminución estadísticamente no significativa de comportamientos de riesgo
■ Datos no disponibles o basados en menos de 50 encuestados

Fuentes: GARPR 2013; encuestas por hogares representativas a nivel nacional.

*La comparación de los indicadores se realizó entre las dos encuestas más recientes y la prueba de significación estadística fue de 0,05.

INVERSIÓN EN LA PROGRAMACIÓN SOBRE PRESERVATIVOS

La programación sobre preservativos es un componente integral de la prevención eficaz del VIH. Si se utilizan de forma correcta y sistemática, los preservativos siguen siendo uno de los métodos disponibles más eficientes disponibles para prevenir la transmisión sexual del VIH. En Sudáfrica, la modelización indica que el aumento en el uso del preservativo, que ocurrió de forma simultánea con el incremento significativo de la distribución de preservativos masculinos, desempeñó un rol fundamental en la disminución de la incidencia nacional del VIH durante el período 2000-2008.¹¹ La programación sobre preservativos y lubricantes es un elemento especialmente crucial del paquete basado en la evidencia para prevenir la transmisión del VIH, en particular entre las personas con parejas sexuales de corto plazo, parejas serodiscordantes, trabajadores sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y otras poblaciones clave que incluyen personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales. Se ha comprobado la eficacia de los programas que combinan el asesoramiento a parejas con la distribución de preservativos en muchos países, como Kenya¹² y Zambia.¹³ La programación sobre preservativos debe ser un componente integral de los enfoques conductuales, en especial de los que facultan a las mujeres y los jóvenes para que negocien el uso del preservativo.

Considerando su riesgo especialmente alto de contraer el VIH, los integrantes no infectados de parejas serodiscordantes (en las que uno de los integrantes es VIH-negativo) requieren con urgencia una programación eficaz de la prevención del VIH. Las estrategias de prevención clave incluyen las pruebas (para permitir que las personas conozcan su propio estado serológico y el de su pareja), el uso del preservativo y el suministro del tratamiento antirretroviral a la persona que vive con el VIH, independientemente de su recuento de linfocitos CD4. El tratamiento antirretroviral para el integrante de la pareja VIH-negativo también es una estrategia eficaz.

Los obstáculos de financiación socavan los esfuerzos para asegurar el fácil acceso a preservativos masculinos y femeninos. Debido a que la programación sobre preservativos es financiada, en su mayoría, por donantes internacionales en muchos países, la incertidumbre relacionada con la financiación ha dificultado la previsión, la adquisición, el suministro y la distribución a nivel nacional. En 2012, la comunidad de donantes redujo sus suministros de preservativos masculinos y femeninos en comparación con 2011. Aproximadamente 2400 millones de preservativos masculinos y 31,8 millones de preservativos femeninos fueron donados en 2012, en comparación con 3400 millones de preservativos masculinos y 43,4 millones de preservativos femeninos donados en 2011.¹⁴ Los informes a nivel nacional confirman que el acceso a los preservativos disminuyó en 2012; Namibia informa que los obstáculos de financiación contribuyeron a un descenso en el número de preservativos distribuidos en 2011 y 2012, mientras que Uganda informa la escasez periódica frecuente y el desabastecimiento de preservativos gratuitos.

En una revisión de las experiencias de trabajadores sexuales en centros de salud pública en cuatro países de África oriental y meridional, se identificó el acceso insuficiente a los preservativos y lubricantes entre sus necesidades de salud no satisfechas.¹⁵ En una encuesta realizada a 5000 hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres en 165 países en 2012, también se descubrió que tenían dificultades para acceder a los lubricantes.¹⁶

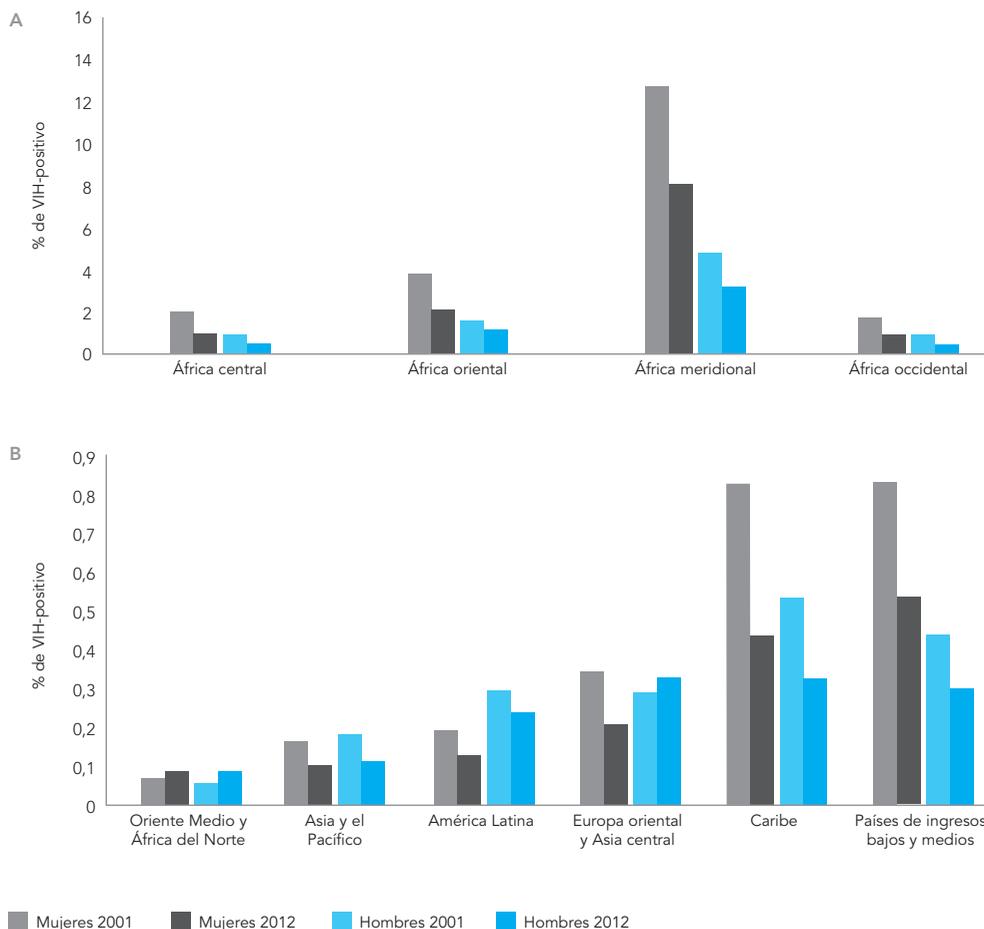
Los nuevos avances tecnológicos en el diseño de los preservativos pretenden generar productos que satisfagan las necesidades y los deseos de las personas con mayores probabilidades de utilizarlos. PATH, una organización internacional de salud, está probando un nuevo preservativo femenino como parte del esfuerzo por generar un producto más adecuado para las usuarias, mientras que el preservativo Origami es un producto plegable, con forma de acordeón diseñado para ser utilizado por hombres y mujeres durante el coito vaginal y anal.¹⁷ En 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) preseleccionó un preservativo femenino producido por Cupid Ltd., y este producto se agregó a la lista de adquisiciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

PREVENCIÓN DE NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

En África subsahariana, varios países han logrado disminuciones notables en la prevalencia del VIH en jóvenes (de 15 a 24 años). En esta región, la prevalencia del VIH en mujeres y hombres jóvenes disminuyó un 42 % de 2001 a 2012. Aun con esta tendencia favorable, la prevalencia del VIH en las mujeres jóvenes continúa siendo más de dos veces superior a la de los hombres jóvenes en toda África subsahariana.

Las tendencias varían en otras regiones, con descensos sustanciales en el Caribe, pero sin una clara tendencia decreciente en Oriente Medio y África del Norte (véase la Figura 1.2). La evidencia es limitada con relación a la prevalencia del VIH en los jóvenes que integran poblaciones clave con un riesgo mayor (o parejas de integrantes), a pesar de que pocas encuestas e informes anecdóticos sugieren que su riesgo de contraer el VIH es sumamente alto.

FIGURA 1.2
Prevalencia del VIH en mujeres y hombres jóvenes (de 15 a 24 años), por región, 2001 y 2012



Fuente: Estimaciones del ONUSIDA, 2012.

En 2012, aproximadamente 2,1 millones de adolescentes (de 10 a 19 años) vivían con el VIH en los países de ingresos bajos y medios. Los datos sobre adolescentes jóvenes (de 10 a 14 años) son limitados, lo que se traduce en poca información sobre el avance hacia la prevención de nuevas infecciones o hacia evitar las muertes en el grupo de adolescentes.

En África subsahariana, el porcentaje de jóvenes (de 15 a 24 años) que demuestran una comprensión integral y precisa del VIH aumentó cinco puntos porcentuales en los hombres y tres puntos porcentuales en las mujeres de 2002 a 2011, no obstante los niveles de conocimiento continúan siendo bajos (un 36 % para los hombres jóvenes y un 28 % para las mujeres jóvenes). El porcentaje de jóvenes que informaron haber usado preservativo la última vez que mantuvieron relaciones sexuales también aumentó en los hombres y las mujeres durante este período.

Los obstáculos constantes para la prevención eficaz del VIH en adolescentes y jóvenes incluye el acceso inadecuado a los servicios de salud reproductiva, sexual y relacionados con el VIH de buena calidad y adaptados a las necesidades de los jóvenes y la violencia sexual contra las niñas y las mujeres jóvenes.¹⁸ Además, la capacidad de obtener servicios esenciales de algunos jóvenes se ve entorpecida por la protección limitada de la confidencialidad y el derecho a la privacidad médica.¹⁹ El acceso inadecuado a la educación sexual integral, que demostró ser eficaz para la postergación de la primera relación sexual y el aumento del uso del preservativo en los jóvenes sexualmente activos,²⁰ también socava los esfuerzos para proteger a los jóvenes de contraer el VIH.

Han surgido nuevas estrategias para reducir la vulnerabilidad de los jóvenes al VIH, que incluyen transferencias sociales de dinero que generan incentivos para comportamientos más seguros. Recientemente, en un estudio controlado aleatorizado en Lesotho, se descubrió que un programa de incentivos financieros redujo la probabilidad de contraer el VIH en un 25 % durante dos años.²¹ En un estudio separado, controlado y aleatorizado en Malawi, se comprobó que las transferencias de dinero destinadas a niñas escolares redujeron las nuevas infecciones por el VIH en un 60 %.²² Evidentemente es posible que las transferencias de dinero respalden la prevención del VIH en los jóvenes y se recomienda la investigación continua sobre la función de dichos programas en la prevención del VIH.²³

INCREMENTO DE LA CIRCUNCISIÓN MASCULINA MÉDICA Y VOLUNTARIA

Está proyectada que la circuncisión del 80 % de todos los hombres adultos no circuncidados en los países con alta prevalencia del VIH y baja prevalencia de circuncisión masculina en 2015 evite una de cada cinco nuevas infecciones por el VIH para el 2025, con la obtención de beneficios de prevención a largo plazo tanto para los hombres como las mujeres.²⁴ Al mismo tiempo que los países prioritarios aumentan el número de circuncisiones masculinas médicas y voluntarias en los adultos, se les recomienda que implementen el ofrecimiento de la circuncisión médica a los niños recién nacidos en forma rutinaria.

Inmediatamente después de la publicación de la recomendación de ampliación en 2007, el avance de la implementación de la circuncisión masculina médica y voluntaria en adultos fue inicialmente lenta, aunque existen indicios alentadores de que el ritmo de captación está aumentando. Sin embargo, la ampliación de la circuncisión masculina médica y voluntaria en adultos varía considerablemente entre los países prioritarios (véanse las Figuras 1.3, 1.4).

En diciembre de 2012, 3,2 millones de hombres africanos habían sido circuncidados mediante el uso de servicios específicos de circuncisión masculina médica y voluntaria. El número de hombres circuncidados prácticamente se duplicó en 2012, habiendo alcanzado 1,5 millones en diciembre de 2011. No obstante, está claro que llegar al objetivo estimado de 20 millones en 2015²⁵ requerirá una aceleración drástica.

Países prioritarios para la circuncisión masculina médica y voluntaria del ONUSIDA:

1. Botswana
2. Etiopía
3. Kenya
4. Lesotho
5. Malawi
6. Mozambique
7. Namibia
8. República Centroafricana
9. República Unida de Tanzania
10. Rwanda
11. Sudáfrica
12. Sudán del Sur
13. Swazilandia
14. Uganda
15. Zambia
16. Zimbabwe

FIGURA 1.3
Número anual de circuncisiones masculinas médicas y voluntarias en países seleccionados, de 2009 a 2012

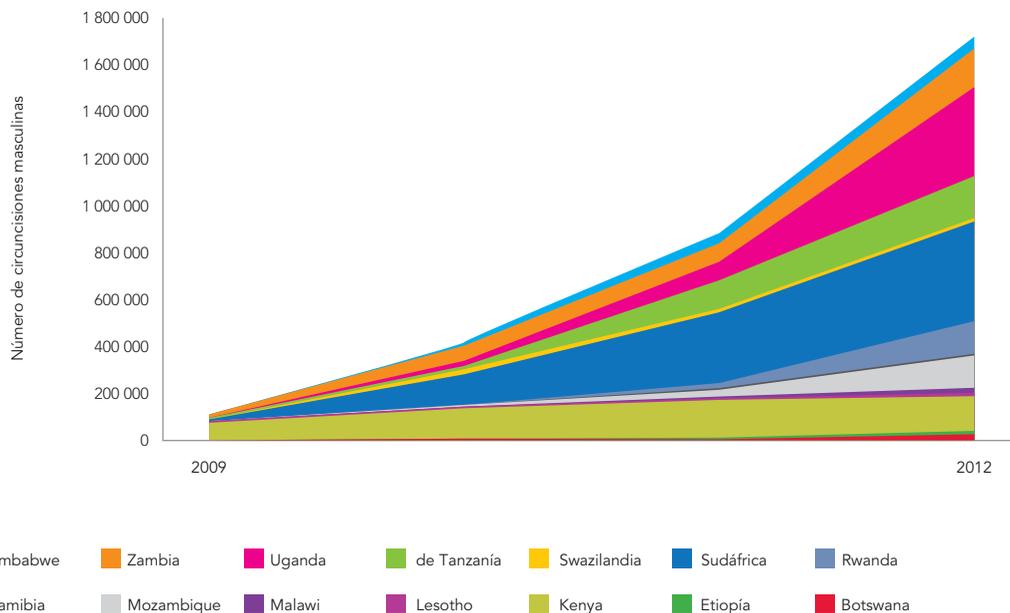
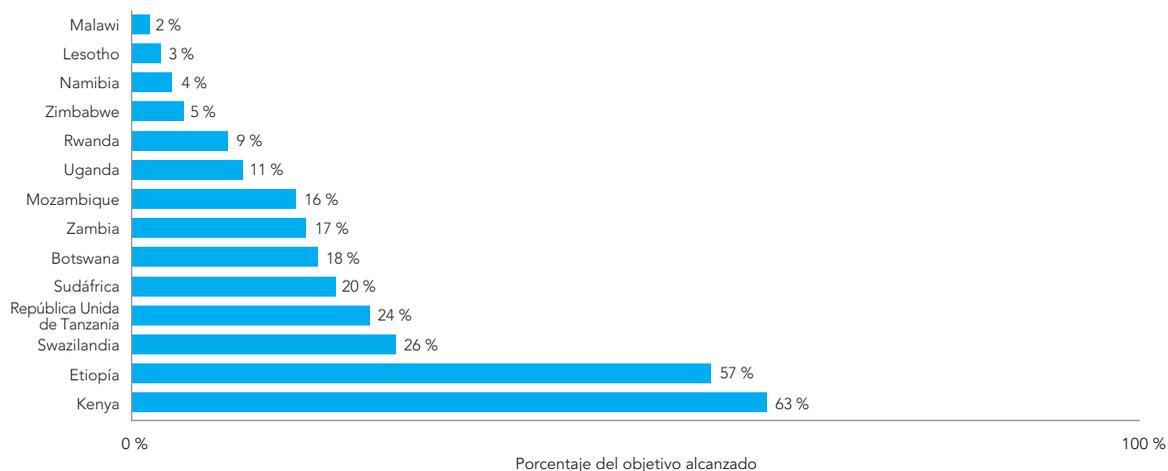


FIGURA 1.4
Circuncisión masculina médica y voluntaria: avance de los países hacia los objetivos de 2015, en diciembre de 2012



Fuentes: GARPR 2013; OMS (2012). Progreso en la ampliación de la circuncisión masculina médica y voluntaria para la prevención del VIH en África oriental y meridional, de enero a diciembre de 2012.

Notas:

1. La implementación de las circuncisiones masculinas médicas y voluntarias (CMMV) se realiza a ritmos diferentes en los países prioritarios.
2. A fines de diciembre de 2012, se informaron más de 3 millones de CMMV en estos países, equivalentes a haber logrado un 15 % del número estimado necesario para alcanzar la tasa de prevalencia general del 80 %.

El progreso fue más pronunciado en las provincias en las que se priorizó la ampliación de Etiopía (casi 57 % del objetivo de cobertura) y Kenya (63 %). En cinco países en los que la circuncisión masculina médica y voluntaria se estableció como prioridad (Lesotho, Malawi, Namibia, Rwanda y Zimbabwe), la cobertura para los adultos es menor al 10 %.

Doce países presentaron informes intermedios a nivel nacional que identificaron como prioridad la circuncisión masculina médica y voluntaria. Cinco países (Botswana, Malawi, Namibia, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe) señalaron que la baja aceptación de la circuncisión masculina representa un obstáculo para su respuesta nacional. En los informes intermedios, se identificaron varios impedimentos para acelerar la ampliación, que incluyen restricciones financieras (Namibia), desabastecimiento de artículos esenciales relacionados con la circuncisión (Uganda) y recursos humanos limitados (Zimbabwe). El informe intermedio de Swazilandia no menciona la circuncisión masculina médica y voluntaria, a pesar de haber identificado al país como una prioridad clave para la ampliación. Para seguir avanzando, Lesotho se comprometió a incrementar los recursos destinados a la circuncisión masculina médica para adultos y neonatos, Zimbabwe tiene como propósito brindar una mejor capacitación sobre la circuncisión al personal de enfermería, y Uganda se comprometió a intensificar la ampliación de la circuncisión en el sector sanitario formal y entre los sistemas de salud distritales.

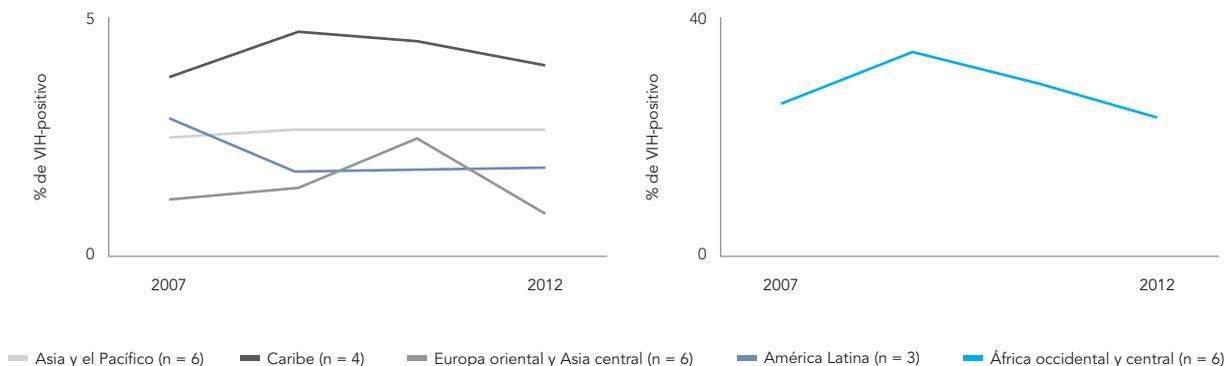
Existen pruebas de que los programas fueron mucho más exitosos en concientizar a los hombres menores de 25 años.²⁶ Dado que los hombres en África subsahariana tienen el mayor riesgo de contraer el VIH entre los 20 y 40 años, los hombres de estos grupos etarios constituyen la máxima prioridad para la ampliación. A pesar de que la circuncisión médica y voluntaria confiere un claro beneficio de prevención del VIH en hombres jóvenes y debería continuarse, esta tiene menos impacto inmediato en las nuevas infecciones por el VIH que la circuncisión en hombres que corren mayores riesgos. En un esfuerzo por acceder a los hombres de entre 25 y 29 años a quienes la circuncisión ofrecería mayores probabilidades de beneficios inmediatos en la prevención del VIH, se están llevando a cabo estudios para evaluar varias estrategias innovadoras con el fin de generar la demanda de la circuncisión.

En 2013, la OMS preseleccionó el primer dispositivo para circuncisión en adultos que puede usarse en lugares de bajos recursos. El dispositivo, PrePex, no requiere suturas ni anestésicos locales inyectables y puede ser colocado y retirado por proveedores de atención de salud capacitados de nivel intermedio, incluido el personal de enfermería. Se espera que el dispositivo acelere la ampliación al ofrecer a los hombres una alternativa y al paliar las demandas del número limitado de cirujanos disponibles en los países prioritarios.

PREVENCIÓN DEL VIH PARA LOS TRABAJADORES SEXUALES

La epidemia continúa provocando un efecto profundo en los trabajadores sexuales hombres, mujeres y transexuales. A nivel mundial, las trabajadoras sexuales tienen una probabilidad 13,5 veces mayor de vivir con el VIH que otras mujeres.²⁷ En algunos países de África occidental, se estimó que el trabajo sexual provocaría un porcentaje sustancial de nuevas infecciones (10 %-32 %); en Uganda, Swazilandia y Zambia, se cree que entre el 7 % y el 11 % de las nuevas infecciones se atribuyen a trabajadores sexuales, sus clientes y las parejas habituales de sus clientes.²⁸ La mediana de la prevalencia del VIH en los trabajadores sexuales varía en todo el mundo, de un 22 % en África oriental y meridional (ocho países) y un 17 % en África occidental y central (17 países) a menos del 5 % en otras regiones (véase la Figura 1.5). Por lo general, estas encuestas se realizan en ciudades capitales y no son representativas a nivel nacional, de modo que es posible que los resultados no se apliquen a toda la población. En un análisis separado de los datos disponibles, se detectó una prevalencia del VIH en las trabajadoras sexuales del 36,9 % en África subsahariana, del 10,9 % en Europa oriental y del 6,1% en América Latina.²⁹ La mediana de la prevalencia en los trabajadores sexuales hombres es de un 14 % según la información recopilada de la literatura publicada en 24 países desde 2006.

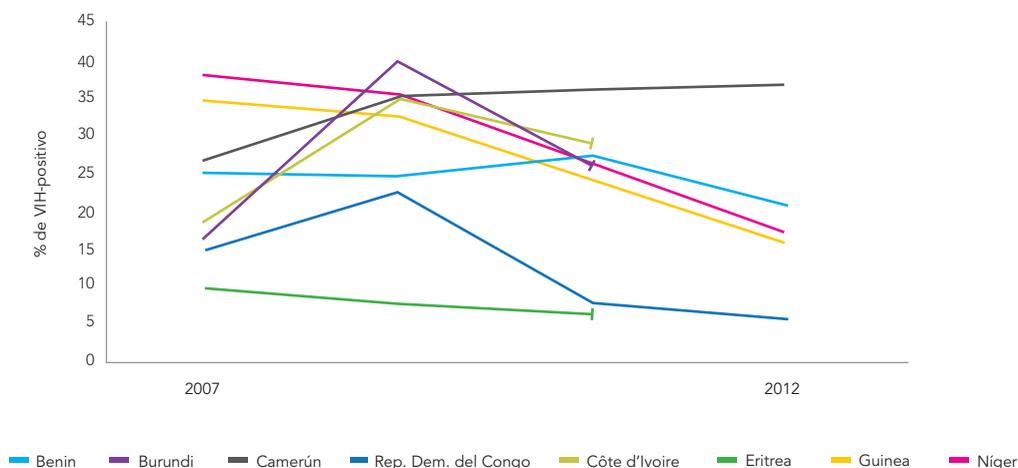
FIGURA 1.5
Mediana de la prevalencia del VIH en los trabajadores sexuales, por región, de 2007 a 2012*



Fuente: GARPR 2013.

*Puede resultar difícil obtener datos sobre los servicios de prevención y atención del VIH y su tratamiento para las poblaciones clave. La mayoría de los países se basan en encuestas comunitarias o basadas en centros para estimar la cobertura de los programas para estas poblaciones. La frecuencia de estas encuestas varía entre dos veces al año y cada tres o cuatro años. Este enfoque aporta datos valiosos para los programas locales pero no pueden extrapolarse fácilmente para proporcionar una perspectiva completamente precisa de una situación a nivel nacional. El ONUSIDA excluye los datos que provienen de muestras pequeñas (<100) (a menos que el país sea muy pequeño), otras muestras claramente sesgadas (por ejemplo, aceptación de pruebas del VIH de un lugar de asesoramiento y pruebas voluntarias [APV]) o datos recopilados hace más de tres años. Se incluyen datos en los que no se proporciona la información de referencia. Otras poblaciones clave están distribuidas en forma irregular en la mayoría de los países y pueden rehusarse a participar en las actividades ejecutadas por el gobierno, según el ámbito jurídico local. Esto hace que las encuestas de poblaciones clave se conviertan en un obstáculo.

FIGURA 1.6
Prevalencia del VIH en los trabajadores sexuales en África, países seleccionados, de 2007 a 2012*



Fuente: GARPR 2013.

*Véase la nota al pie de la Figura 1.5.

Entre los países que informaron datos en 2013, la mediana de la prevalencia del VIH en los trabajadores sexuales parece haber disminuido en los últimos años en lugares de África occidental y central. No obstante, resulta difícil formular conclusiones firmes sobre la base de los datos limitados de las encuestas disponibles, y la prevalencia del VIH en los trabajadores sexuales continúa siendo extremadamente alta en muchos países. En los datos informados por 62 países, la prevalencia varía de <1 % en 14 países a un 70 % (según una encuesta realizada a 323 trabajadoras sexuales) en Swazilandia. En otras regiones, donde la prevalencia del VIH en los trabajadores sexuales es considerablemente más baja, las tendencias parecen ser estables, a pesar de que no existen indicadores de una reducción en la prevalencia del VIH desde el 2007 en los trabajadores sexuales en el Caribe. En ocho países de África oriental y meridional, la mediana de la prevalencia del VIH en los trabajadores sexuales menores de 25 años es del 11 % (rango: <1 %, 64 %) y del 29 % (rango: <1 %, 74 %) en los trabajadores sexuales mayores de 25 años.

Los países informan que el uso del preservativo en la última relación sexual remunerada es alto y continúa en ascenso; 44 países informaron una mediana del uso del preservativo más elevado en 2012 que en 2009: un 85 % comparado con un 78 % (véase la Figura 1.7).

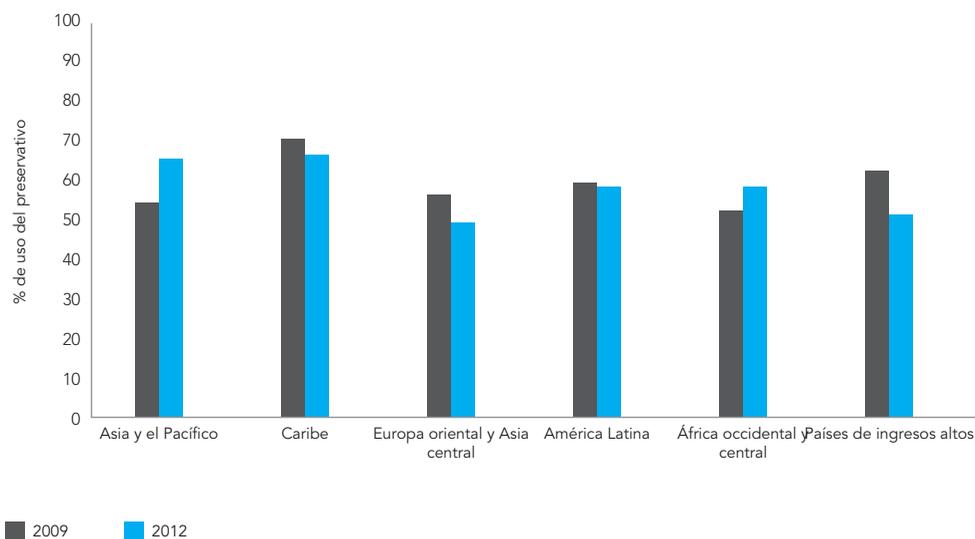
La financiación inadecuada de los programas de prevención del VIH en los trabajadores sexuales es un motivo crítico por el cual la cobertura de prevención del VIH permanece tan baja. A pesar del riesgo desproporcionado de contraer el VIH que tienen los trabajadores sexuales, los programas de prevención para trabajadores sexuales representan una pequeña parte de la financiación destinada a la prevención del VIH a nivel mundial.³⁰ En la mayoría de las regiones, los gobiernos nacionales han asignado relativamente pocos recursos nacionales a la prevención del VIH en los trabajadores sexuales, y son los donantes internacionales quienes financian la abrumadora mayoría de los esfuerzos de prevención del VIH en este grupo (véase la Figura 1.8). Excepciones notables a estos patrones mundiales son América Latina y África meridional, donde el gasto nacional de los servicios de prevención del VIH en trabajadores sexuales supera las contribuciones internacionales.

Para los trabajadores sexuales, así como para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y otras poblaciones marginadas con un riesgo elevado de contraer el VIH, los déficits en los programas se componen de desventajas sociales y legales que aumentan la vulnerabilidad e impiden que las personas obtengan los servicios que necesitan. Estos factores se abordan con más detenimiento en la sección 8.

PREVENCIÓN DE NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH EN HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES

En análisis recientes de los modos de transmisión, se detectó que las nuevas infecciones en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, junto con otras poblaciones clave, son componentes relevantes de la epidemia nacional en Kenya y Sudáfrica. Según los análisis de los modos de transmisión en América Latina, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres representan la fuente más grande de nuevas infecciones en la región, que varían de un 33 % en la República Dominicana a un 56 % en Perú. La mediana de la prevalencia del VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres supera el 1 % en todas las regiones del mundo y es sistemáticamente mayor que la prevalencia en los hombres en general. En 2012, según los informes GARPR a nivel nacional, la mediana de la prevalencia del VIH más elevada en esta población se informó en África occidental y central (19 %) y en África oriental y meridional (15 %), con niveles un poco más bajos aunque elevados de infección por el VIH informados en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en América Latina (12 %), Asia y el Pacífico (11 %), Europa occidental y central y América del Norte (8 %) y el Caribe (7 %). Esta información es, en términos generales, coherente con un análisis mundial de estudios epidemiológicos disponibles realizado en 2012, en el que se halló que la prevalencia del VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en las Américas, Asia meridional y sudoriental y África subsahariana oscilaba entre el 14 % y el 18 %.³¹ Como en el caso de los trabajadores sexuales, las encuestas epidemiológicas sobre estos hombres son limitadas y no son representativas a nivel nacional. Las tendencias epidemiológicas en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres varían según la región.

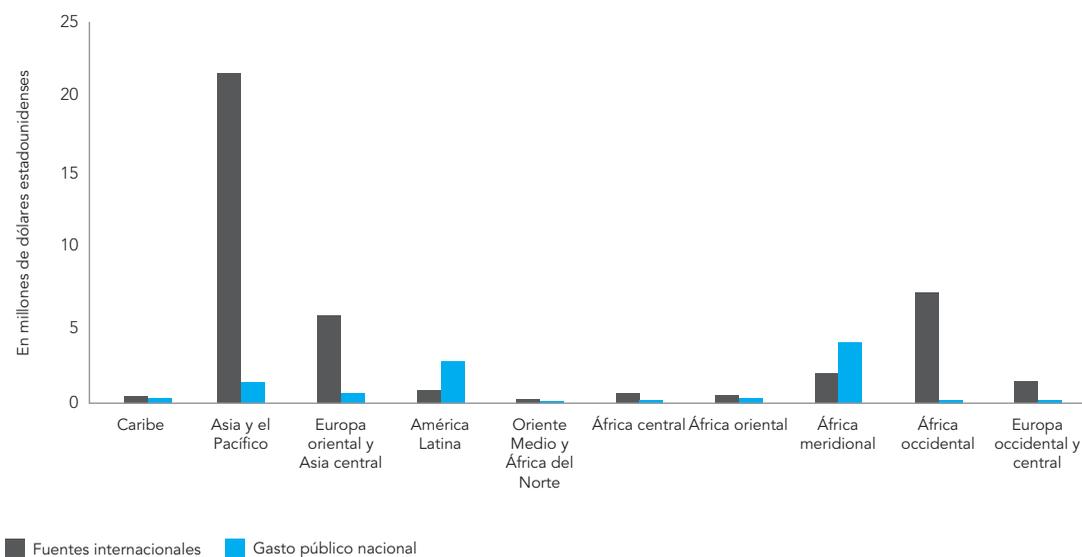
FIGURA 1.7
Uso informado de preservativo en la última relación sexual remunerada, por región, de 2009 a 2012*



Fuente: GARPR 2013.

*Véase la nota al pie de la Figura 1.5.

FIGURA 1.8
Gasto internacional y gasto público nacional en programas para trabajadores sexuales en países de ingresos bajos y medios, por región, últimos datos disponibles en 2013



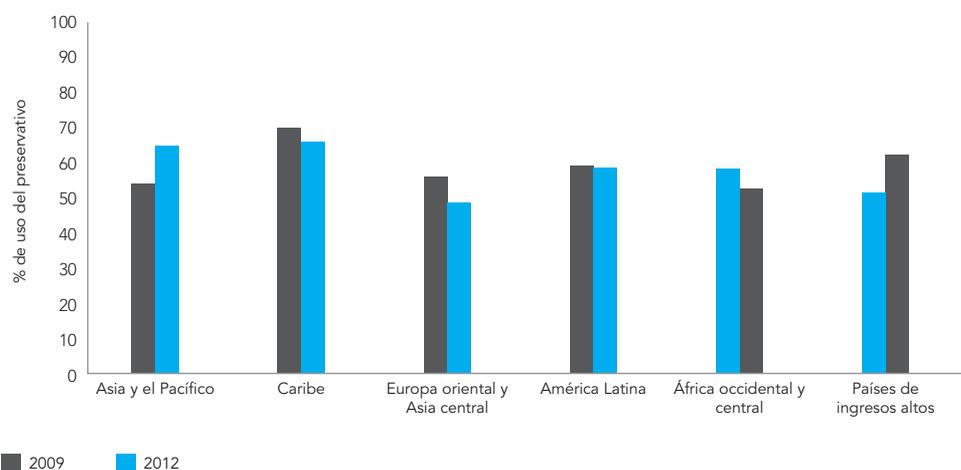
Fuente: GARPR 2013.

A nivel mundial, la prevalencia en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres parece haberse incrementado levemente y, en los últimos años, estuvo en niveles muy elevados. En 2012, la prevalencia del VIH informada en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres osciló de <1 % en siete países a un 57 % en Guinea (encuesta realizada a 242 hombres) (véase la Figura 1.9). Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres a menudo se infectan cuando son muy jóvenes, con una mediana de la prevalencia del VIH del 5,4 % en los menores de 25 años, de acuerdo con estudios realizados principalmente en países con epidemias concentradas. La mediana de la prevalencia aumenta a más del 15 % en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de 25 años o más en los 20 países que informaron datos desglosados por edad para esta población clave.

De acuerdo con las encuestas, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres a menudo tienen un acceso extremadamente limitado a los preservativos, los lubricantes a base de agua, la educación sobre el VIH y el apoyo para la reducción de riesgos sexuales.³² Los métodos de prevención del VIH basados en el tratamiento antirretroviral, que incluyen el tratamiento contra el VIH centrado en la prevención y la profilaxis antirretroviral previa a la exposición, son prometedores para mejorar los esfuerzos de prevención para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres,³³ a pesar de que aún deben evaluarse los efectos secundarios menores y los posibles efectos a largo plazo. El temor a la desaprobación y discriminación de los proveedores de atención de salud también podría disuadir a muchos hombres que tienen relaciones sexuales con hombres del acceso a los servicios de salud tradicionales.³⁴ El incremento del acceso de este grupo de hombres a las pruebas del VIH y al asesoramiento sobre el virus conforme a su cultura, y al tratamiento antirretroviral es una prioridad de salud urgente a nivel mundial.

El porcentaje de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y que pueden acceder a programas de prevención del VIH, informado por 20 países en 2009 y 2012, fue relativamente estable con una media del 52 % y el 54 %, respectivamente. La mediana de la cobertura aumentó considerablemente en Asia y el Pacífico y en Europa oriental y Asia central (34 % frente a 56 % y 43 % frente a 64 %, respectivamente). En América Latina, la mediana del 51 % no se modificó. Tampoco cambió, en el mismo período de tiempo, la mediana del uso del preservativo en la última relación sexual anal, que era del 57 %, según lo informado por 43 países (véase la Figura 1.10). Con solo 20 países que informaron datos sobre la cobertura de la prevención del VIH para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, es

FIGURA 1.9
Mediana de la prevalencia del uso del preservativo informado en el último coito anal en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, por región, de 2009 a 2012*



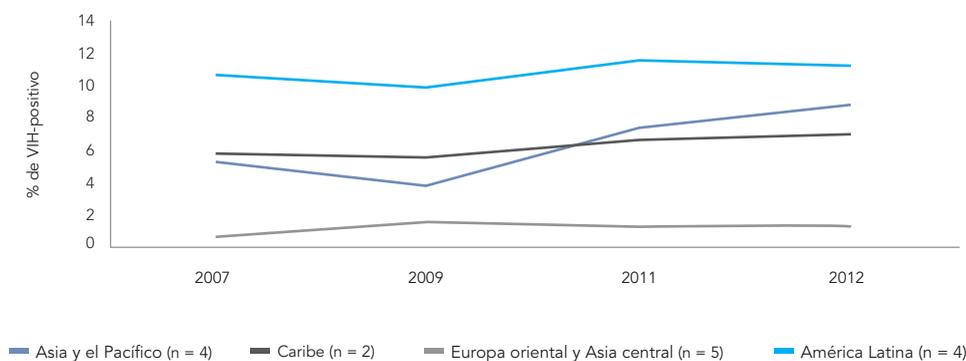
Fuente: GARPR 2013.

*Véase la nota al pie de la Figura 1.5. Países informantes: 43

posible que las cifras informadas no sean indicadoras de la cobertura mundial. La información limitada provista por los países a través de los informes GARPR genera estimaciones sobre la cobertura de la prevención del VIH para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que son considerablemente más altas que otras estimaciones, con una revisión internacional que concluye que menos de uno de cada diez hombres que tienen relaciones sexuales con hombres recibe un paquete básico de intervenciones para la prevención del VIH.³⁵ Los informes GARPR tal vez sobreestimen el alcance de los programas, dado que los países que no asumieron compromisos relacionados con la prevención del VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres no presentan informes.

La insuficiencia de recursos obstaculiza los esfuerzos para que los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres accedan a servicios esenciales de prevención del VIH. La financiación internacional supera ampliamente el gasto a nivel nacional

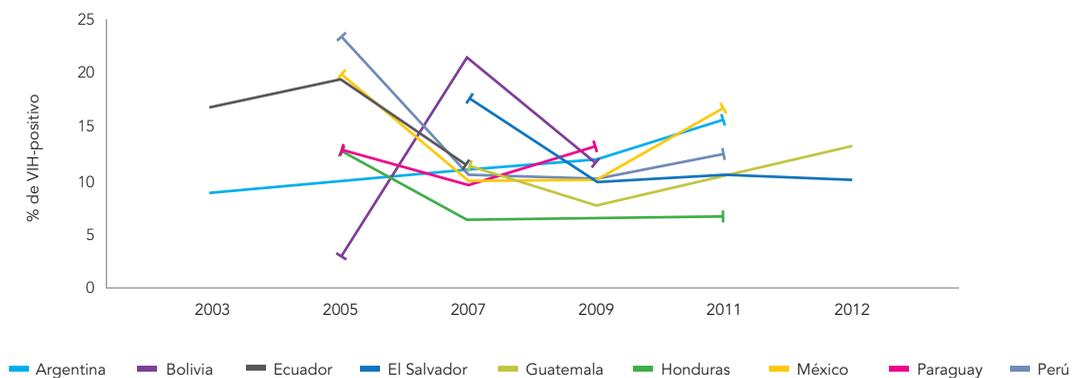
FIGURA 1.10
Mediana de la prevalencia del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, por región, de 2007 a 2012*



Fuente: GARPR 2013

*Véase la nota al pie de la Figura 1.5.

FIGURA 1.11
Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que viven con el VIH en países seleccionados de América Latina, de 2003 a 2012*

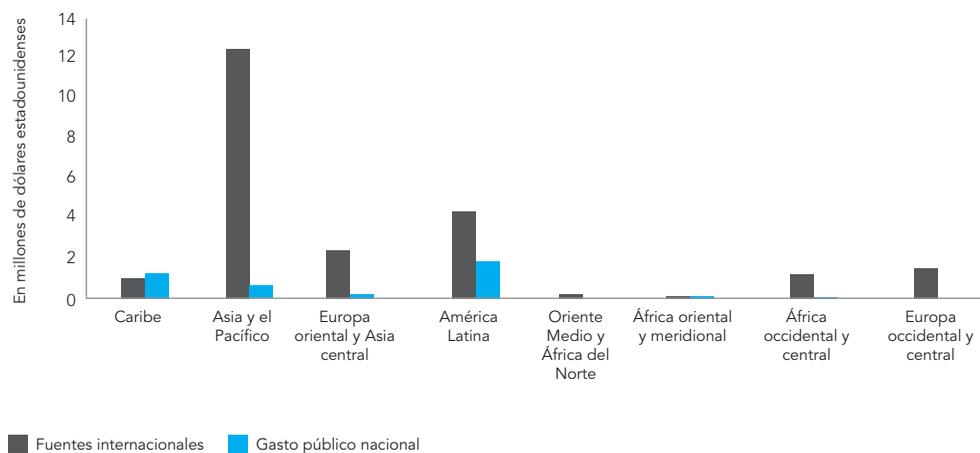


Fuente: GARPR 2013

*Véase la nota al pie de la Figura 1.5.

FIGURA 1.12

Gasto internacional y gasto público nacional en programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en países de ingresos bajos y medios, por región, últimos datos disponibles (de 2007 a 2012)



Fuente: GARPR 2013

destinado a los servicios de prevención para esta población de hombres en el mundo, incluidas todas las regiones excepto el Caribe. Este tipo de financiamiento es especialmente limitado en Asia oriental, Oriente Medio y África del Norte, y en toda África subsahariana (véase la Figura 1.12).

Los efectos de la financiación limitada abarcan una variedad de dificultades adicionales, que incluyen los efectos disuasivos de la homofobia en la capacidad o voluntad de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de solicitar servicios esenciales relacionados con el VIH. Las leyes coercitivas respecto de las relaciones homosexuales, tema que se aborda con mayor profundidad en la sección 8, también generan un clima de temor e intolerancia incongruente con una respuesta basada en los derechos y la evidencia.

HACIA 2015

Se requieren compromiso político y acciones estratégicas para reducir el número de adultos que contraen el VIH por vía sexual. El mundo no está bien orientado para reducir la transmisión sexual en un 50 % para el año 2015 y esto es especialmente válido en varios países con alta prevalencia. Es necesario revivir el impulso. En especial, los elementos clave del programa de prevención del VIH, que incluyen enfoques socioconductuales (con incentivos financieros, cuando corresponde), la promoción del uso de preservativos y lubricantes, la circuncisión masculina y los programas de prevención del VIH centrados en poblaciones clave, como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los trabajadores sexuales, deben ampliarse y combinarse de forma estratégica para potenciar el impacto de la financiación limitada. Para maximizar el número de nuevas infecciones que se evitan, es necesario combinar la ampliación de estos elementos clave de los programas de prevención del VIH con una implementación continua del tratamiento contra el VIH.

Parece haber un sólido compromiso sobre el que se puede construir. Los 109 países que informan resultados de revisiones intermedias identificaron la reducción de la

transmisión sexual como una prioridad nacional, con el objetivo integrado a todos los planes estratégicos relacionados con el VIH a nivel nacional.

Los programas socioconductuales deben coordinarse mejor y enfocarse más estratégicamente. Es necesario intensificar los esfuerzos para asegurar que los programas socioconductuales se fundamenten en pruebas, se evalúen rigurosamente y sean sensibles a las cuestiones de género y de la juventud, y aborden los factores impulsores de la epidemia, incluida la concurrencia en las parejas sexuales. Las zonas de alta transmisión tienen una distribución heterogénea en los países, tanto si la transmisión sexual se da principalmente entre parejas heterosexuales, parejas no comerciales, trabajadores sexuales y sus clientes o entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Las respuestas nacionales deben considerar la distribución de la infección por el VIH para concentrar los recursos en zonas geográficas y de poblaciones donde son más altos los riesgos de transmisión. En epidemias concentradas, también es importante reconocer la ausencia de datos y estructurar la respuesta nacional para permitir que se descubran otras zonas de alta transmisión aún no reconocidas. Los abordajes de empoderamiento estructural y financiero deben ampliarse con urgencia y vincularse de forma sinérgica con otros esfuerzos de prevención del VIH.

Todas las partes interesadas clave, entre ellas los donantes internacionales y los ministerios de salud, deben trabajar para expandir el acceso a los preservativos masculinos y femeninos y a los lubricantes, y para incrementar su uso. Las medidas para asegurar la coherencia y confiabilidad de los suministros de preservativos y lubricantes son esenciales. Se deben concentrar esfuerzos específicos para garantizar la seguridad del preservativo en los jóvenes y las poblaciones clave, y debe aprovecharse lo aprendido sobre la comercialización en otros ámbitos para aumentar el alcance y la eficacia de la programación sobre preservativos.

Los países prioritarios en los que la ampliación de la circuncisión masculina médica y voluntaria ha sido lenta deben tomar medidas inmediatas para promover y ofrecer este método esencial de prevención del VIH sobre la base de las lecciones aprendidas de los entornos donde se ejecutó una ampliación rápida. En general, en los países prioritarios, se requieren mayores esfuerzos para llegar a los hombres entre los 20 y 40 años, que actualmente tienen menos probabilidades de solicitar servicios de circuncisión que los hombres más jóvenes.

Los países necesitan traducir el reconocimiento de las necesidades de prevención del VIH de los trabajadores sexuales y sus clientes y parejas en programas ampliados basados en la evidencia y los derechos. Según la revisión intermedia de Malawi, los trabajadores sexuales tienen una alta prevalencia del VIH, pero el enfoque nacional de prevención enumera ocho categorías de poblaciones clave para la prevención del VIH, entre ellas, los conductores de camiones, los docentes y los hombres vendedores ambulantes, pero no se incluye a las personas que se inyectan drogas. Los programas de prevención para las personas que se inyectan drogas deben tener en cuenta que, en algunos países, muchas de estas personas también son trabajadores sexuales.

Los compromisos a nivel nacional para responder a la epidemia del VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres quedan rezagados con respecto a los de otras poblaciones clave. En los lugares en los que se dispone de datos, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres generalmente comparten una carga desproporcionada de la infección por el VIH. En muchos países, no existen datos sobre la prevalencia del VIH en este grupo. Los países deben realizar esfuerzos más concertados para medir el alcance de la epidemia en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y, a la vez, desarrollar servicios integrales que eliminen las barreras al acceso. El estigma, la discriminación y los entornos jurídicos opresivos en muchos lugares evitan que los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres soliciten las pruebas del VIH y servicios de prevención, atención y tratamiento apropiados y de buena calidad. Los programas nacionales deben esforzarse por eliminar

los obstáculos jurídicos respecto de la homosexualidad, aumentar la sensibilidad a las necesidades de salud de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mejorar el acceso a los servicios de salud y desarrollar programas para intensificar los comportamientos relacionados con la prevención del VIH en esta población, a través de un acceso mejorado a los preservativos y lubricantes y de la creación de un norma cultural de prácticas sexuales más seguras. Los programas también deben considerar el uso de servicios de atención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) destinados a los hombres como una vía de acceso para mejorar la prevención y el tratamiento contra el VIH y su atención en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

De forma simultánea, los países deben aprovechar el potencial del tratamiento antirretroviral para la prevención del VIH mediante la aceleración de la ampliación del tratamiento contra el VIH y tomar medidas para implementar las guías relacionadas con el tratamiento antirretroviral emitidas por la OMS en 2013 (analizadas en la sección 4).

Se debe destinar gran parte de los recursos a los facilitadores críticos y las sinergias de desarrollo que reduzcan la vulnerabilidad y aumenten la eficacia, la eficiencia y el alcance de los esfuerzos de prevención del VIH. Dichos enfoques deben incluir reformas legales, la reducción del estigma, servicios jurídicos, conocimientos básicos sobre derechos, la sensibilización de la policía y la capacitación de los trabajadores de atención de salud. Entre las numerosas poblaciones que podrían beneficiarse con el financiamiento de los facilitadores críticos y las sinergias de desarrollo, son sumamente importantes los trabajadores sexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y otros grupos marginados con alto riesgo de contraer el VIH.

Ampliación rápida de la circuncisión masculina médica y voluntaria en la República Unida de Tanzania

Un sólido compromiso político, un enfoque estratégico de los servicios, estrategias de comercialización innovadoras y la implementación de estrategias de recursos humanos recomendadas fueron un beneficio para la República Unida de Tanzania, que registró un rápido avance en su esfuerzo por ofrecer la circuncisión masculina médica y voluntaria a, por lo menos, el 80 % de los hombres adultos no circuncidados previamente. Al circuncidar a 1,4 millones de hombres, se prevé que la República Unida de Tanzania podría evitar 200 000 nuevas infecciones por el VIH para 2025.

La campaña de circuncisión en este país prioriza la ampliación en las regiones de Iringa y Njombe, donde la prevalencia del VIH (estimada en un 16 %) es tres veces mayor que el promedio nacional. Solo uno de cada tres hombres ha sido circuncidado en estas regiones. Se utilizaron sistemas de información geográfica y otros métodos para rastrear la aceptación de los servicios e identificar las áreas en las que la ampliación está rezagada, lo que permite a los implementadores del programa reasignar recursos humanos y financieros según sea necesario.

La República Unida de Tanzania ha tenido un éxito enorme al organizar campañas de tiempo limitado que proveen servicios de circuncisión a un gran número de hombres. Durante una campaña de seis semanas en Iringa en 2010, se realizaron más de 10 000 circuncisiones, cifra que superó el objetivo de la campaña en un 72 %.³⁶

La ampliación de la circuncisión masculina médica y voluntaria se ve favorecida por la implementación de la rotación de tareas en los centros de servicios, por lo que se reduce la demanda sufrida por el número limitado de cirujanos. Según la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el personal de enfermería representa el 70 % de los 200 proveedores de atención de salud que trabajan en la ampliación de la circuncisión.

Los resultados alcanzados en años recientes han sido notables y demuestran la viabilidad de una rápida ampliación. A medida que se aceleró la ampliación de los programas, el número anual de hombres circuncidados en la República Unida de Tanzania aumentó de 1033 en 2009 a 183 480 en 2012.

2. REDUCIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

Los datos recientes sugieren un pequeño cambio en la carga del VIH en las personas que se inyectan drogas. La incidencia del VIH en esta población permanece alta y, en algunos países, las personas que se inyectan drogas representan más del 40 % de las nuevas infecciones.

La relevancia del uso de drogas inyectables como favorecedor de epidemias nacionales del VIH varía según el país. En parte, este es el resultado de diferencias considerables en la prevalencia del uso de drogas inyectables en el mundo. Según las estimaciones de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la prevalencia regional del uso de drogas inyectables oscila desde menos del 0,2 % de los adultos en África subsahariana hasta aproximadamente el 1,3 % de los adultos en Europa oriental y Asia central. A escala mundial, al menos 158 países informaron uso de drogas inyectables y 120 países documentaron el VIH en las personas que se inyectan drogas.¹ Según los análisis recientes de los modos de transmisión, las personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales representaban el 68 % de las nuevas infecciones por el VIH en Irán (rango de incertidumbre = 57 %-78 %), el 40 % en los países de Europa oriental donde se llevaron a cabo dichos estudios y el 36 % en las Filipinas.²

En varias partes del mundo donde las personas que se inyectan drogas encarnan componentes considerables de epidemias nacionales, los países aún deben demostrar una respuesta sólida a este desafío para la salud pública. Estos países no solo carecen de un fuerte compromiso político y programático para reducir la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas, sino que, además, carecen de datos relevantes. De los cuatro países principales que representan aproximadamente el 45 % de la población mundial que usa drogas inyectables,³ solo China y Brasil presentaron informes este año. Sin datos de Rusia y los Estados Unidos de América, se torna difícil formular declaraciones precisas sobre estas personas a nivel mundial. Si en el mundo se prevé lograr el objetivo de reducir el número de nuevas infecciones por el VIH entre las personas que se inyectan drogas en un 50 %, se necesitarán esfuerzos considerablemente mayores para implementar estrategias basadas en la evidencia y marcos normativos sólidos.

EL IMPACTO DURADERO DE LA EPIDEMIA EN LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS

Si bien las personas que se inyectan drogas constituyen entre un 0,2 % y un 0,5 % de la población mundial, conforman aproximadamente entre un 5 % y un 10 % de todas las personas que viven con el VIH.^{4,5} Todas las regiones informan una alta prevalencia del VIH en esta población, aunque los niveles de gravedad varían. La prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas osciló del 5 % en Europa oriental al 28 % en Asia.

La vigilancia de la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas presenta un desafío. Los informes de los países sobre los datos de prevalencia en esta población suelen cambiar año a año, y probablemente se fundamenten en encuestas que utilizan

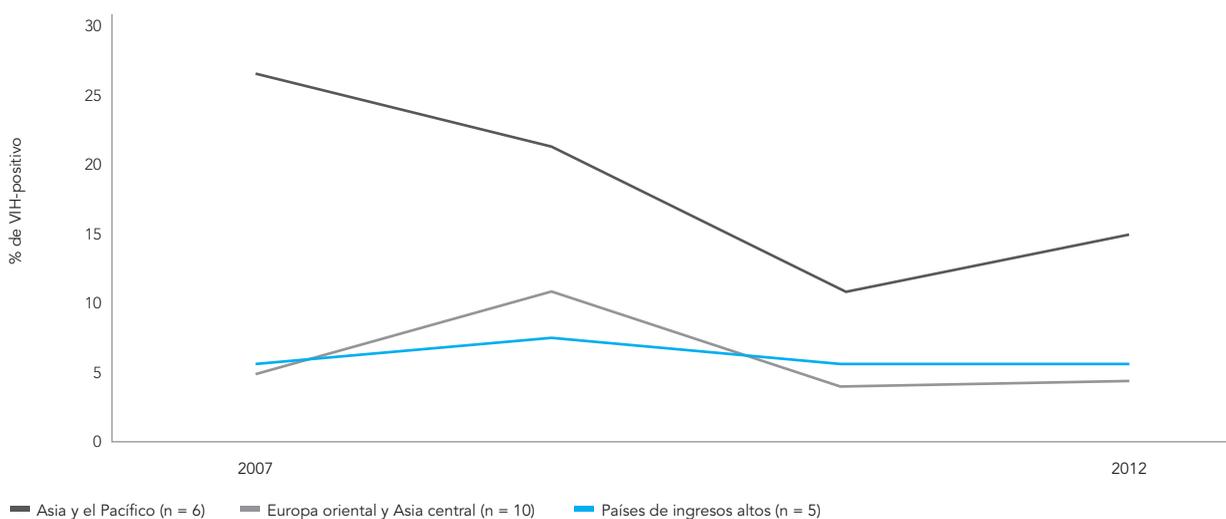
diferentes metodologías. Además, puede resultar difícil realizar una extrapolación a partir de estudios específicos de cada lugar para estimar la prevalencia nacional en las personas que se inyectan drogas.

En 2012, 51 países informaron datos de prevalencia del VIH de personas que se inyectan drogas, aunque, a menudo, los datos se obtienen de encuestas locales que no son representativas a nivel nacional. Si se consideran los problemas metodológicos, parece haber un pequeño cambio a nivel regional en la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas, aunque la tendencia reciente en Asia y el Pacífico es preocupante (véase la Figura 2.1).

En los países que presentaron informes de manera constante desde 2009, la prevalencia del VIH ha disminuido. Por ejemplo, en Europa oriental y Asia central (donde la transmisión del VIH relacionada con el uso de drogas inyectables está derivando en muchas epidemias nacionales), la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas parece haber disminuido a más de la mitad en Ucrania entre 2007 y 2012, aunque probablemente se deba a los cambios en los métodos de las encuestas. Los informes de casos de VIH en las personas que se inyectan drogas en Ucrania mostraron datos que se mantuvieron relativamente estables: entre 6500 y 7000 por año en el mismo período.⁶ La prevalencia del VIH en esta población parece haber permanecido estable en otros países de Europa oriental y Asia central (véase la Figura 2.2). La mediana de la prevalencia del VIH fue del 3 % en los jóvenes (<25 años) que se inyectan drogas, del 6 % en las personas mayores que se inyectan drogas; en Asia, la prevalencia del VIH fue del 9 % en los jóvenes y del 19 % en las personas mayores.

En Asia, las pruebas disponibles también sugieren que la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas ha disminuido desde 2005-2007 en varios países, incluidos Myanmar, Nepal y Viet Nam. En Malasia, las Filipinas y Tailandia, se informó un aumento de la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas, mientras que en otros países asiáticos parece haber permanecido estable.

FIGURA 2.1
Mediana de la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas, por región, de 2007 a 2012*

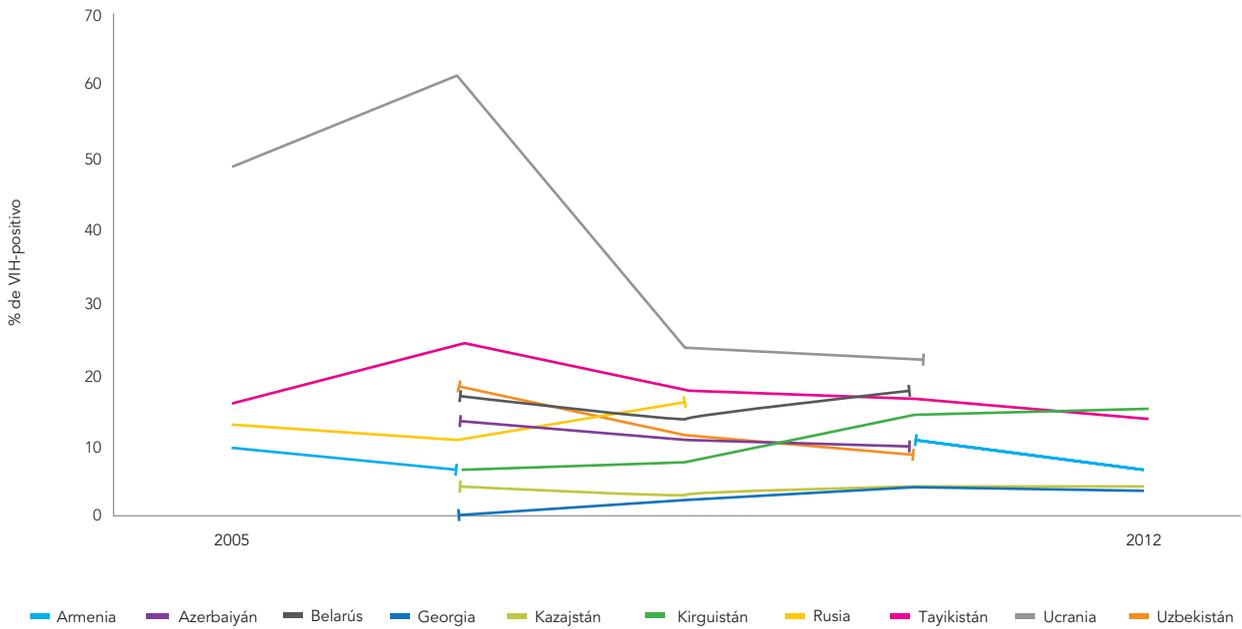


Fuente: GARPR 2013.

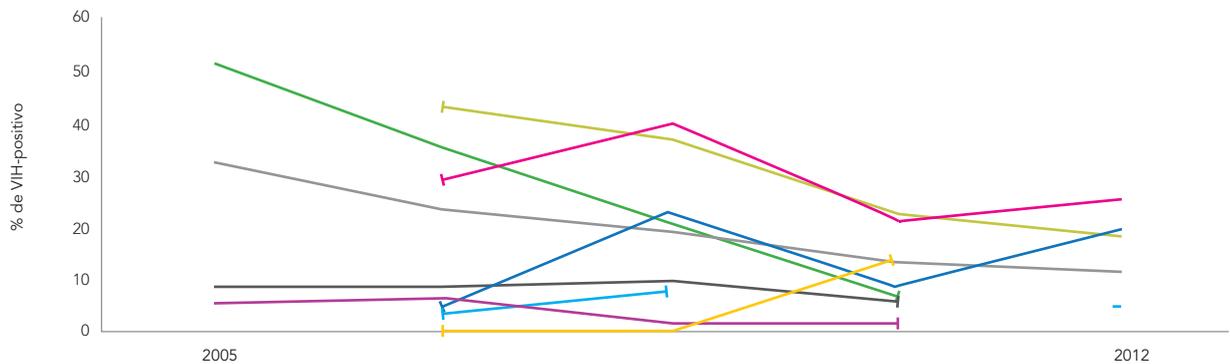
*Véase la nota al pie de la Figura 1.5.

FIGURA 2.2

Mediana de la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas en Europa oriental, Asia central, Asia oriental y Asia sudoriental, países seleccionados, de 2005 a 2012*



— Armenia — Azerbaiyán — Belarús — Georgia — Kazajstán — Kirguistán — Rusia — Tayikistán — Ucrania — Uzbekistán



— Afganistán — Bangladesh — China — Malasia — Myanmar — Nepal — Filipinas — Tailandia — Viet Nam

Fuente: GARPR 2013.

*Véase la nota al pie de la Figura 1.5.

ESTADO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DEL VIH PARA LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS

Se recomienda un paquete de servicios de prevención, atención y tratamiento contra el VIH para la prevención de nuevas infecciones por el VIH en las personas que se inyectan drogas.⁷ Entre los servicios recomendados, se incluyen el acceso a asesoramiento y pruebas del VIH, material de inyección estéril (a través de programas de distribución de agujas y jeringas), terapia de sustitución de opiáceos, tratamiento antirretroviral y otros servicios sanitarios y sociales. Las personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales también necesitan asesoramiento, educación, intervenciones orientadas al comportamiento y acceso a preservativos para evitar la transmisión sexual.

La cobertura de servicios de prevención del VIH para las personas que se inyectan drogas es bastante deficiente. Solo en los países de ingresos altos, el número anual de jeringas distribuidas por persona que se inyecta drogas se acerca a las 200 recomendadas a nivel mundial. De los 32 países de ingresos bajos y medios que informaron la distribución de agujas en 2011 y 2012, solo dos países con una epidemia significativa en esta población, Bangladesh y Malasia, informaron la distribución de más de 200 jeringas por persona por año (véase la Figura 2.3). En general, los países de Asia informaron una mayor distribución de agujas en comparación con otras regiones, mientras que países de Oriente Medio y África del Norte ampliaron la distribución de agujas por persona que se inyecta drogas, e incluso informaron mejoras en Afganistán, Irán y Marruecos. En función de los datos disponibles, no se observa un aumento significativo en la cobertura general de los programas de distribución de agujas y jeringas entre 2011 y 2012.

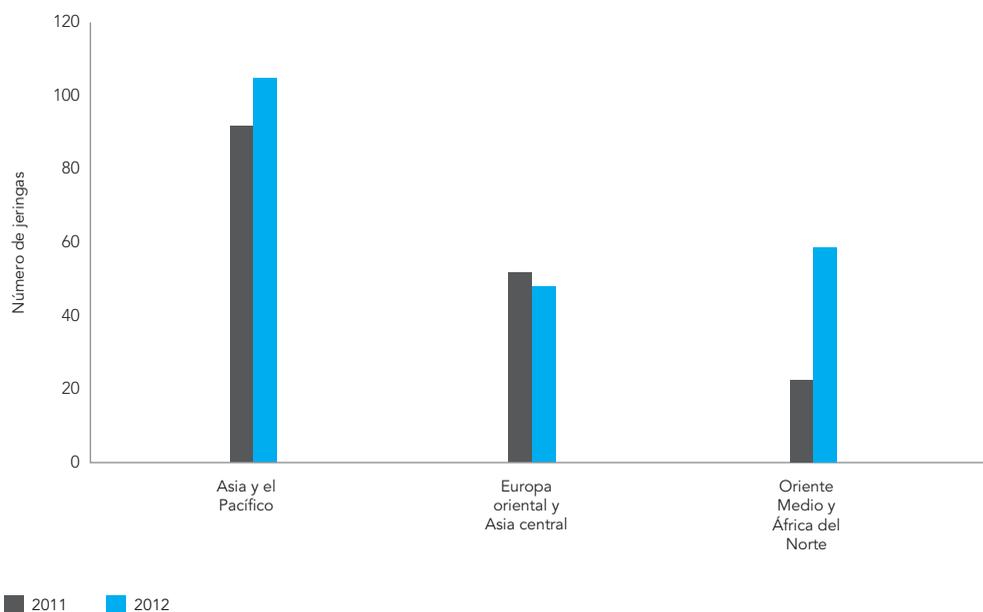
Treinta y cinco países (entre ellos, 11 de Asia y 15 de Europa oriental y Asia central) presentaron datos sobre terapia de sustitución de opiáceos, en los cuales se especificaba que más de 400 000 personas recibían metadona. En 20 países que proporcionaron estimaciones de la cobertura de la terapia de sustitución de opiáceos, esta osciló desde menos del 1 % de usuarios de opiáceos en varios países hasta el 26 % en Malasia, y todos los demás países, excepto cuatro, informaron una cobertura inferior hasta el 10 %.

A pesar de que la cobertura programática continúa siendo baja, las encuestas indican un aumento en la cantidad de personas que se inyectan drogas que informaron haber usado material estéril la última vez que se inyectaron. Es posible que las personas que se inyectan drogas tengan acceso a agujas y jeringas limpias mediante otros canales que no sean los programas de distribución de agujas y jeringas. A excepción de América Latina y Asia y el Pacífico, los datos obtenidos de las encuestas indican que, al menos, el 70 % de las personas que se inyectan drogas usaron material estéril la última vez que usaron drogas inyectables. En 2012, de los 40 países que presentaron informes, 23 señalaron haber alcanzado el objetivo global del 80 % para el uso de material de inyección estéril.

En todas las regiones, la mediana de la proporción de personas que se inyectan drogas que informaron haber usado preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales fue inferior al 50 %. Para reducir la transmisión sexual entre las personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales, deberán lograrse resultados mucho más satisfactorios con las estrategias eficaces de reducción de riesgos sexuales ofrecidas a las personas que se inyectan drogas.

FIGURA 2.3

Cantidad de jeringas distribuidas a través de programas de distribución de agujas y jeringas, por persona que se inyecta drogas por año, por región, de 2011 a 2012*



Fuente: GARPR 2013.

*Véase la nota al pie de la Figura 1.5.

PROBLEMAS DE RECURSOS QUE ENFRENTA UNA RESPUESTA AL VIH EFICAZ PARA LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS

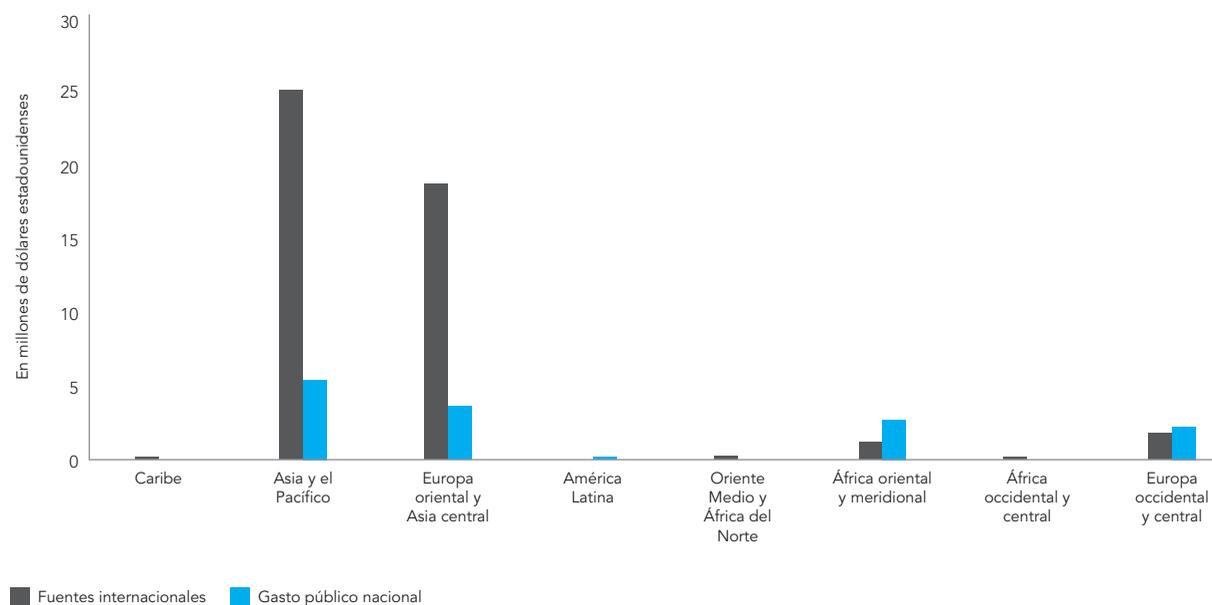
Dada la gravedad del problema, los programas de prevención del VIH para las personas que se inyectan drogas tienen muy pocos recursos. Solo dos regiones (Europa oriental y Asia meridional y sudoriental) tienen financiación a gran escala destinada a servicios de reducción del daño. En estas regiones, así como a nivel mundial, los donantes internacionales representan la inmensa mayoría de los proveedores de fondos para los servicios de reducción del daño (véase la Figura 2.4).

El grado de financiación nacional para los servicios de reducción del daño está estrechamente relacionado con el nivel de ingresos nacionales. Mientras que la financiación nacional representa un 10 % de los fondos destinados a la reducción del daño en los países de ingresos bajos, las fuentes nacionales financian, respectivamente, el 18 % y el 36 % de los servicios de reducción del daño en los países de ingresos medios bajos e ingresos medios altos.

Varios países han asignado una participación significativa del gasto nacional relacionado con el VIH a los servicios de reducción del daño. Los programas para personas que se inyectan drogas representan el 31 % del gasto relacionado con el VIH en Macedonia, el 23 % en Pakistán, el 18 % en Georgia y el 16 % en Bangladesh.

FIGURA 2.4

Gasto público internacional y nacional en programas de reducción del daño para las personas que se inyectan drogas en países de ingresos bajos y medios, por región, últimos datos disponibles (de 2007 a 2012)



Fuente: GARPR 2013.

No obstante, la financiación es insuficiente en varios países en los que la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas es alta. Diez países en los que la prevalencia del VIH en esta población supera el 10 % asignan menos del 5 % del gasto relacionado con el VIH a los programas de reducción del daño.

MIRAR HACIA EL FUTURO

De los 109 países que informaron resultados de revisiones intermedias, 45 identificaron la prevención del VIH en las personas que se inyectan drogas como una prioridad nacional, y todos los países, excepto uno, reconocieron este objetivo en sus planes estratégicos nacionales. La mayoría (27, o el 60 %) de estos 45 países informan que se encuentran en proceso de reducir las nuevas infecciones en las personas que se inyectan drogas en un 50 % para el año 2015, una conclusión que no parece estar respaldada por los datos disponibles sobre los indicadores relacionados con la prevalencia y la prevención del VIH.

Los países que llevaron a cabo revisiones intermedias informaron numerosos impedimentos para la prevención eficaz del VIH en las personas que se inyectan drogas. Incluso en los países donde la epidemia nacional del VIH está densamente concentrada en este grupo de personas, con frecuencia, no se dispone de estimaciones confiables respecto del tamaño de esta población.

La aceptación voluntaria de pruebas del VIH y asesoramiento sobre el virus por parte de las personas que se inyectan drogas es extremadamente baja, y la penalización, el estigma y la discriminación disuaden a estas personas de solicitar servicios.

Es probable que la financiación de servicios para abordar las necesidades relacionadas con el VIH de las personas que se inyectan drogas plantee una dificultad particular. Varios países, como Armenia, actualmente reciben financiación mediante subsidios para servicios de reducción del daño del Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, pero dicho apoyo finalizará en 2015. Debido a que muchos países con epidemias favorecidas por el uso de drogas inyectables son países de ingresos medios, probablemente habrá bastantes limitaciones para conseguir otras fuentes de financiación internacional para programas relacionados con el VIH. Es fundamental que los países reconozcan la importancia de estos programas para la salud pública y obtengan nuevos fondos.

Resulta esencial que los países se apropien de la respuesta al VIH para las personas que se inyectan drogas. Actualmente, muchos países aún tienen que corregir la diferencia entre las respuestas actuales y el objetivo acordado de reducir las nuevas infecciones en las personas que se inyectan drogas en un 50 % para el año 2015. En Asia central, por ejemplo, siete de cada ocho países informan que se encuentran en "proceso de alcanzar" el objetivo del 50 %, aunque los draconianos obstáculos políticos y legislativos y la baja cobertura de servicios impiden una prevención significativa del VIH en muchas personas que se inyectan drogas en numerosos países de la región.

Si bien cabe destacar la acción de los países que han lanzado programas de distribución de agujas y jeringas, terapia de sustitución de opiáceos y otros componentes de reducción del daño, actualmente se necesita ampliar la prestación de estos servicios de forma urgente. En Azerbaiyán, solo 68 personas reciben terapia de sustitución de opiáceos. En Georgia y Kazajstán, las cifras son 650 y 207 personas, respectivamente; una pequeña fracción en cada país sobre el número de personas que necesitan el servicio.

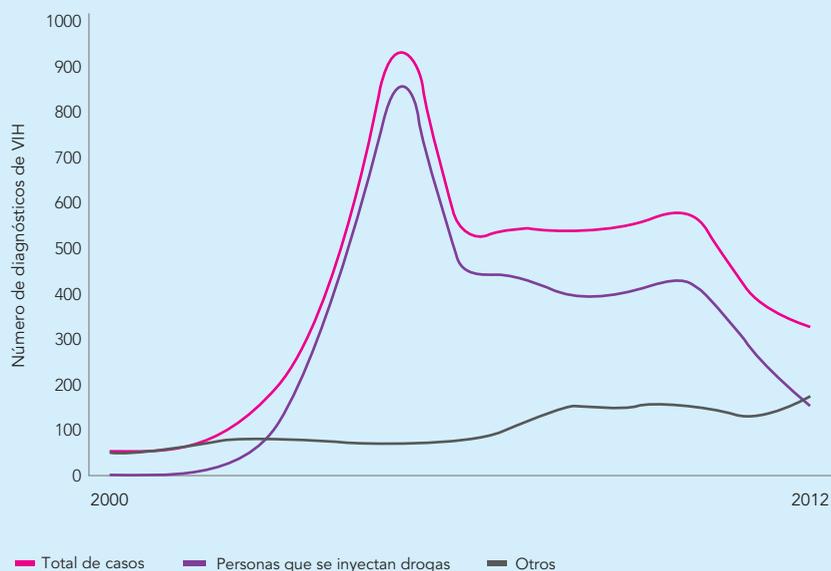
Ampliar la reducción del daño en Mauricio

La transmisión del VIH a través del uso de drogas inyectables cumple una función crítica en la epidemia nacional en Mauricio (véase la Figura 2.5). En 2011, se estimó que el 51,6 % de las 10 000 personas que se inyectaban drogas en ese país vivían con el VIH, con una concentración particularmente densa en Port Louis. En 2012, un estudio por separado determinó que el 22,3 % de los 9125 trabajadores sexuales del país vivían con el VIH, y el 40 % de los trabajadores sexuales también se inyectaban drogas. Las personas que se inyectan drogas representan el 40 % de los reclusos, una población con una prevalencia estimada del VIH el 24,8 % en 2012.

Mauricio demuestra el potencial de la voluntad política de acelerar la ampliación de los servicios y de mejorar drásticamente los resultados de salud para las personas que se inyectan drogas. Luego de la introducción a gran escala de medidas para la reducción del daño en 2006, la proporción de transmisión del VIH estimada como resultado del uso de drogas inyectables disminuyó del 92 % en 2005 al 47 % en 2012. La cobertura de la reducción del daño es mucho mayor en Mauricio en comparación con muchos otros países: un 25 % se destina a programas de distribución de agujas y jeringas, un 60 %, a la terapia de sustitución de opiáceos, y un 75 %, al tratamiento antirretroviral.

FIGURA 2.5

Diagnóstico de VIH en las personas que se inyectan drogas y otras poblaciones, Mauricio, de 2000 a 2012



Fuente: Secretaría Nacional del Sida de Mauricio (2013). National Strategic Framework for HIV and AIDS 2013–2016, p. 30.

3. ELIMINAR LAS INFECCIONES POR EL VIH EN LOS NIÑOS Y REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO O EL PUERPERIO

Como resultado del avance sostenido en la ampliación de los servicios para prevenir la transmisión materno infantil, el mundo tiene a su alcance componentes clave para fomentar la eliminación de nuevas infecciones en los niños. Si la ampliación es continua, será posible proporcionar servicios a un 90 % de las mujeres embarazadas que viven con el VIH para el año 2015 para evitar la transmisión materno infantil del virus. Si se aceleran otros servicios para terminar con la transmisión vertical y proteger la salud materna (véase cuadro a continuación), será posible reducir el número de nuevas infecciones por el VIH en los niños en un 90 %. Para mantener a las madres con vida y saludables, es necesario que la ampliación del acceso al tratamiento antirretroviral avance de manera continua.

AVANCES EN LA AMPLIACIÓN DEL ACCESO A MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES PARA MUJERES EMBARAZADAS

Hasta diciembre de 2012, más de 900 000 mujeres embarazadas que vivían con el VIH a escala mundial habían recibido profilaxis o tratamiento antirretrovirales. La cobertura de los programas antirretrovirales para la prevención de la transmisión materno infantil (excluido el esquema de dosis única de nevirapina, que ha sido menos eficaz) aumentó del 57 % (51 %-64 %) en 2011 al 62% (57 %-70 %) en 2012. Cuatro países prioritarios: Botswana, Ghana, Namibia y Zambia, ya han alcanzado la meta de proporcionar medicamentos antirretrovirales al 90 % de las mujeres embarazadas que viven con el VIH.

Países prioritarios del Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones en los niños para el año 2015 y mantener con vida a sus madres:

1. Angola
2. Botswana
3. Burundi
4. Camerún
5. Chad
6. Côte d'Ivoire
7. Etiopía
8. Ghana
9. India
10. Kenya
11. Lesotho
12. Malawi
13. Mozambique
14. Namibia
15. Nigeria
16. República Democrática del Congo
17. República Unida de Tanzania
18. Sudáfrica
19. Swazilandia
20. Uganda
21. Zambia
22. Zimbabwe

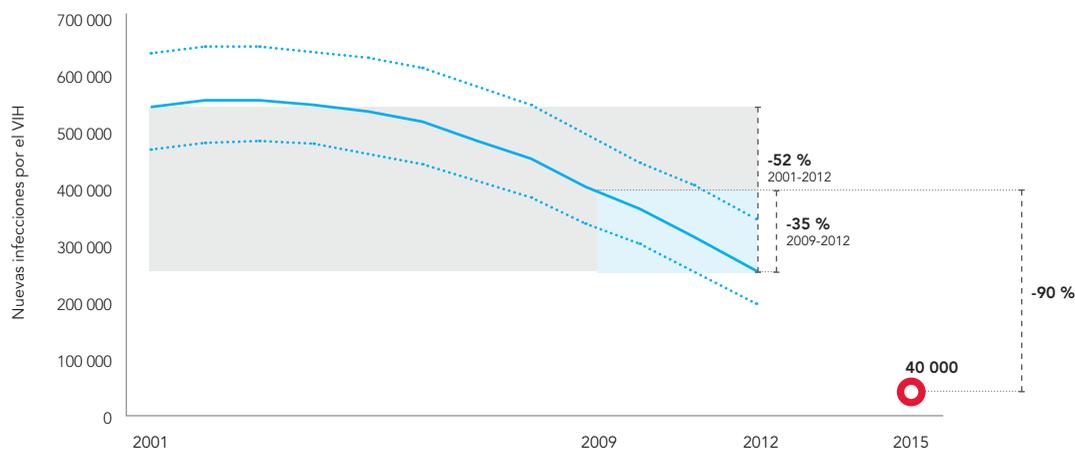
IMPACTO DE LA AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DEL VIH

Como resultado de la ampliación de los servicios de prevención del VIH, el número anual de nuevas infecciones en los niños en 2012 fue 260 000 (230 000-320 000) en países de ingresos bajos y medios, un 35 % más bajo que en 2009 (véase la Figura 3.1). De 2001 a 2012, las nuevas infecciones por el VIH en los niños disminuyeron un 52 %. El acceso ampliado a los servicios para prevenir la transmisión materno infantil evitó que más de 670 000 niños contrajeran la infección por el HIV entre 2009 y 2012. Para alcanzar el objetivo mundial de reducir el número de nuevas infecciones en los niños en, al menos, un 90 % para el 2015 (con el año 2009 como año inicial), será necesario acelerar la ampliación del programa.

Los países de ingresos bajos y medios que actualmente se acercan a las tasas bajas de transmisión del VIH en los niños observadas en los países de ingresos altos lograron este objetivo al proporcionar una cobertura alta de servicios para las mujeres embarazadas que viven con el VIH a fin de evitar la transmisión materno infantil. En Ghana, por ejemplo, el riesgo de que una mujer que vive con el VIH transmita el virus a su hijo disminuyó del 31 % en 2009 al 9 % (7 %-11 %) en 2012. La cobertura de los servicios para las mujeres que viven con el VIH para prevenir la transmisión materno infantil en Ghana aumentó drásticamente de un 32 % (27 %-38 %) en 2009 a más de un 90 % en 2012.

FIGURA 3.1

Cantidad de nuevas infecciones por el VIH en los niños en países de ingresos bajos y medios, de 2001 a 2012 y objetivo para 2015



Fuente: Estimaciones del ONUSIDA, 2012

Elementos clave para eliminar las nuevas infecciones por el VIH en los niños y mantener con vida a sus madres

El Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones en los niños para el año 2015 y mantener con vida a sus madres recomienda un conjunto de acciones prioritarias conforme a cuatro componentes programáticos clave:

1. Prevenir las nuevas infecciones por el VIH en las mujeres de edad de procrear.
2. Ayudar a las mujeres que viven con el VIH a evitar embarazos no deseados.
3. Asegurar que las mujeres embarazadas tengan acceso a asesoramiento y pruebas del VIH; y que aquellas que reciban un resultado positivo tengan acceso a medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión durante el embarazo, el parto y la lactancia.
4. Proporcionar atención, tratamiento y apoyo en relación con el VIH para las mujeres y los niños que viven con el VIH y sus familias.

El Plan mundial da preferencia a la ampliación en 22 países prioritarios que representan, de forma colectiva, casi el 90 % de las mujeres embarazadas que viven con el VIH.

DEMORAS EN LA COBERTURA DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN DEL VIH PARA LAS MUJERES EMBARAZADAS

Según la región, la cobertura de servicios de prevención para las mujeres embarazadas que viven con el VIH varía considerablemente. La cobertura más alta se observa en Europa oriental y central y el Caribe (más de un 90 %), mientras que la cobertura es mucho más baja en Asia y el Pacífico y en Oriente Medio y África del Norte (menos de un 20 %).

En los 21 países de África subsahariana priorizados por el Plan mundial, se proporcionaron medicamentos antirretrovirales durante el embarazo para la prevención de nuevas infecciones por el VIH en los niños a un 65 % (57 %-70 %) de las mujeres embarazadas que viven con el VIH en comparación con un 62 % (57 %-70 %) en todos los países de ingresos bajos y medios en general (véase la Tabla 3.1).

TABLA 3.1
Cobertura de servicios de prevención del VIH para las mujeres embarazadas que viven con el VIH en países con epidemia generalizada, 2012

Menos del 50 %	Del 50 % al 79 %	80 % y más
Angola	Burkina Faso	Botswana
Benin	Burundi	Ghana
Chad	Camerún	Haití
Congo	Côte d'Ivoire	Liberia
Djibouti	Gabón	Mozambique
Eritrea	Kenya	Namibia
Etiopía	Lesotho	Rwanda
Guinea	Malawi	Sierra Leona
Guinea-Bissau	República Unida de Tanzania	Sudáfrica
Nigeria	Uganda	Swazilandia
Papua Nueva Guinea		Togo
República Democrática del Congo		Zambia
Sudán del Sur		Zimbabwe

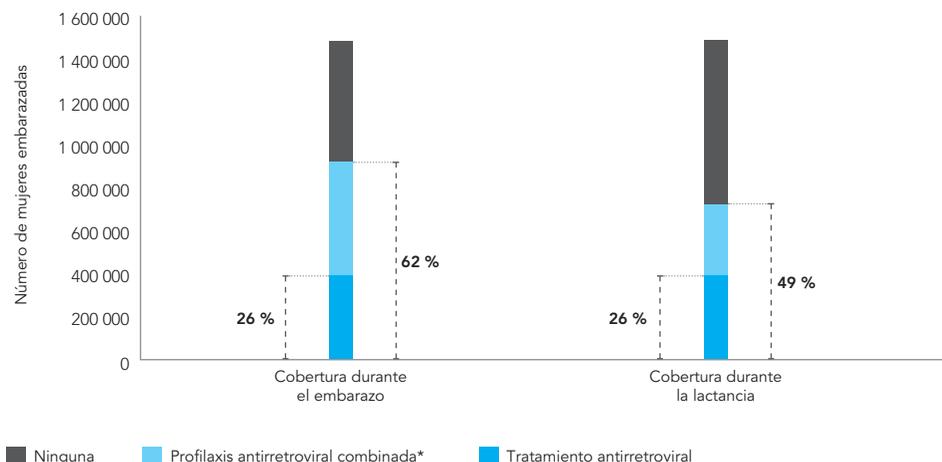
Fuente: Estimaciones del ONUSIDA, 2012

Mientras que muchos países han hecho avances históricos en la ampliación del acceso a los medicamentos antirretrovirales para las mujeres embarazadas que viven con el VIH, el avance ha sido mucho más lento en otros países. Hasta diciembre de 2012, 13 países con epidemias generalizadas, entre ellos cinco países prioritarios (Angola, Chad, República Democrática del Congo, Etiopía y Nigeria), ofrecieron medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión vertical a menos del 50 % de las mujeres embarazadas que viven con el VIH. Si bien, en términos generales, la cobertura para la prevención de la transmisión materno infantil para las mujeres embarazadas que viven con el VIH tiende a aumentar, incluso en lugares donde prevalece una cobertura insuficiente, se produjeron notables disminuciones de cobertura en Lesotho (de un 75 % en 2011 a un 58 % en 2012) y en Kenya (de un 66 % a un 53 %), mientras que en Angola la cobertura se estancó (un 17 % en ambos años).

Se advierte a las mujeres que viven con el VIH y que amamantan que usen medicamentos antirretrovirales durante el período de lactancia de sus recién nacidos. En 2012, la cobertura antirretroviral fue sustancialmente más baja durante la lactancia (49 %) que durante el embarazo y el parto (62 %). Actualmente, se estima que la mitad de los nuevos episodios de transmisión del VIH a los niños ocurre durante el período de lactancia, cuando la mayoría de las mujeres que amamantan no reciben la profilaxis necesaria para prevenir la transmisión del virus (véase la Figura 3.2).

FIGURA 3.2

Cantidad y porcentaje de mujeres embarazadas VIH-positivas en países de ingresos bajos y medios que recibieron medicamentos antirretrovirales para prevenir nuevas infecciones por el VIH en los niños, durante el embarazo y la lactancia, 2012



Fuente: Estimaciones del ONUSIDA, 2012

* Las guías de la OMS de 2006 propusieron el inicio de la profilaxis con medicamentos antirretrovirales (ARV) en el tercer trimestre del embarazo, con un esquema de zidovudina (AZT) dos veces por día, una dosis única de nevirapina (NVP) al inicio del trabajo de parto, una combinación de AZT+3TC durante el parto y una semana posparto, además de profilaxis infantil durante una semana luego del nacimiento. Las guías de 2010 introdujeron las opciones A y B, que deberían empezarse más tempranamente durante el embarazo. La opción A es AZT dos veces por día para la profilaxis de la madre y el niño con profilaxis diaria de NVP para el niño durante una semana después de finalizar el período de lactancia, o AZT o NVP durante seis semanas después del parto si el lactante no está siendo amamantado. La opción B es un esquema profiláctico de tres fármacos para la madre que deben administrarse durante el embarazo y durante el período de lactancia, así como la profilaxis del niño durante seis semanas luego del nacimiento, ya sea que el lactante esté siendo amamantado o no. <http://www.who.int/hiv/pub/mctc/PMTCTfactsheet/en/>

DEFICIENCIAS PERSISTENTES EN ELEMENTOS CLAVE DE LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH

Si bien aumentó el acceso a los medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil del VIH, el avance ha sido más modesto en otros aspectos programáticos del Plan mundial, incluida la prevención primaria del VIH en las mujeres. El número de mujeres con nuevas infecciones por el VIH disminuyó un 44 % de 2009 a 2012 en Ghana, un 23 % en Uganda y un 21 % en Sudáfrica. No obstante, en otros países prioritarios, la disminución del número de nuevas infecciones por el VIH en las mujeres fue más lenta o incluso se ha estancado, y permanece en niveles altos. A escala mundial, el ritmo del descenso de nuevas infecciones por el VIH en las mujeres ha disminuido desde 2008, lo que subraya la necesidad de intensificar los esfuerzos para prevenir nuevas infecciones por el VIH en las mujeres y sus parejas sexuales.

La necesidad no satisfecha de servicios de planificación familiar para las mujeres que viven con el VIH continúa socavando los esfuerzos para eliminar las nuevas infecciones por el VIH en los niños. Para las mujeres en todo el mundo, esta necesidad de planificación familiar no cubierta disminuyó del 15,4 % en 1990 al 12,3 % en 2010, según una revisión reciente de encuestas representativas a nivel nacional.¹ Sin embargo, en África oriental y África occidental, la necesidad de servicios de planificación familiar no estaba cubierta para más del 20 % de las mujeres, y no se informó una reducción de dicha necesidad entre 1990 y 2010. Esto significa que más de una de cada cinco mujeres en la región expresa el deseo de demorar o detener la maternidad, pero no usan métodos anticonceptivos. Además de reducir los riesgos de contraer el VIH en los niños, la prevención de embarazos no deseados basada en los derechos también ayuda a mejorar la morbilidad materna y reduce la mortalidad durante el embarazo, el parto o el puerperio.

DÉFICITS EN LA COBERTURA DE TRATAMIENTO PARA LAS MUJERES EMBARAZADAS

De las mujeres embarazadas que necesitaban tratamiento antirretroviral para su salud en 2012, el 58 % recibió tratamiento contra el VIH, un número inferior al 64 % (61 %- 69 %) de la cobertura de tratamiento para los adultos en general. En 2012, en diez países prioritarios, menos de la mitad de las mujeres embarazadas que viven con el VIH y con recuentos de linfocitos CD4 equivalentes o inferiores a 350 células por microlitro (el umbral para el inicio del tratamiento contra el VIH conforme a las anteriores guías de tratamiento antirretroviral de la Organización Mundial de la Salud [OMS]) de 2010 recibieron tratamiento antirretroviral para su salud. No obstante, la disparidad entre las mujeres embarazadas y todos los adultos ha disminuido debido a que se están implementando nuevas guías sobre la importancia de iniciar el tratamiento antirretroviral en las mujeres embarazadas.

Para fomentar la ampliación del tratamiento acelerado contra el VIH, Malawi ha comenzado a ofrecer sistemáticamente tratamientos antirretrovirales de por vida a las mujeres embarazadas que viven con el VIH (opción B+), lo que derivó en un aumento de 7,5 veces en el número de dichas mujeres que recibieron tratamiento durante un período de 15 meses de 2011 a 2012.² En 2013, la OMS publicó nuevas guías consolidadas para el uso de medicamentos antirretrovirales para la prevención del VIH, en las que se recomienda el inicio del tratamiento antirretroviral de por vida para todas las mujeres embarazadas y en período de lactancia que viven con el VIH y su tratamiento, independientemente de su recuento de linfocitos CD4.

Es poco común encontrar datos empíricos nacionales sobre mortalidad materna debido a que se presentan diversos problemas en cuanto a la vigilancia, entre ellos, el hecho de que frecuentemente no se dispone de sistemas de registro civil completos y la falta de atribución confiable de las causas de defunción en los sistemas de registro civil que sí existen. La mayoría de los países continúan dependiendo de la elaboración de modelos para calcular la mortalidad materna, y el ONUSIDA está trabajando con sus socios para mejorar las estimaciones del exceso de mortalidad asociada al VIH en las mujeres durante el embarazo, el parto o el puerperio. Sin embargo, los datos actuales sugieren que, en países con alta prevalencia, el VIH contribuye significativamente a la mortalidad relacionada con el embarazo, el parto o el puerperio, y señalan la necesidad urgente de asegurar que las mujeres elegibles que viven con el VIH reciban tratamiento completo y que los servicios de tratamiento contra el VIH sean integrados a los servicios de salud sexual y reproductiva. Las investigaciones recientes demuestran que el suministro de tratamiento antirretroviral evitaría gran parte de la mortalidad materna en los países con una carga considerable del VIH.³

DÉFICITS EN LA COBERTURA DE TRATAMIENTO PARA LOS NIÑOS

Los niños que viven con el VIH continúan sufriendo déficits persistentes con relación al tratamiento. En 2012, 647 000 niños menores de 15 años de edad recibían tratamiento antirretroviral. La cobertura del tratamiento contra el VIH para los niños (34 % [31 %-39 %]) continuaba siendo la mitad de la cobertura para los adultos (64 % [61 %-69%]) en 2012. Si bien el número de niños que recibían tratamiento antirretroviral en 2012 aumentó un 14 % en comparación con el 2011, el ritmo de la ampliación fue sustancialmente más bajo que en el caso de los adultos (un aumento del 21 %). En los países prioritarios, solo tres de cada diez niños reciben tratamiento contra el VIH.

La falta de ampliación del acceso a los servicios para obtener un diagnóstico precoz de los recién nacidos es un motivo importante que explica por qué, en muchos lugares, la cobertura de tratamiento contra el VIH permanece mucho más baja para los niños que para los adultos. En 2012, tres países prioritarios informaron una cobertura de menos del 5 % en relación con los servicios de diagnóstico precoz de recién nacidos.

MEJORA DEL DESEMPEÑO PROGRAMÁTICO Y LOS RESULTADOS

Desde que se inició la prestación de servicios para evitar la transmisión materno infantil, los administradores de programas se han esforzado por encontrar estrategias eficaces para minimizar el número de mujeres embarazadas que abandonan los servicios en algún punto durante el proceso. Hasta hace poco tiempo, la recepción de medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión del VIH tendió a ser el resultado final de un servicio que se ha vigilado de manera rutinaria. Si bien, actualmente, las aspiraciones programáticas tienen un mayor alcance, con el objetivo de asegurar la supervivencia infantil sin VIH, los sistemas de vigilancia no siempre lograron mantener el ritmo. Los aspectos clave de la cascada de servicios para la prevención de la transmisión materno infantil, cada uno de los cuales requiere una recopilación y un análisis de datos rigurosos, incluyen la asistencia en centros de atención prenatal, la recepción de resultados de pruebas del VIH, la recepción de medicamentos antirretrovirales durante el embarazo y el parto, la recepción de medicamentos antirretrovirales durante la lactancia, asesoramiento y apoyo para la alimentación de los lactantes, el diagnóstico precoz de los recién nacidos expuestos al VIH, la vinculación de los recién nacidos VIH-positivos con la atención, y la supervivencia de los niños que viven con el VIH.

Mejorar los resultados de salud tanto a corto como a largo plazo para las mujeres embarazadas que viven con el VIH y sus niños demanda la implementación de sistemas y protocolos para la recopilación, el análisis y el uso estratégico de datos en forma rutinaria en toda la cascada de servicios para la prevención de la transmisión materno infantil. Al utilizar dicho enfoque orientado a los datos, países como Malawi han logrado una mayor comprensión del impacto de la cascada de servicios y utilizaron estos resultados para informar sobre el desarrollo y la implementación de programas.

MIRAR HACIA 2015

Entre los 109 países que informan resultados en las revisiones intermedias, todos excepto dos identificaron la eliminación de nuevas infecciones por el VIH en los niños y la reducción considerable de muertes relacionadas con el sida en las mujeres durante el embarazo, el parto o el puerperio como prioridad nacional. En todos los países en los que se reconoce este objetivo como prioridad nacional, fue integrado a los planes estratégicos nacionales. Si bien la mayoría de las revisiones intermedias de los 22 países prioritarios del Plan mundial concluyeron que estos países se encuentran en vías de alcanzar el objetivo de eliminación para 2015, el informe de avance del Plan mundial de 2013 sugiere que solo aproximadamente la mitad de los países se encuentran en camino hacia lograr el objetivo de 2015. El informe concluyó que para mejorar la situación se requieren varios pasos, entre ellos: la reducción del número de mujeres que contraen la infección por el VIH, la reducción de la necesidad no cubierta de planificación familiar, el aumento del acceso a pruebas del VIH seguras y no coercitivas, la mejora de la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales para mujeres embarazadas que viven con el VIH y la mejora del diagnóstico del VIH y su tratamiento en los niños.⁴

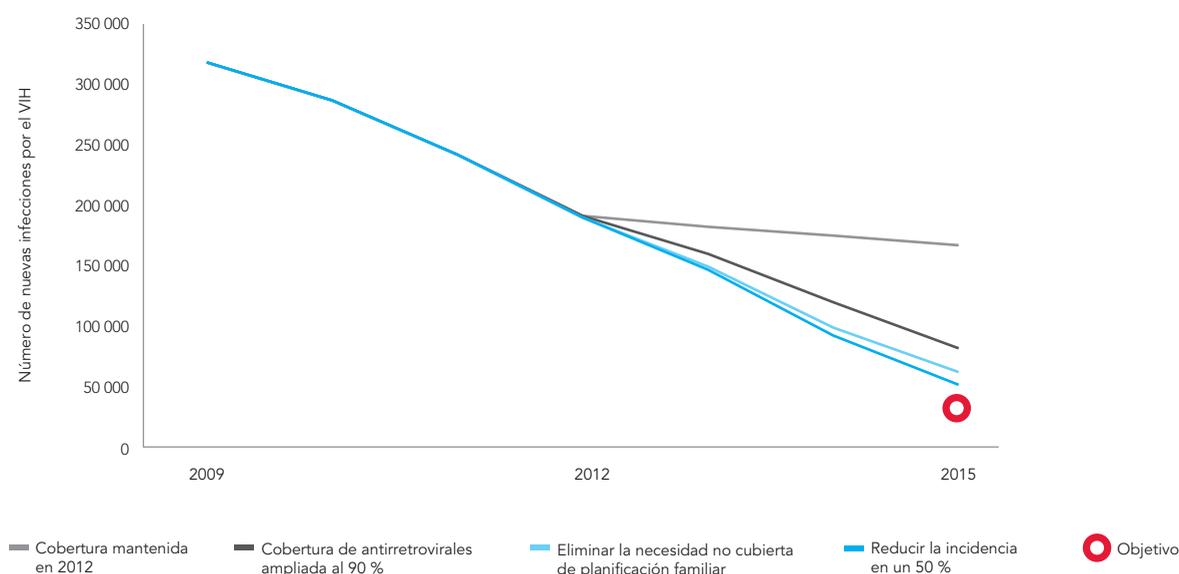
El análisis actualizado de lo que implicaría alcanzar una reducción en las nuevas infecciones en los niños del 90 % entre 2009 y 2015 muestra que, dados los logros observados en el 2012 en los 21 países prioritarios del Plan mundial de África subsahariana, se necesitarán un esfuerzo y una innovación significativos para alcanzar el objetivo. Si el 90 % de las mujeres embarazadas VIH-positivas recibieran tratamiento antirretroviral combinado (si el 50 % comenzara durante el embarazo y el 40 % comenzara antes del embarazo) y el 100 % de esas mujeres recibieran profilaxis durante el período de lactancia, si la incidencia del VIH se redujera en un 50 % en las mujeres en edad de procrear, y si las mujeres que viven con el VIH pudieran cubrir sus necesidades de planificación familiar, aun así la reducción de nuevas infecciones en niños solo alcanzaría un 83 % en 2015, en comparación con los niveles de 2009. La dedicación de esfuerzos adicionales para reducir la necesidad insatisfecha de planificación familiar en las mujeres que viven con el VIH y para alcanzar niveles más

altos de cobertura de medicamentos antirretrovirales permitirá a los países alcanzar el objetivo de eliminar las nuevas infecciones en niños (véase la Figura 3.3).

En las revisiones intermedias nacionales se observaron varios problemas para alcanzar el objetivo de eliminar las nuevas infecciones por el VIH en niños y mejorar sustancialmente los resultados de salud para las mujeres embarazadas que viven con el VIH. Entre estos, se incluyen algunas dificultades operativas (por ejemplo, falta de

FIGURA 3.3

Impacto proyectado sobre las nuevas infecciones por el VIH en los niños a partir de programas de prevención de transmisión materno infantil, 21 países prioritarios del Plan mundial en África subsahariana, de 2009 a 2015



Fuente: Análisis del ONUSIDA de 2013, los datos de 2013-2015 son proyecciones

conocimiento de los servicios por parte de las mujeres, pérdida de díadas madre-hijo en la cascada de servicios, participación masculina insuficiente, incapacidad para identificar a muchos niños expuestos al VIH, desabastecimiento de artículos básicos, dificultades en la implementación de cambios recomendados en la política de alimentación infantil, escasez de recursos financieros y humanos esenciales y descentralización e integración insuficiente de servicios), problemas de alcance programático (por ejemplo, diagnóstico tardío de muchas mujeres embarazadas, acceso inadecuado a un parto seguro y seguimiento posparto, una alta proporción de partos domiciliarios en muchos países) y problemas políticos (por ejemplo, los efectos disuasivos del estigma y la discriminación). El Plan mundial ofrece un marco para permitir que los países examinen los obstáculos de manera crítica y mejoren la prestación de servicios y los resultados de salud para las madres que viven con el VIH y sus niños.

Durante las revisiones intermedias, los países reconocieron la necesidad de tomar medidas para acelerar la ampliación y abordar las deficiencias programáticas. Entre las acciones se incluyen el apoyo para el desarrollo de capacidades y la capacitación focalizada del personal de salud, mayor integración y descentralización de los servicios, ampliación del acceso al diagnóstico precoz para los recién nacidos, implementación de la rotación de tareas y otras medidas para abordar problemas relativos a los recursos humanos, e inversión en programación para generar mayor demanda para los servicios. Los países también indicaron la necesidad de fortalecer los sistemas de administración de suministros y adquisiciones, mejorar el compromiso de la comunidad, ampliar los esfuerzos para promover la realización de los derechos humanos de las mujeres y aumentar la inversión de los gobiernos nacionales en servicios para prevenir la transmisión materno infantil y servicios más amplios para la salud materno infantil. Varios países de África subsahariana informaron haber planificado ofrecer la opción B+ como tratamiento antirretroviral de por vida para las mujeres embarazadas que viven con el VIH.

Si bien, hasta la fecha, la atención se ha centrado principalmente en la ampliación de las pruebas del VIH y el asesoramiento y la profilaxis antirretroviral en entornos prenatales, los países mencionaron una necesidad urgente de mejorar los resultados relacionados con otros aspectos clave del Plan mundial. En particular, los países enfatizaron la importancia de la prevención primaria del VIH, la reducción de la necesidad insatisfecha de planificación familiar en las mujeres que viven con el VIH y la prestación de servicios de prevención a las mujeres VIH-positivas en período de lactancia. La elaboración de modelos solicitada por el ONUSIDA indica que la integración de la ampliación continua de la profilaxis antirretroviral a la prevención primaria fortalecida, el logro de una gran cobertura de prevención para las mujeres en período de lactancia y la eliminación de la necesidad insatisfecha de planificación familiar aumentarían la probabilidad de lograr el objetivo de 2015 en comparación con un enfoque que no incluya estos beneficios.

Respuesta vinculada reforzada de Camboya

En 2008, Camboya introdujo la iniciativa Respuesta vinculada para llegar a todas las mujeres embarazadas mediante el desarrollo y establecimiento de vínculos entre los servicios relacionados con el VIH y las infecciones de transmisión sexual y de salud sexual y reproductiva existentes y la movilización de las entidades comunitarias existentes. A partir del éxito de esta iniciativa, en 2013, Camboya lanzó la estrategia Respuesta vinculada reforzada para acelerar la aceptación de los servicios de prevención de la transmisión materno infantil, reducir la pérdida en la cascada de servicios de prevención del VIH, mejorar la calidad del servicio y los resultados de salud para las mujeres que viven con el VIH y sus niños y reducir la mortalidad de las madres que viven con el VIH y los niños expuestos al VIH. La meta global de la Respuesta vinculada reforzada es lograr la eliminación virtual de las nuevas infecciones por el VIH en los niños y disminuir la tasa de transmisión materno infantil a menos del 5 % en 2015 y a menos del 2 % en 2020. La Respuesta vinculada reforzada también apunta a reducir la incidencia de sífilis congénita a 0,5 casos por cada 1000 nacidos vivos.

La Respuesta vinculada reforzada requiere una acción programática focalizada⁵ para:

- Aumentar el acceso de las mujeres embarazadas a la atención prenatal.
- Aumentar la cobertura de pruebas del VIH y sífilis para las mujeres embarazadas.
- Mejorar la aceptación temprana de servicios y la retención de mujeres embarazadas infectadas por el VIH o la sífilis a través de la cascada de métodos de prevención.
- Mejorar la salud, la dignidad y el acceso a la prevención de las mujeres que viven con el VIH o con alto riesgo de contraer el VIH.
- Reducir la pérdida de seguimiento de los niños expuestos al VIH para optimizar la profilaxis antirretroviral y asegurar el diagnóstico precoz de los recién nacidos a través de pruebas de PCR para detectar el ADN del VIH.
- Asegurar la rápida inclusión de los lactantes que viven con el VIH en los servicios de atención pediátrica del VIH.

4. PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

El avance sostenido en la ampliación del acceso al tratamiento contra el VIH ha puesto al alcance la meta de proporcionar tratamiento antirretroviral a 15 millones de personas para el año 2015. Sin embargo, el acceso al tratamiento varía considerablemente dentro de los países y las regiones, y entre ellos, especialmente con una cobertura deficiente para los niños.

El tratamiento antirretroviral puede ayudar a prevenir que las personas que viven con el VIH mueran a causa del sida y contraigan tuberculosis, se enfermen y transmitan la tuberculosis y el VIH. La ciencia actual indica que las personas deben iniciar el tratamiento contra el VIH de forma más temprana para obtener estos beneficios. Las nuevas guías de tratamiento contra el VIH proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), emitidas en junio de 2013, recomiendan iniciar el tratamiento cuando el recuento de linfocitos CD4 de una persona se encuentra por debajo de las 500 células/ μ l e inmediatamente en el caso de las mujeres embarazadas, las personas VIH-positivas en parejas serodiscordantes, los niños menores de cinco años de edad y las personas que padecen -tuberculosis y hepatitis B asociadas con el VIH. Las guías sobre el tratamiento contra el VIH de la OMS de 2013 requieren que la ampliación se lleve a cabo de forma considerablemente más rápida, junto con la innovación y adaptación de los programas, a fin de asegurar que las personas que son elegibles para el tratamiento contra el VIH lo reciban.

En julio de 2013, el ONUSIDA se juntó con la OMS, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR), el Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y otros socios para lanzar la iniciativa *Tratamiento 2015*, que tiene como meta avalar que el mundo alcance su objetivo de tratamiento contra el VIH de 2015 como un importante paso hacia el acceso universal al tratamiento. *Tratamiento 2015* enfatiza la *velocidad* en la ampliación, la optimización del *enfoque* estratégico para intensificar la ampliación en poblaciones y áreas geográficas clave, y la *innovación* en la planificación de programas y prestación de servicios.

PROGRESO CONTINUO EN 2012

En diciembre de 2012, alrededor de 9,7 millones de personas de países de ingresos bajos y medios recibían tratamiento antirretroviral, un aumento de 1,6 millones con respecto a 2011. Eso representa, a nivel mundial, aproximadamente dos tercios del recorrido hacia la meta de 2015 de 15 millones de personas con acceso a un tratamiento antirretroviral. Conforme a las guías de la OMS de 2010, un 61 % (57 %-66 %) de todas las personas elegibles para el tratamiento contra el VIH en países de ingresos bajos y medios recibieron tratamiento antirretroviral en 2012 (véase la Figura 4.1). Teniendo en cuenta las 875 000 personas que reciben tratamiento antirretroviral en países de ingresos altos, en total, 10,6 millones de personas recibieron este tratamiento hasta diciembre de 2012. Sin embargo, según las guías

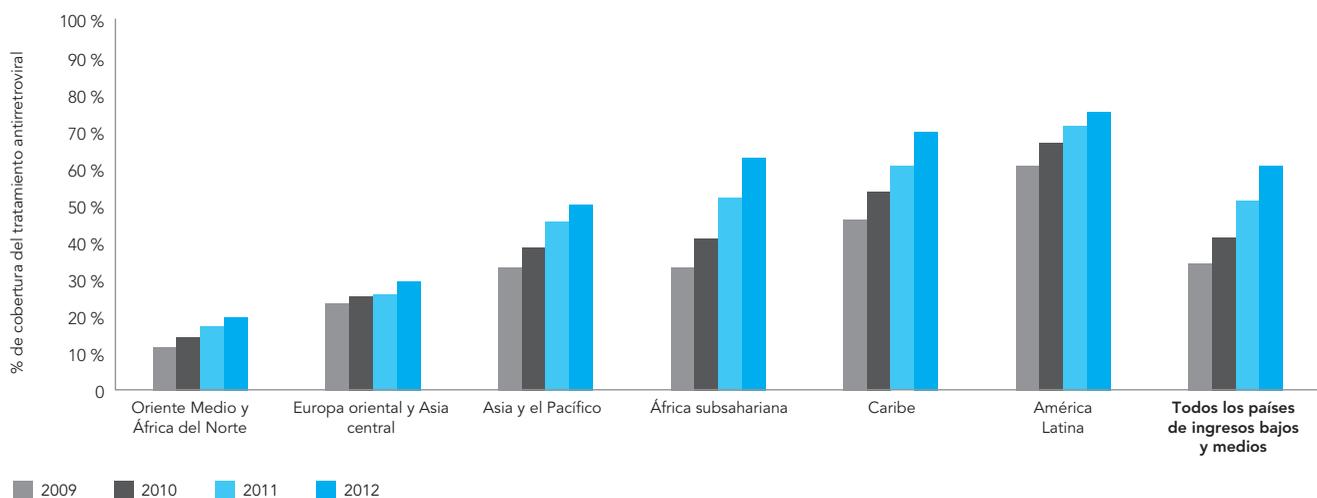
Países donde viven el 90 % de las personas con una necesidad de tratamiento antirretroviral no cubierta:

1. Angola
2. Brasil
3. China
4. Camerún
5. Chad
6. Colombia
7. Côte d'Ivoire
8. Etiopía
9. Federación de Rusia
10. Ghana
11. India
12. Indonesia
13. Kenya
14. Lesotho
15. Malawi
16. Mozambique
17. Myanmar
18. Nigeria
19. República Centroafricana
20. República Democrática del Congo
21. Sudáfrica
22. Sudán del Sur
23. Tailandia
24. Togo
25. Uganda
26. Ucrania
27. República Unida de Tanzania
28. Viet Nam
29. Zambia
30. Zimbabwe

de la OMS de 2013, los 9,7 millones de personas que recibían tratamiento antirretroviral en países de ingresos bajos y medios representan solo un 34 % (32 %-37 %) de los 28,3 (26,5-30,9) millones de personas elegibles en 2013.

Queda cada vez más claro que todas las personas con infección por el VIH finalmente necesitarán tratamiento. Actualmente, alrededor de 35,3 (32,2-38,8) millones de personas viven con el VIH; esto representa una necesidad significativa de ampliar las pruebas del VIH y su tratamiento, mientras se continúa invirtiendo en prevención y otros programas para combatir las nuevas infecciones por el VIH.

FIGURA 4.1
Porcentaje de personas elegibles que reciben tratamiento antirretroviral (en función de las guías de la OMS de 2010) en países de ingresos bajos y medios, por región, de 2009 a 2012



Fuente: Estimaciones del ONUSIDA, 2012.

A escala mundial, el número de personas que reciben tratamiento antirretroviral se ha triplicado en los últimos cinco años. Desde 2005, se observaron aumentos marcados en la cantidad de personas que reciben tratamiento antirretroviral en todas las regiones del mundo, a excepción de Europa oriental, Asia central, Oriente Medio y África del Norte.

Las revisiones intermedias nacionales destacaron varios métodos que demostraron ser eficaces para impulsar la ampliación acelerada del tratamiento contra el VIH. Acercar la prestación de servicios a las personas que viven con el VIH a través de la descentralización ha mejorado la aceptación del tratamiento. El establecimiento y la actualización de protocolos clínicos han mejorado la calidad de la atención y han fortalecido la capacidad del tratamiento contra el VIH. Frente a la escasez de recursos humanos para la salud, muchos países implementaron satisfactoriamente la rotación de tareas en entornos de atención sanitaria, mediante la cual el personal de enfermería administra el tratamiento antirretroviral. Es necesario combinar los esfuerzos para maximizar los recursos humanos existentes para la salud con esfuerzos intensificados para capacitar y designar nuevos médicos, personal de enfermería, trabajadores de salud comunitarios y demás personal sanitario.

DÉFICITS PERSISTENTES EN LA COBERTURA

Si bien el avance en la ampliación del tratamiento contra el VIH es genuino, los beneficios de salud del tratamiento antirretroviral se reparten de manera desigual debido a las variaciones sustanciales en el acceso al tratamiento.

Como se explica en la sección 3, la cobertura de tratamiento contra el VIH para los niños es solo un poco más de la mitad que la de los adultos. En nueve de los 22 países priorizados por el Plan mundial en relación con la eliminación de las nuevas infecciones por el VIH en los niños para el año 2015 y los esfuerzos por mantener con vida a sus madres, el 25 % o menos de los niños elegibles para el tratamiento recibieron tratamiento antirretroviral en 2012.

En la mayoría de las regiones, incluida África subsahariana, la cobertura del tratamiento contra el VIH para los hombres es inferior a la cobertura obtenida por las mujeres. En los países de ingresos bajos y medios, el 57 % de los hombres elegibles para el tratamiento recibieron tratamiento antirretroviral en 2012, en comparación con el 73 % de las mujeres elegibles para recibirlo.

Las poblaciones clave también experimentan obstáculos singulares para el tratamiento contra el VIH, a menudo como resultado del miedo a sufrir discriminación si solicitan servicios en entornos de salud convencionales. Si bien no existen estimaciones confiables de la cobertura del tratamiento contra el VIH para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que se inyectan drogas, los trabajadores sexuales o los transexuales, los informes anteriores indican que estas poblaciones enfrentan barreras considerables para recibir servicios de salud básicos y la cobertura del tratamiento contra el VIH que obtienen es extremadamente baja. La falta de compromisos claros para ampliar la cobertura para muchas poblaciones clave ha contribuido a la desatención de sus necesidades en relación con el establecimiento y la expansión de los servicios de tratamiento contra el VIH.

Las personas afectadas por crisis humanitarias afrontan barreras singulares para acceder a la atención de salud, incluidas preocupaciones relativas a la confidencialidad, negación del acceso a trámites de asilo, miedos relativos al *refoulement* y a restricciones a la libre circulación. A nivel mundial, hubo aproximadamente 45,2 millones de refugiados en 2012, incluidos 26,4 millones de personas desplazadas internamente.¹ Los adolescentes (entre 10 y 19 años) son el único grupo etario en el que las muertes a causa del sida han aumentado entre 2001 y 2012. Esta tendencia en las muertes a causa del sida es producto de la priorización deficiente de los adolescentes en los planes estratégicos para la ampliación del tratamiento contra el VIH y la falta de pruebas y asesoramiento.

IMPACTO DE LA AMPLIACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Al disminuir la circulación del virus dentro de un entorno o población, el tratamiento antirretroviral ampliado ayuda a reducir el número de nuevas infecciones por el VIH. De 1995 a 2012, el tratamiento antirretroviral evitó 6,6 millones de muertes relacionadas con el sida en todo el mundo, entre ellas, 5,5 millones de muertes en países de ingresos bajos y medios (véase la Figura 4.2).

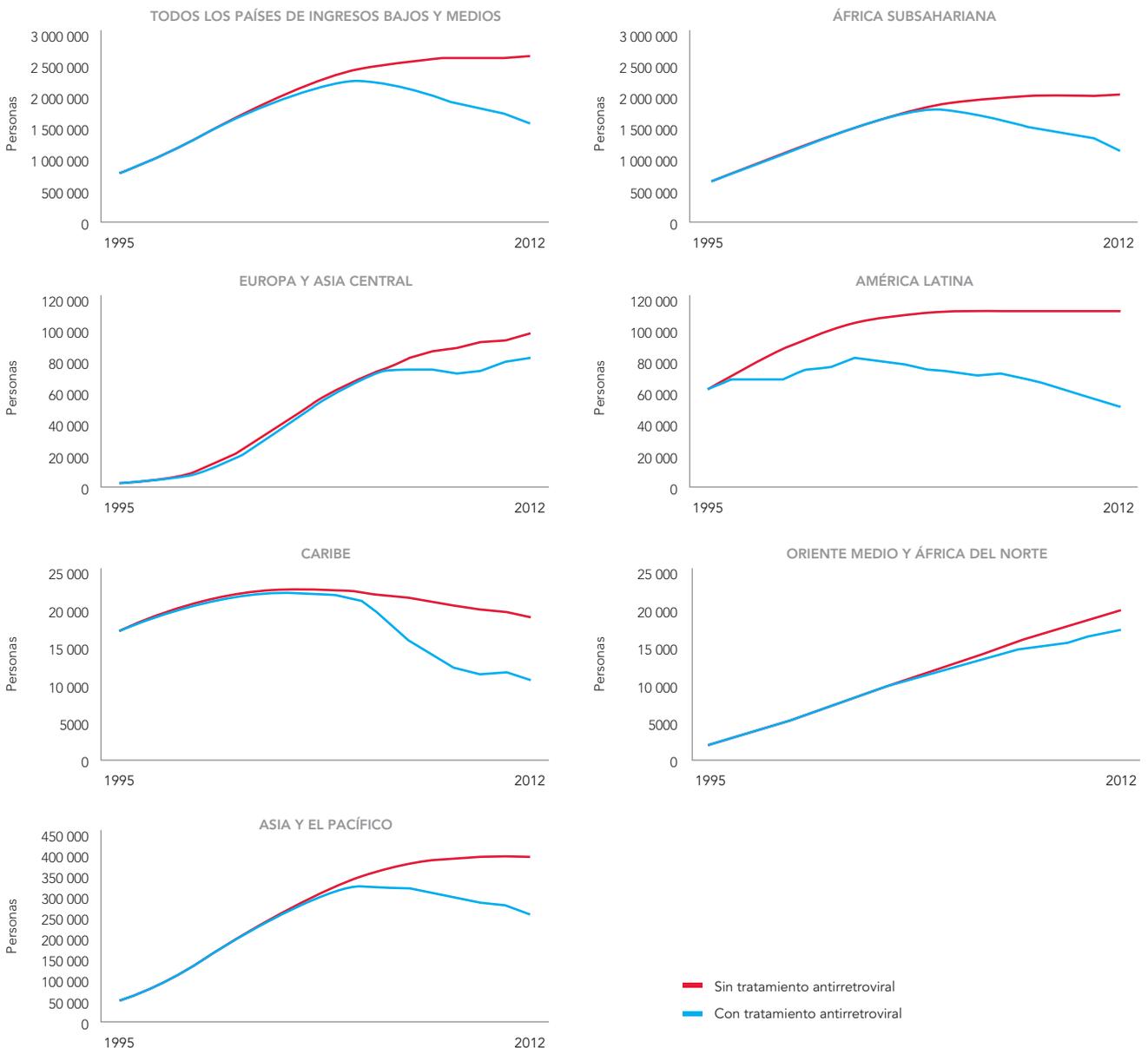
En los lugares donde se amplió el tratamiento antirretroviral, se lograron claros beneficios para la salud. En 2011, la expectativa de vida en la provincia de KwaZulu-Natal de Sudáfrica fue 11,3 años mayor que en 2003, cuando comenzó la ampliación de este tratamiento.²

La inversión en tratamiento antirretroviral es rentable y probablemente también conduzca a un ahorro en los costos. Un análisis económico reciente indicó que la inversión en los servicios de tratamiento contra el VIH genera rendimientos económicos hasta tres veces superiores como resultado de un aumento en el empleo y la productividad y evitó o pospuso gastos futuros destinados a servicios médicos y la atención de huérfanos.³

Las disminuciones en la cantidad anual de muertes asociadas al sida ilustran los potentes beneficios para la salud del tratamiento antirretroviral ampliado. El número anual de muertes asociadas al sida cayó desde una cifra elevada de 2,3 (2,1-2,6) millones en 2005 a 1,6 (1,4-1,9) millones en 2012. A pesar del bajo aumento en la cobertura del tratamiento antirretroviral en los niños de 0 a 14 años de edad, las muertes asociadas al sida en niños disminuyeron más rápidamente debido al impacto de los esfuerzos para prevenir la transmisión materno infantil. En 2012, 210 000 (190 000-250 000) niños murieron debido a causas relacionadas con el sida, en comparación con 320 000 (290 000-360 000) en 2005.

El aumento del tratamiento antirretroviral podría alterar la trayectoria de las epidemias nacionales, disminuir las cargas virales dentro de las comunidades y, en consecuencia, reducir la propagación del VIH en forma drástica. Se requerirá una mayor ampliación para maximizar el impacto del tratamiento contra el VIH y ayudar a construir los cimientos para finalizar la epidemia del sida. Un análisis reciente llevado a cabo por Futures Institute estima que lograr el 80 % de la cobertura del tratamiento contra el VIH recomendada por las guías relativas al tratamiento antirretroviral de 2013 disminuiría el número anual de adultos que contraen el VIH de 2,4 millones en 2011 a 800 000 en 2025 (en comparación con los 1,25 millones sugeridos por las guías de 2010).⁴

FIGURA 4.2
Número estimado de muertes asociadas al sida, con y sin tratamiento antirretroviral, en países de ingresos bajos y medios, y por región, de 1995 a 2012



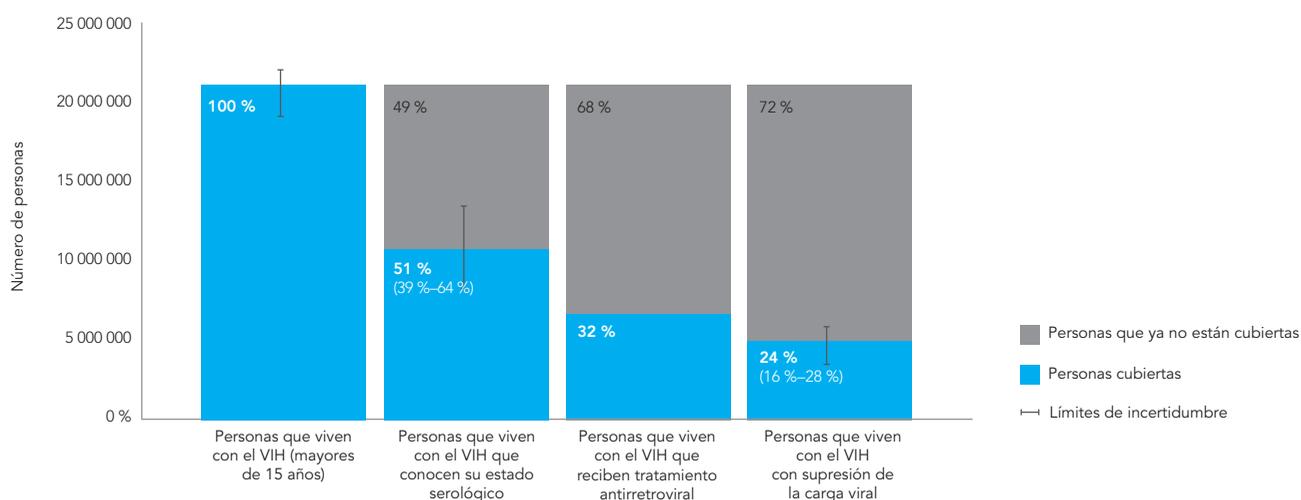
Fuente: Estimaciones del ONUSIDA, 2012.

CORREGIR LAS DIFERENCIAS EN LA CASCADA DE TRATAMIENTOS CONTRA EL VIH PARA MAXIMIZAR SU IMPACTO EN LA SALUD PÚBLICA

Con el transcurso de los años, la meta del tratamiento antirretroviral se ha ampliado para incluir no solo la prevención de la mortalidad y la morbilidad asociadas al sida, sino también la prevención de la transmisión del VIH. El objetivo clínico y de salud pública es asegurar que todas las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico, accedan a la atención y al tratamiento y logren la supresión sostenida del virus. No obstante, a pesar de la continua ampliación del tratamiento antirretroviral, la transmisión del VIH y la mortalidad relacionada con el sida permanecen altas en muchos lugares del mundo. En la búsqueda de la optimización del tratamiento contra el VIH, ha surgido una cascada de tratamientos contra el VIH que funciona como una herramienta importante e ilustra gráficamente las transiciones clave en el flujo continuo del tratamiento contra el VIH y cómo cada uno de estos pasos afecta el objetivo último de asegurar la supresión viral.

Para lograr la supresión viral, una persona debe haber recibido el diagnóstico de VIH, haberse vinculado con la atención, permanecer comprometida con esta y recibir tratamiento antirretroviral en caso de que esté indicado desde el punto de vista clínico. Si bien el número de personas que reciben tratamiento antirretroviral continúa aumentando en África subsahariana, para ayudar a disminuir las tasas de mortalidad y enfermedad relacionadas con el VIH, la región aún debe experimentar el beneficio completo del tratamiento contra el VIH. En África subsahariana, se calcula que aproximadamente tres cuartos de los adultos que viven con el VIH no han logrado la supresión viral como resultado de diferencias o déficits en cada etapa de la cascada de tratamientos (véase la Figura 4.3).

FIGURA 4.3
Cascada abreviada de tratamientos contra el VIH en África subsahariana, 2012



Fuentes:

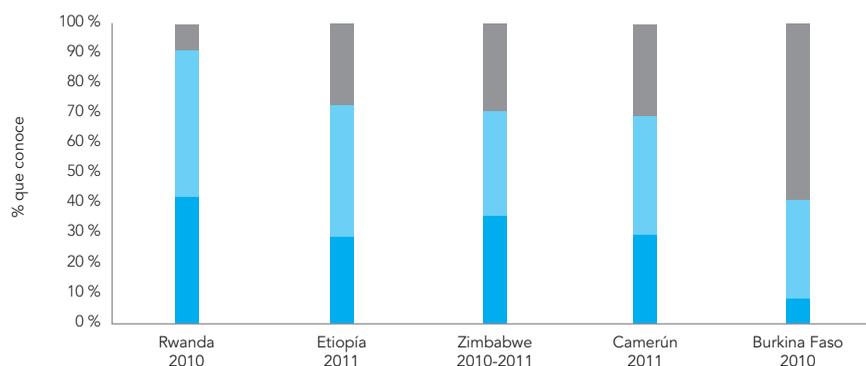
1. Estimaciones del ONUSIDA, 2012.
2. Encuestas de demografía y salud, 2007-2011 (www.measuredhs.com) y una encuesta comunitaria en Sudáfrica (Kranzer, K., van Schaik, N., et al. (2011). High prevalence of self-reported undiagnosed HIV despite high coverage of HIV testing: a cross-sectional population based sero-survey in South Africa. *PLoS ONE* 6(9): e25244). El punto medio entre los límites inferior y superior es un 51 %. El límite inferior (39 %) es el porcentaje de personas que viven con el VIH que tienen muchas probabilidades de conocer su estado serológico: su resultado dio positivo en la encuesta e informaron recibir los resultados de una prueba del VIH en los 12 meses anteriores. El límite superior (64 %) se calcula como el porcentaje de quienes obtuvieron un resultado positivo en la encuesta e informaron nunca haberse realizado una prueba del VIH (el resultado de la prueba llevada a cabo en la encuesta no se divulga a los destinatarios). Esas personas que informan nunca haberse hecho una prueba del VIH desconocen su estado serológico con respecto al VIH y conforman el 36 % restante.
3. GARPR 2012.
4. Barth R E, van der Loeff MR, et al. (2010). "Virological follow-up of adult patients in antiretroviral treatment programmes in sub-Saharan Africa: a systematic review." *Lancet Infect Disease* 10(3): 155-166.

Notas: no se dispone de datos sistemáticos para la proporción de personas que viven con el VIH que están vinculadas con la atención, aunque este es un paso crucial para asegurar la supresión viral en la comunidad.

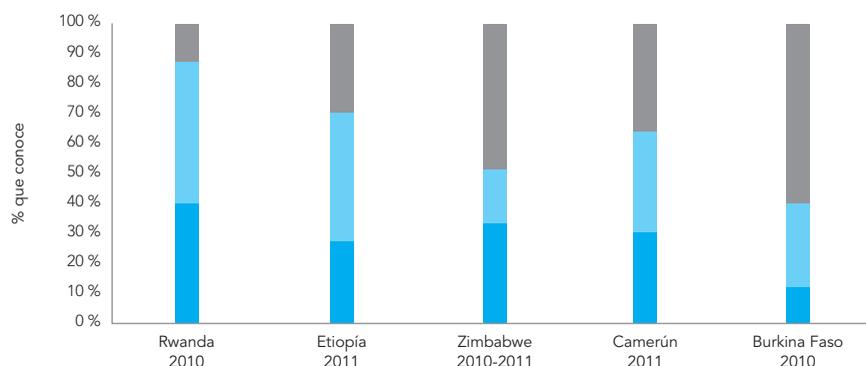
Un impedimento importante para alcanzar la meta de cero muertes asociadas al sida y de supresión viral generalizada entre las personas que viven con el VIH tiene lugar al principio de la cascada de tratamientos contra el VIH. Independientemente de que en la última década se haya ampliado significativamente el acceso a las pruebas del VIH en África subsahariana, según 15 encuestas por hogares llevadas a cabo entre 2007 y 2011 en esta área, se calcula que un 36 % de las personas en la región nunca se realizaron una prueba del VIH. Si bien se estima que un 39 % de las personas de África subsahariana que se realizaron la prueba en el último año probablemente sepan su estado serológico con respecto al VIH, es posible que el 25 % adicional de las personas que se sometieron a una prueba del VIH en años anteriores desconozcan su estado serológico actual (véase la Figura 4.4). En entornos geográficos y poblaciones con alta prevalencia e incidencia del VIH, se recomienda que las personas VIH-negativas se sometan a una prueba del VIH cada año.

FIGURA 4.4
Conocimiento del estado serológico con respecto al VIH en hombres y mujeres que viven con el VIH, países seleccionados, de 2010 a 2011

A Mujeres VIH-positivas



B Hombres VIH-positivos



■ Probablemente conozca su estado serológico; prueba realizada en los últimos 12 meses ■ Se desconoce si sabe su estado serológico ■ No conoce su estado serológico; nunca se realizó una prueba

Fuente: Encuestas de demografía y salud, 2010-11

Debido a la falta de acceso a las pruebas, una de cada cuatro personas que inician el tratamiento antirretroviral en los países de ingresos bajos y medios tiene recuentos de linfocitos CD4 por debajo de 100, lo que refleja un diagnóstico tardío y, en consecuencia, un alto riesgo de enfermedad y mortalidad relacionadas con el VIH.⁵

En todas las regiones, es más probable que una mayor cantidad de mujeres se hayan realizado la prueba en comparación con los hombres, posiblemente debido a que se ha implementado como rutina dentro de los entornos de atención prenatal la oferta de la prueba del VIH. Si bien el número de pruebas del VIH realizadas en 76 países que presentan datos relevantes en sus Informes mundiales de avances en la lucha contra el sida aumentó aproximadamente un 12 % en 2012, se necesitarán logros mucho mayores en cuanto a la aceptación de las pruebas del VIH para aumentar la proporción de personas que viven con el VIH que tienen acceso al tratamiento.

Hasta hace poco tiempo, la principal modalidad para la realización de la prueba en muchos países fueron las clínicas independientes donde se ofrecían asesoramiento y pruebas de manera voluntaria. En 2004, el ONUSIDA amplió sus guías sobre las pruebas para respaldar las ofertas de pruebas del VIH iniciadas por los proveedores y pormenorizó las guías de la OMS y el ONUSIDA sobre la realización de pruebas iniciadas por los proveedores en 2007. Algunos estudios de países sugieren que el asesoramiento y las pruebas iniciadas por los proveedores lograron incrementar la cobertura de las pruebas del VIH.⁶ En los últimos años, se demostró que las pruebas domiciliarias puerta a puerta aumentaron el alcance de los servicios de pruebas del VIH en África subsahariana.^{7,8} El uso de pruebas del VIH de diagnóstico rápido proporciona un resultado inicial en menos de 30 minutos y podría acelerar la recepción de información por parte de las personas y los servicios y los sistemas de apoyo requeridos. Dichas pruebas proporcionaron algunos resultados prometedores en poblaciones difíciles de alcanzar.

Se han observado limitaciones en estos enfoques, entre ellas, la infrautilización del asesoramiento y las pruebas realizadas en los centros en forma voluntaria e independiente, las tasas bajas de pruebas solicitadas por los clientes en las poblaciones clave,⁹ los costos altos y las preocupaciones respecto del anonimato asociadas con campañas puerta a puerta, y la falta de acceso por parte de los hombres, las poblaciones rurales y los pobres.¹⁰ Muchos países reconocieron la necesidad de aumentar el conocimiento del estado serológico del VIH y de alentar el diagnóstico más temprano de la infección, por lo que usan pruebas en ambos miembros de la pareja y otros métodos de pruebas innovadores.

Además de su idoneidad para ser usadas en entornos comunitarios y basados en los centros, las pruebas de diagnóstico rápido pueden ser utilizadas por una persona en la privacidad de su hogar. En 2012, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos de América aprobó una prueba del VIH de diagnóstico rápido mediante secreciones orales y la puso a disposición del público como producto de venta libre en ese país. Desde 2004, la OMS ha preseleccionado las pruebas de diagnóstico rápido de secreciones orales, pero su costo continúa siendo relativamente alto. Con el anonimato que ofrece que la persona misma se realice la prueba y la alta aceptabilidad hallada en ejercicios piloto en entornos de epidemia concentrada y epidemia generalizada, este enfoque tiene el potencial para reconsiderar los métodos convencionales y las suposiciones sobre las pruebas. Varios estudios se encuentran investigando el impacto del autodiagnóstico sobre la vinculación con la atención. Los resultados preliminares de un importante estudio clínico aleatorizado en grupos de Malawi halló que, en el período de seguimiento inicial (cuatro meses), la aceptación del tratamiento contra el VIH en las comunidades solo mediante pruebas de autodiagnóstico no era mejor que la condición de control, pero la aceptación era más del doble cuando el autodiagnóstico era acompañado por el inicio del tratamiento antirretroviral domiciliario.

Garantizar que las personas que viven con el VIH reciban un diagnóstico de manera más temprana requiere la ampliación de las pruebas del VIH en entornos de atención y comunitarios. Brasil, Kenya, Malawi, Sudáfrica, Uganda, la República Unida de Tanzania y Zambia han integrado la promoción de las pruebas del VIH a campañas comunitarias que proporcionan análisis sistemáticos o servicios de prevención para múltiples enfermedades (por ejemplo, distribución de mosquiteros tratados con insecticida de larga duración,

filtros para agua segura, métodos de detección de diabetes, hepatitis o de infecciones de transmisión sexual). Las organizaciones comunitarias locales desempeñaron un rol clave en el aumento de la aceptación de las pruebas en Zimbabwe a mediados de los años 2000.¹¹ Project Accept (HPTN 043), un estudio comunitario aleatorizado a gran escala, halló que el compromiso de la comunidad, las pruebas móviles y los servicios posteriores a las pruebas daban como resultado una mayor aceptación de las pruebas que el asesoramiento y las pruebas voluntarias tradicionales basados en los centros de atención. Una revisión sistemática y un metanálisis de la evidencia sobre el asesoramiento y las pruebas del VIH a nivel comunitario mostraron que las pruebas basadas en la comunidad tuvieron una tasa de aceptación alta, lograron acercarse a las personas que viven con el VIH con recuentos altos de linfocitos CD4 y vincularon a las personas con la atención.¹²

Existen pocos datos sistemáticos sobre la proporción de personas que viven con el VIH que están vinculadas con la atención.¹³ Se observaron resultados contradictorios con respecto a la retención en la atención de las personas una vez que se vinculan con esta. Según los datos de 18 países, la retención en la atención del VIH disminuye con el tiempo, con tasas de retención del 86 % a los 12 meses y del 72 % a los 60 meses. Las tasas de retención informadas varían considerablemente entre los países. Se ha demostrado que el apoyo para la alimentación respalda el éxito del tratamiento contra el VIH, incluidos el cumplimiento y la retención en la atención.¹⁴

Mejorar la retención a través del compromiso de la comunidad

Catholic Relief Services, una organización miembro de Caritas Internationalis, ha trabajado con un consorcio de socios para implementar AIDSRelief, un programa de atención del VIH y su tratamiento que fue fundado por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR) en 2004. El programa AIDSRelief respaldó la rápida ampliación de los servicios de atención y tratamiento contra el VIH para las poblaciones pobres y marginadas de 10 países de África, el Caribe y América Latina. El programa trabajó principalmente con socios religiosos locales, entre ellos, hospitales, clínicas, dispensarios y grupos comunitarios locales, incluidas las personas que viven con el VIH.

AIDSRelief desarrolló un método que permitió alcanzar un adecuado cumplimiento del tratamiento, haciendo uso del compromiso familiar y de la comunidad, una óptima selección de fármacos, el uso de registros médicos longitudinales y el respaldo calificado brindado por médicos, laboratorios, farmacias y la comunidad. AIDSRelief comprendió cómo tratar a cada paciente para obtener los mejores resultados individuales y cómo ampliar ese modelo para tratar a miles y miles de personas sin comprometer la calidad ni limitar la inscripción de los pacientes. Catholic Relief Services y sus socios fortalecieron deliberadamente las capacidades locales y luego aplicaron el programa AIDSRelief a nivel local. Hacia el final del programa AIDSRelief en febrero de 2013, se habían inscrito más de 700 000 pacientes para recibir atención, incluidos 395 000 pacientes con tratamiento antirretroviral, con una pérdida de seguimiento del 10,6 %, una tasa de retención del 85 %, una tasa de mortalidad del 7,8 % y una supresión viral del 88,2 %.

Los análisis recientes de las cascadas en Brasil, China, Malawi y Viet Nam confirman la pérdida de muchas personas en varias etapas de la continuidad del tratamiento contra el VIH, lo que reduce la proporción de personas que viven con el VIH que logran la supresión viral y otros beneficios del tratamiento.¹⁵ Dichos análisis pueden ayudar a que los planificadores nacionales y los ejecutores de programas diseñen intervenciones focalizadas para mejorar los resultados de los programas. Estos ejercicios también son útiles para orientar la planificación e implementación de estudios que buscan identificar factores de riesgo de falta de retención y evaluar intervenciones destinadas a reducir la pérdida de pacientes durante el proceso de tratamiento contra el VIH. Los grupos comunitarios y las personas que intervienen en el cuidado están en posición de ejercer una función importante en el cumplimiento del tratamiento. Los esfuerzos para vigilar los resultados en toda la cascada de tratamientos contra el VIH deben basarse en la población total de personas que viven con el VIH, con y sin diagnóstico como denominador para el análisis.

La continuidad de la atención es particularmente difícil para las personas que viven con el VIH que están afectadas por crisis humanitarias. Un ejercicio de relevamiento

de mapas de 2013 llevado a cabo por ACNUR concluyó que muchas personas que recibían tratamiento antirretroviral en la República Centroafricana fueron obligadas a huir del país como resultado de los conflictos, lo que derivó en la interrupción del tratamiento contra el VIH para miles de personas debido a la falta de servicios sanitarios funcionales en los lugares remotos hacia los cuales emigraron.

Como medida adyuvante de la cascada, podría ser útil para los países calcular la proporción de la población adulta total sin supresión del VIH. En los países con muy poca cobertura de tratamiento contra el VIH, esta cifra será prácticamente la misma que la prevalencia del VIH en los adultos. Sin embargo, en tanto los países amplíen el tratamiento contra el VIH, la proporción de la población sin supresión de la carga viral disminuirá, lo que reflejará un entorno más seguro a nivel poblacional, con menos posibilidades de transmisión. A medida que se proyecta el crecimiento de la prevalencia del VIH debido a que las personas viven más tiempo como resultado del tratamiento, el porcentaje de personas sin supresión de la carga viral puede convertirse en un indicador más útil del potencial de transmisión del VIH.

MEJORAR LA DURABILIDAD Y LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO CONTRA EL VIH

El tratamiento contra el VIH es de por vida y, en la mayoría de los casos, debe permitir que una persona viva durante un período cercano al normal. Con esta finalidad, se requieren esquemas terapéuticos duraderos para demorar la aparición de la fármacorresistencia, que refleja el fracaso del tratamiento y señala la necesidad de cambiar de esquema. Las evaluaciones anteriores sugirieron que un 6 % de todas las personas que recibían tratamiento de primera línea en África subsahariana debieron cambiar a tratamientos de segunda línea en cualquier año determinado. A pesar de las deficiencias observadas en la cascada de tratamientos contra el VIH, es posible lograr resultados robustos. Recientemente, Rwanda informó que el 86 % de las personas que iniciaron el tratamiento antirretroviral lograron la supresión viral 18 meses más tarde, mientras que Senegal informó que el 80 % de las personas que recibieron tratamiento antirretroviral lograron la supresión viral después de cinco años.¹⁶

Con la meta de aumentar la durabilidad del tratamiento contra el VIH, simplificar los procesos de adquisición, ahorrar costos, minimizar los efectos secundarios y mejorar el cumplimiento del tratamiento, las guías sobre tratamiento antirretroviral de la OMS de 2013 recomiendan que los pacientes elegibles reciban, siempre que sea posible, un esquema simplificado de un único comprimido diario. La OMS recomienda que los pacientes que actualmente reciben esquemas terapéuticos más complicados cambien a una pauta posológica más sencilla y que los esfuerzos específicos se centren en la transición de los pacientes para dejar los esquemas que contienen d4T (estavudina), que ha sido asociada con efectos secundarios que algunas veces resultan graves. En 2012, en Viet Nam se asoció el uso de un esquema terapéutico de un único comprimido diario con mayor cumplimiento del tratamiento contra el VIH.

El uso de esquemas optimizados y más duraderos es un componente importante del enfoque Tratamiento 2.0, que tiene como objeto catalizar una nueva fase de la atención del VIH y su tratamiento VIH. Según los informes intermedios, los países de América Latina, Asia y el Pacífico, Europa oriental y Asia central usan Tratamiento 2.0 como herramienta de asistencia para definir e implementar políticas y programas para el tratamiento contra el VIH relevantes a nivel local. Algunos aspectos de Tratamiento 2.0, como la simplificación del laboratorio, continúan en proceso de realización; se están implementando tecnologías para el recuento de linfocitos CD4 que se pueden usar en el punto de atención en algunos lugares, como Jamaica, pero se requiere trabajo adicional para desarrollar la capacidad suficiente para la supervisión del tratamiento antirretroviral mediante el uso de pruebas de cargas virales. De acuerdo con la meta de Tratamiento 2.0, aprovechar el compromiso de la comunidad para aumentar la aceptación del tratamiento contra el VIH, Argentina ha reforzado los vínculos entre los centros de tratamiento y los grupos comunitarios para respaldar el cumplimiento del tratamiento.

Tratamiento 2015: velocidad, enfoque, innovación

Tratamiento 2015 tiene como objeto catalizar más rápidamente el avance hacia el acceso universal al tratamiento contra el VIH. Se necesitarán nuevas formas de pensar y operar. Tratamiento 2015 se desarrolla a partir de un trabajo previo para ampliar el acceso al tratamiento contra el VIH, incluido el esfuerzo anterior llamado 3x5, el plan del PEPFAR: crear una generación sin sida, la iniciativa Tratamiento 2.0 y el Plan mundial hacia la eliminación de las nuevas infecciones por el VIH en los niños para el año 2015 y mantener con vida a sus madres. Tratamiento 2015 enfatiza tres elementos críticos para lograr el éxito:

Velocidad. La ampliación rápida permite que las respuestas modifiquen la epidemia en sí, con una mayor prevalencia a medida que más personas viven más tiempo y llevan vidas más saludables y el potencial de reducir las nuevas infecciones por el VIH en las comunidades. En numerosos países y áreas, la rápida ampliación del tratamiento contra el VIH ha derivado en descensos notables en la mortalidad asociada al sida mientras que la alta cobertura de tratamiento está relacionada con tasas más bajas de nuevas infecciones por el VIH.

Enfoque. Debido a que es posible que las personas que actualmente reciben tratamiento contra el VIH sean las más fáciles de alcanzar, un mayor progreso hacia el acceso universal exigirá una acción intensificada para acercar los servicios de tratamiento y las pruebas del VIH a las personas que actualmente no los reciben. Tratamiento 2015 solicita a todos los países que usen de inmediato los datos disponibles para identificar a las poblaciones y los entornos geográficos clave con alta prevalencia del VIH y una desproporcionada necesidad de tratamiento no cubierta. A nivel mundial, Tratamiento 2015 insta a un enfoque particularmente intensivo sobre los 30 países en donde viven el 90 % de las personas con una necesidad insatisfecha de tratamiento contra el VIH.

Innovación. Se precisan nuevos enfoques para traducir más rápidamente los avances científicos en una acción concreta en los países. Debe darse rienda suelta a la innovación para volver a conceptualizar las pruebas del VIH, vincular a las personas con un tratamiento y atención integrales en una etapa más temprana de la infección y fortalecer los sistemas comunitarios.

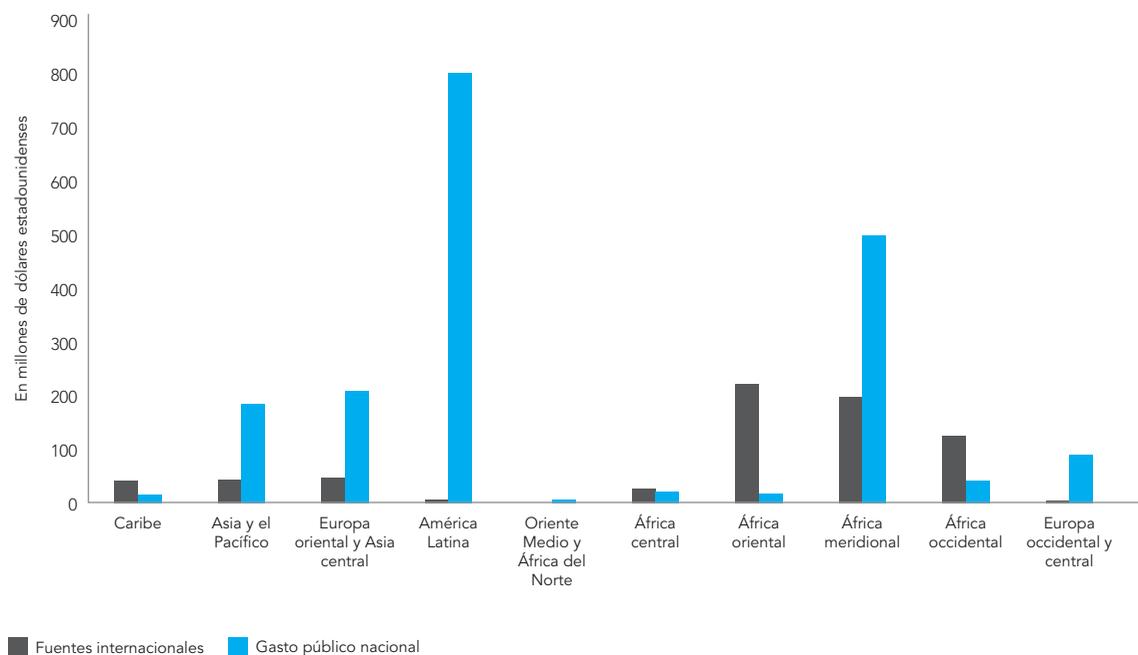
FINANCIACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

En 2012, se ofrecieron aproximadamente USD9,9 mil millones para el tratamiento y la atención del VIH en los países de ingresos bajos y medios. En la mayoría de las regiones, el gasto nacional representa la única y mayor fuente de financiación para los programas de tratamiento contra el VIH. No obstante, muchos países, en especial los de África oriental, central y occidental, continúan dependiendo considerablemente de la financiación internacional para sus programas de tratamiento antirretroviral (véase la Figura 4.5). Varios países están explorando estrategias innovadoras para diversificar las fuentes de financiación y generar otras que sean renovables para los programas relacionados con el VIH, problema que se aborda con mayor detalle en la sección 6.

Si bien ha bajado el costo de los medicamentos antirretrovirales, es necesario que disminuya aún más para acelerar la aceptación y asegurar la sostenibilidad de los programas de tratamiento contra el VIH. Una estrategia para reducir la dependencia de la financiación internacional para el tratamiento contra el VIH es desarrollar una capacidad sólida en los países de ingresos bajos y medios para importar y, además, fabricar medicamentos esenciales. La publicación *Roadmap on Shared Responsibility and Global Solidarity for the AIDS, Tuberculosis and Malaria Response in Africa* de la Unión Africana exige inversiones para establecer centros de fabricación farmacéutica regionales, esfuerzos intensificados para asegurar la transferencia del conocimiento y la tecnología a la región, la armonización de los sistemas normativos y el uso máximo de las flexibilidades permitidas conforme al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (TRIPS).

FIGURA 4.5

Gasto internacional y gasto público nacional en tratamiento antirretroviral en países de ingresos bajos y medios, por región, varios años hasta 2013



Fuente: GARPR 2013.

Si bien varios países han usado las flexibilidades disponibles de manera eficaz para mejorar la asequibilidad de los medicamentos esenciales para el VIH, aún no se han utilizado adecuadamente las flexibilidades ofrecidas por el TRIPS como estrategia para disminuir aún más los precios de los medicamentos antirretrovirales. Mientras las revisiones intermedias de los países reconocieron el impacto de los derechos de propiedad intelectual sobre el acceso a los medicamentos, solo unos pocos países de las regiones de Asia y el Pacífico y América Latina mencionaron acciones concretas para hacer uso de las flexibilidades del TRIPS existentes. Algunos países citaron preocupaciones en relación con el probable impacto de los acuerdos de libre comercio bilaterales y multinacionales sobre la futura disponibilidad de medicamentos asequibles, aunque en los informes de los países también se mencionó la falta de conocimiento y experiencia como obstáculo para el desarrollo de entornos legislativos favorables a fin de minimizar las barreras de propiedad intelectual para acceder a los medicamentos esenciales.

MIRAR HACIA EL FUTURO

Los 109 países que informaron resultados de sus revisiones intermedias en agosto de 2013 identificaron el tratamiento contra el VIH como prioridad en el plan estratégico nacional. De esos 109 países, 15 informan que no están en vías de lograr sus objetivos de tratamiento contra el VIH para el año 2015. A escala global, si bien el objetivo de 2015 de ofrecer tratamiento antirretroviral a 15 millones de personas está dentro del alcance, deberá acelerarse el ritmo de la ampliación si se desea alcanzar esta meta en el mundo. Si todos los países de ingresos bajos y medios adoptan las guías de la OMS de 2013, el número estimado de personas que necesitan tratamiento antirretroviral aumentará a 30,7 millones en 2015.

Las revisiones intermedias nacionales observaron varios problemas para la ampliación acelerada del tratamiento contra el VIH, entre ellos, los inconvenientes para motivar a las personas a tomar conocimiento de sus estados serológicos con respecto al VIH, los efectos disuasivos del estigma y la discriminación, los frecuentes desabastecimientos de medicamentos antirretrovirales y la falta de capacidad de los laboratorios para supervisar el recuento de linfocitos CD4, la carga viral y la fármacorresistencia. Como preocupación dominante, los países expresaron su ansiedad en relación con la sostenibilidad de los programas para el tratamiento contra el VIH y mencionaron la necesidad de reducir aún más los precios de los medicamentos antirretrovirales (incluidos, entre otros, los esquemas de segunda y tercera línea) y de obtener financiación en forma sostenida. Varios países de América Latina, Asia y el Pacífico y África occidental y central manifestaron su inquietud en relación con las consecuencias financieras de implementar las guías sobre el tratamiento contra el VIH de la OMS de 2013, que aumentan sustancialmente la cantidad de personas elegibles para recibir tratamiento contra el VIH.

Con la meta de alcanzar el objetivo de tratamiento contra el VIH de 2015, las revisiones intermedias identificaron varias estrategias clave para avanzar. Los informes enfatizaron la importancia fundamental de un compromiso político sólido y sostenido para asegurar las inversiones necesarias a fin de continuar la ampliación. Se deben intensificar los esfuerzos para involucrar a la sociedad civil en la creación de la demanda, la prestación de servicios, los programas de educación sobre tratamientos y el desarrollo de sistemas de advertencia temprana sobre el desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales. Los países exigieron iniciativas regionales y mundiales para abordar los obstáculos del mercado farmacéutico, entre ellos los aspectos normativos, como el control de calidad de fármacos, la gestión de los derechos de propiedad intelectual, una óptima fijación de precios de los fármacos y la producción local de antirretrovirales. Numerosos informes de los países también enfatizaron la necesidad de una mayor integración de la respuesta al VIH en el sector de la salud y en otros sectores.

El marco de *Tratamiento 2015* proporciona una manera clara para acelerar el avance en la ampliación del tratamiento contra el VIH. Sobre la base del objetivo de 2015 como un hito clave para la ampliación, *Tratamiento 2015* ofrece un marco para la ampliación acelerada hacia el acceso universal al tratamiento contra el VIH. Para generar una demanda sólida del tratamiento contra el VIH, los países deben volver a conceptualizar las pruebas del VIH mediante la adopción de estrategias proactivas múltiples para fomentar el conocimiento del estado serológico con respecto al VIH, invertir en iniciativas de educación comunitaria, eliminar los obstáculos disuasivos para el acceso al tratamiento contra el VIH y enfatizar los beneficios preventivos y terapéuticos de su tratamiento. A fin de garantizar la inversión para acelerar la ampliación, es necesario elevar las contribuciones nacionales e internacionales, hacer avances continuos para mejorar la eficiencia de los programas de tratamiento contra el VIH, reforzar los sistemas sanitarios y comunitarios, alentar la innovación programática para fomentar una ampliación más rápida y generar los medios para fabricar medicamentos antirretrovirales en África. Por último, es necesario avanzar en la prestación de servicios a través de la implementación de modelos de prestación eficientes e innovadores, progresar en el aseguramiento del acceso equitativo, fomentar la responsabilidad a través de mediciones rigurosas de los resultados y forjar asociaciones estratégicas para el tratamiento contra el VIH que aprovechen la experiencia y pericia específicas de las diversas partes interesadas.

Tratamiento 2015 requiere un enfoque mejorado para acelerar la ampliación.¹⁷ Si bien el marco es aplicable en todos los países y las regiones, se precisan esfuerzos intensificados en 30 países donde viven nueve de cada diez personas que tienen una necesidad de tratamiento contra el VIH no cubierta: Angola, Brasil, China, Camerún, Chad, Colombia, Côte d'Ivoire, Etiopía, Federación de Rusia, Ghana, India, Indonesia, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Myanmar, Nigeria,

República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Sudáfrica, Sudán del Sur, Tailandia, Togo, Uganda, Ucrania, Viet Nam, Zambia y Zimbabwe.

Del mismo modo que el tratamiento contra el VIH depende de la ampliación del diagnóstico del VIH, la simplificación, la optimización, la disponibilidad, los nuevos criterios estándar de elegibilidad y el acceso ampliado al tratamiento contra el VIH tienen impactos profundos en las pruebas del VIH y en el significado y las repercusiones de conocer el estado serológico propio. Facultar a las personas para que tomen conocimiento de su estado serológico requiere la simplificación de las tecnologías de las pruebas y de la manera en que las personas acceden a los servicios de realización de las pruebas.

LIDERAZGO E INNOVACIÓN PARA LA AMPLIACIÓN DEL TRATAMIENTO CONTRA EL VIH

En el mundo, los países han dado pasos firmes para prestar servicios de tratamiento contra el VIH a aquellas personas que los necesitan. Por ejemplo, en Viet Nam la ampliación ha sido rápida, y los nuevos pacientes representaron el 23 % de las 72 711 personas que recibían tratamiento antirretroviral en 2012. Viet Nam ha extendido el tratamiento antirretroviral en entornos cerrados (como centros educativos y prisiones) y logró una tasa de retención que supera el 80 %. También ha implementado proyectos en dos distritos para la iniciación temprana del tratamiento antirretroviral.

Varios países han trabajado para ampliar los recursos humanos destinados a la salud. Por ejemplo, Malawi ha sido un pionero en la administración de tratamiento antirretroviral por parte del personal de enfermería y la integración de los trabajadores de la salud comunitarios a varios servicios relacionados con el VIH, incluida la administración del tratamiento contra el VIH a los trabajadores de la salud comunitarios especializados.

Los esfuerzos innovadores ayudan a mejorar la calidad de los servicios de tratamiento contra el VIH. Mozambique, por ejemplo, se encuentra en una posición destacada con respecto al uso de nuevas herramientas de diagnóstico, como los dispositivos en el punto de atención que ya se están usando para las lecturas de recuentos de linfocitos CD4 y, actualmente, están en estudio para la supervisión de la carga viral. El uso de tecnología móvil en Mozambique ha ayudado a mejorar la retención de pacientes, proporciona respaldo al cumplimiento del tratamiento y mejora la gestión de la información.

Argentina ha establecido sistemas de advertencia temprana para supervisar la resistencia del virus y fomentar el cumplimiento del tratamiento contra el VIH. Los equipos interdisciplinarios en hospitales y centros de salud colaboran con las organizaciones de la sociedad civil en un esfuerzo por mejorar la eficacia del tratamiento.

Sudáfrica ha optimizado la sostenibilidad a largo plazo de su programa de tratamiento contra el VIH. En 2012, una licitación de casi USD700 millones para esquemas terapéuticos antirretrovirales de dosis fijas derivó en una reducción de precios del 38 % con una combinación de dosis fijas (tenofovir, emtricitabina y efavirenz) y permitirá ahorrar USD260 millones en 2013-2014.

Garantizar el acceso universal al tratamiento antirretroviral en los países de ingresos medios

A pesar de que los esfuerzos por hacer extensivo el acceso al tratamiento antirretroviral se han concentrado fundamentalmente en los países de ingresos bajos, la vía para garantizar el acceso universal al tratamiento contra el VIH en los países de ingresos medios continúa planteándose como un gran problema. En junio de 2013, los delegados de más de 20 países de ingresos medios de todas las regiones se reunieron en Brasil con representantes de la sociedad civil y organizaciones internacionales con el fin de evaluar estrategias para ampliar el acceso al tratamiento contra el VIH en los países de ingresos medios. El éxito de la estrategia en estos países cumplirá una función clave en la búsqueda del acceso universal, debido a que se prevé que la mayoría de las personas con VIH vivirán en esos países para el año 2020.

A menudo, los países de ingresos medios, que cada vez más son vistos como posibles mercados farmacéuticos lucrativos, no reciben los beneficios de las iniciativas internacionales relativas al acceso a los medicamentos. Muchos de estos países pagan precios elevados por los medicamentos antirretrovirales. Si bien este es el caso de los medicamentos utilizados en tratamientos de segunda y tercera línea, incluso algunas combinaciones de dosis fijas de primera línea recomendadas por la OMS resultan inasequibles para ciertos países de ingresos medios. Actualmente, el tratamiento antirretroviral en los países de ingresos medios está siendo financiado a través de las asignaciones de los presupuestos nacionales y de los gastos de bolsillo. A medida que aumenta la demanda de tratamiento contra el VIH, en parte debido a la ampliación de la elegibilidad anunciada en las guías consolidadas para el tratamiento antirretroviral de la OMS de 2013, corre peligro el acceso futuro a opciones asequibles de tratamiento contra el VIH.

La reunión de Brasilia incluyó un debate y análisis profundos sobre los mercados y la fijación de precios de los medicamentos para tratar el VIH, su estado normativo en los diferentes países y las estrategias que se están implementando para garantizar una administración pública de los derechos de propiedad intelectual orientada a la salud. Se destacó la importancia del uso compartido de la información y el apoyo técnico entre los países de ingresos medios y se hizo particular hincapié en el establecimiento o la mejora de plataformas para el intercambio de información sobre precios y patentes. Los participantes recomendaron modos en que los países y los organismos multilaterales pueden colaborar para superar los obstáculos relacionados con los mecanismos para fijar los precios, las cuestiones normativas, la administración de la propiedad intelectual y la movilización comunitaria.¹⁸

- Realizar relevamientos de los mecanismos de fijación de precios.
- Implementar plataformas de intercambio de información sobre precios y patentes.
- Ofrecer apoyo a la sociedad civil en materia de promoción relacionada con la propiedad intelectual.
- Mejorar la transparencia de los acuerdos de licencias.
- Reforzar la colaboración entre la OMS y los organismos nacionales de reglamentación farmacéutica para el control de la calidad propuesto en el programa de precalificación de productos de la OMS.
- Realizar campañas para promover la calidad de los medicamentos genéricos.

5. REDUCIR LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

La tuberculosis continúa siendo la principal causa de muerte en las personas que viven con el VIH. En el año 2012, la cantidad de personas que vivían con el VIH llegó a 1,1 millones (13 %) de las 8,7 millones de personas que se estima contrajeron tuberculosis a nivel mundial. De las 2,8 millones de personas con tuberculosis que recibieron el resultado de la prueba del VIH en el año 2012, el 20 % obtuvieron un resultado positivo, incluido el 42 % de las personas con tuberculosis en África subsahariana. Más del 75 % de los casos nuevos de tuberculosis estimados en personas VIH-positivas viven en solo diez países (Etiopía, India, Kenya, Mozambique, Nigeria, República Unida de Tanzania, Sudáfrica, Uganda, Zambia y Zimbabwe).

Como resultado del avance sostenido logrado en relación con satisfacer las necesidades de los pacientes con tuberculosis que viven con el VIH, en el mundo se está por alcanzar el objetivo establecido para 2015 de reducir en un 50 % las muertes relacionadas con la tuberculosis en personas que viven con el VIH. Sin embargo, el avance hacia la reducción de la mortalidad se está estabilizando; en consecuencia, los países deben continuar reforzando sus esfuerzos.

Es necesario implementar urgentemente estrategias comprobadas de prevención y tratamiento para abordar las epidemias interrelacionadas del VIH y la tuberculosis. Si se plantea la aceleración de los beneficios, es fundamental ampliar el tratamiento antirretroviral. Si bien es crucial concentrar los esfuerzos para proporcionar tratamiento antirretroviral a todas las personas con tuberculosis VIH-positivas, una mayor ampliación del tratamiento contra el VIH también puede contribuir al objetivo global al reducir la cantidad de personas que padecen tuberculosis activa. Para un mayor respaldo de los esfuerzos de prevención, debe implementarse eficazmente la estrategia de *Las tres íes* para el VIH y la tuberculosis: *intensificación* de la búsqueda de casos, tratamiento preventivo con *isoniacida* y control de las *infecciones* en los ámbitos clínicos.

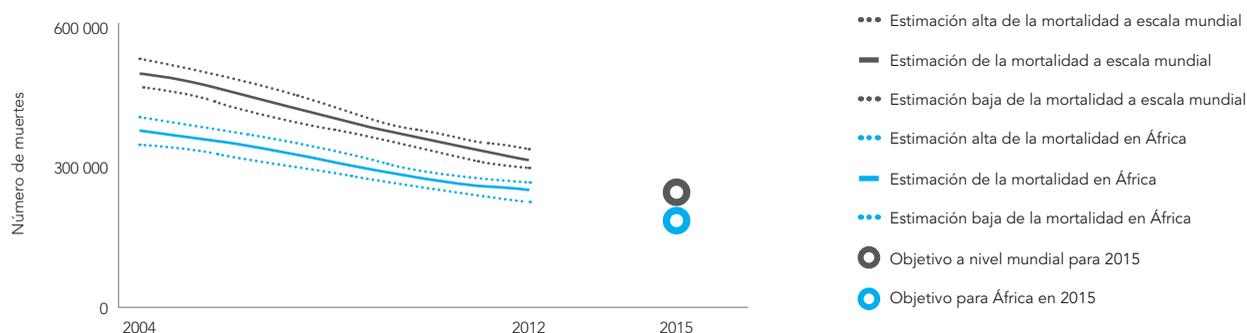
AVANCE HACIA LA DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS

El objetivo global apunta a reducir la cantidad de muertes relacionadas con la tuberculosis en las personas que viven con el VIH a menos de 250 000 para el año 2015. El mundo ha alcanzado importantes logros en el camino hacia este objetivo (véase la Figura 5.1). Desde 2004, las muertes relacionadas con la tuberculosis en las personas que viven con el VIH han disminuido un 36 % en todo el mundo, y un tanto menos en África, que alberga al 75 % de todas las personas que viven con tuberculosis y VIH. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la ampliación de las actividades de colaboración en pos del tratamiento contra el VIH y la tuberculosis (como la realización de pruebas del VIH, la aplicación del tratamiento antirretroviral y la implementación de la estrategia de *Las tres íes*) evitó 1,3 millones de muertes entre 2005 y 2012.

De los 41 países con alta carga de tuberculosis y VIH, se estima que 17 han reducido el número de muertes relacionadas con la tuberculosis en las personas que viven

FIGURA 5.1

Cantidad estimada de mortalidad por tuberculosis en las personas que viven con el VIH, a escala mundial y en África, de 2004 a 2012



Fuente: Informe global sobre la tuberculosis de 2013. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (la estimación detallada por país se encuentra en el informe de la OMS).

TABLA 5.1

Cambio estimado en la mortalidad por tuberculosis en las personas que viven con el VIH en 41 países con carga alta de tuberculosis y VIH, de 2004 a 2012

Reducción >50 %

Botswana
Burkina Faso
Burundi
Camboya
Côte d'Ivoire
Etiopía
Ghana
Haití
Malawi
Myanmar
Namibia
Nigeria
República Centroafricana
Rwanda
Tailandia
Uganda
Zimbabwe

Reducción entre el 25 % y el 50 %

Camerún
Chad
China
Djibouti
India
Kenya
Mali
República Unida de Tanzania
Zambia

Reducción <25 %

Angola
Brasil
Congo
Indonesia
Lesotho
Mozambique
Rep. Dem. del Congo
Federación de Rusia
Sierra Leona
Sudáfrica
Sudán
Swazilandia
Togo
Ucrania
Viet Nam

con el VIH en más del 50 %, mientras que nueve países han reducido las muertes entre un 25 % y un 50 %. Sin embargo, en algunos de estos países, la mortalidad disminuyó en menor medida, o incluso se ha incrementado.

LA AMPLIACIÓN DEL ACCESO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL AYUDA A PREVENIR LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH.

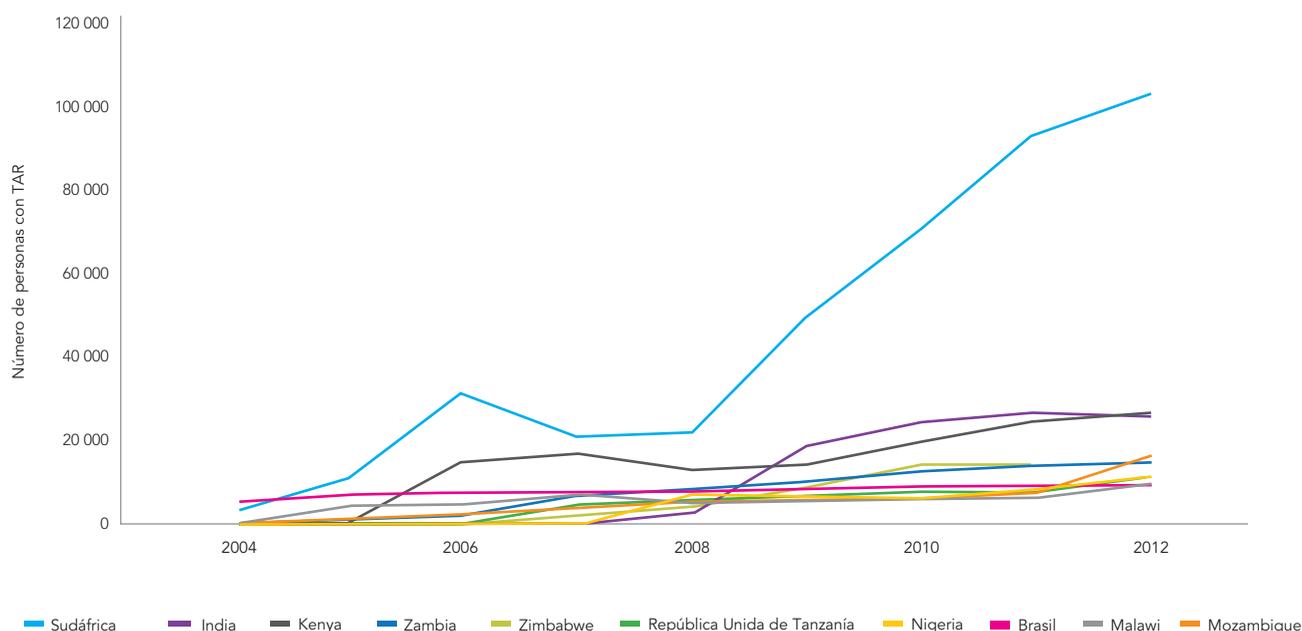
El tratamiento antirretroviral reduce en un 65 % el riesgo de que una persona que vive con VIH contraiga tuberculosis¹ y el tratamiento contra el VIH disminuye aproximadamente un 50 % el riesgo de muerte en las personas que viven con el VIH y padecen tuberculosis. En las personas coinfectadas por VIH y tuberculosis latente,

el tratamiento antirretroviral repara el sistema inmunitario dañado por el VIH, lo que previene que sobrevenga una tuberculosis activa. En los casos en que la infección latente ha progresado a tuberculosis activa, el tratamiento antirretroviral aumenta la capacidad del organismo para responder ante la enfermedad. Al reconocer la función central que cumple el tratamiento antirretroviral en la prevención de la mortalidad por tuberculosis en las personas que viven con el VIH, la política de la OMS sobre las actividades de colaboración en pos del tratamiento contra el VIH y la tuberculosis, junto con las guías sobre el tratamiento antirretroviral de 2013, recomienda comenzar el tratamiento contra el VIH de manera inmediata en las personas que viven con el VIH y contraen tuberculosis, independientemente del recuento de linfocitos CD4.

De los diez países con mayor cantidad de personas con tuberculosis que viven con el VIH y que reciben tratamiento antirretroviral, Sudáfrica ha experimentado el éxito más notorio en la ampliación del acceso al tratamiento antirretroviral, al registrar más de 100 000 personas con VIH y tuberculosis que recibieron tratamiento contra el VIH en 2012. El porcentaje de personas que se estima que tienen tuberculosis relacionada con el VIH y que recibieron tratamiento antirretroviral en 2012 fue un 59 % en Kenya, un 57 % en Malawi, un 41 % en Zambia y un 34 % en la República Unida de Tanzania. De esos países, los que obtuvieron los mayores incrementos en la cantidad de personas que recibieron tratamiento antirretroviral en 2012 fueron Mozambique (101 %), Malawi (48 %), la República Unida de Tanzania (43 %) y Nigeria (29 %) (véase la Figura 5.2).

A pesar de estos logros, la cobertura aún resulta insuficiente en los países que presentan las mayores cargas de morbilidad por el VIH y la tuberculosis. De los diez países que informaron el número más alto de casos de VIH y tuberculosis con tratamiento antirretroviral, solo Kenya y Malawi suministraron el tratamiento a más de un 50 % de los casos nuevos estimados de tuberculosis en personas VIH-positivas en 2012. En general, el ritmo de ampliación del tratamiento antirretroviral para las personas que viven con el VIH y la tuberculosis se está estabilizando en los diez países con mayor carga de VIH y tuberculosis.

FIGURA 5.2
Número de pacientes VIH-positivos con tuberculosis que reciben tratamiento antirretroviral, informado por diez países, de 2004 a 2012



Fuente: Informe GARPR 2013, ONUSIDA; Informe global sobre la tuberculosis de 2013. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013

A nivel mundial, la cobertura del tratamiento antirretroviral para las personas que viven con el VIH y la tuberculosis sigue siendo insuficiente (véase la Tabla 5.2). Mientras que, en 2012, se suministró tratamiento antirretroviral al 65 % de todas las personas que viven con el VIH y eran elegibles para el tratamiento, solo un 57 % de las personas diagnosticadas con coinfección por el VIH y la tuberculosis recibieron tratamiento antirretroviral. De los 41 países prioritarios para el desarrollo de actividades de colaboración contra el VIH y la tuberculosis, solo cuatro (Brasil, Kenya, Malawi y Ucrania) lograron ofrecer una cobertura de tratamiento de, al menos, un 50 % para los casos nuevos estimados de VIH y tuberculosis, mientras que en Congo se registró una cobertura sumamente baja, llegando a menos del 5 % de tratamiento contra el VIH para los casos nuevos estimados de tuberculosis en personas VIH-positivas en Sudán durante 2012. En especial, en las áreas con alta prevalencia de tuberculosis multirresistente, los costos de los medicamentos esenciales pueden ser elevados, dato que destaca la importancia de contar con alternativas genéricas para garantizar la asequibilidad de los esfuerzos contra el VIH y la tuberculosis.

LAS PRUEBAS DEL VIH: UNO DE LOS PRINCIPALES OBSTÁCULOS

Es necesario obtener un diagnóstico temprano de la infección por el VIH en los pacientes con tuberculosis para el tratamiento eficaz del VIH. La cantidad de personas que viven con el VIH y reciben el diagnóstico de tuberculosis aumenta cada año; sin embargo, la implementación de las pruebas del VIH de rutina y el asesoramiento sobre el virus en los centros de atención de la tuberculosis continúan siendo inadecuados. Esto retrasa aún más el avance hacia la aplicación del tratamiento esencial del VIH en los casos de tuberculosis en personas VIH-positivas.

La proporción de personas con tuberculosis a las que se les realizó la prueba del VIH en 2012 aumentó a 2,8 millones, un 14 % más en comparación con 2011. El mayor avance se registró en África subsahariana, donde en 2012 se realizó la prueba del VIH al 75 % de los casos de tuberculosis notificados (véase la Tabla 5.3).

TABLA 5.2
Porcentaje de pacientes VIH-positivos con tuberculosis contraída recientemente que reciben tratamiento antirretroviral

>50 %		50 %-25 %		<25 %	
Ucrania	92	Botswana	49	Viet Nam	24
Kenya	59	Rwanda	48	Sierra Leona	24
Malawi	57	China	47	Nigeria	24
Brasil	57	Camboya	47	Burundi	24
		Namibia	46	Myanmar	22
		Lesotho	42	Camerún	22
		Zambia	41	Angola	21
		Togo	40	India	20
		Ghana	37	Mozambique	19
		Mali	35	Djibouti	15
		Etiopía	35	Chad	15
		República Unida de Tanzania	34	Rep. Dem. del Congo	14
		Burkina Faso	31	Congo	4
		Sudáfrica	31	Sudán	1
		Côte d'Ivoire	30		
		Tailandia	30		
		Haití	29		
		Swazilandia	29		
		Uganda	28		

Fuente: Informe GARPR 2013, ONUSIDA; Informe global sobre la tuberculosis de 2013. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013

Nota: los números sobre el programa relacionado con el sida y la tuberculosis de Indonesia presentaron discrepancias, por esa razón no fue posible incluir la cifra correspondiente a la cobertura.

TABLA 5.3

Prueba del VIH, tratamiento para pacientes VIH-positivos con tuberculosis y prevención de la tuberculosis en las personas que viven con el VIH, regiones del ONUSIDA, 2012*

	CASOS NUEVOS ESTIMADOS DE TUBERCULOSIS EN PERSONAS VIH-POSITIVAS			NÚMERO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS CON ESTADO SEROLÓGICO CON RESPECTO AL VIH CONOCIDO	PORCENTAJE DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS NOTIFICADA QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DEL VIH	PORCENTAJE DE PACIENTES VIH-POSITIVOS CON TUBERCULOSIS COMPROBADA	PORCENTAJE DE PACIENTES VIH-POSITIVOS CON TUBERCULOSIS IDENTIFICADOS QUE COMENZARON/CONTINUARON EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	NÚMERO DE PERSONAS VIH-POSITIVAS QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DE TUBERCULOSIS
	MEJOR	BAJO	ALTO					
Caribe	5	4,2	5,8	17,4	77	20	47	3,97
Asia oriental	7,8	6,9	8,7	317	31	1,9	59	295
Europa oriental y Asia central	16	14	18	175	65	6,7	74	23,3
América Latina	25	22	28	103	52	16	83	0,52
Oriente Medio y África del Norte	7	6,2	7,8	36,2	26	4	56	12,8
América del Norte	1,2	1,1	1,3	8,93	79	7,6	...	...
Oceanía	1,1	0,73	1,5	5,38	21	7,1	89	2,86
Asia meridional y sudoriental	190	170	200	1050	36	6,1	60	1360
África subsahariana	830	760	900	1050	75	43	55	2390
Europa occidental y central	2,7	2,6	2,9	28,8	43	4,1	78	0,22
Mundial	1100	1000	1200	2790	46	20	57	4090

* Las cifras se expresan en miles, excepto cuando se expresan en porcentaje.

No obstante, la cobertura global de la prueba del VIH continúa siendo insuficiente, debido a que solo un 46 % de los casos notificados de tuberculosis se sometieron a las pruebas del VIH en 2012. En Asia oriental y Asia meridional y sudoriental, donde viven uno de cada seis casos de tuberculosis con VIH a nivel mundial, la cobertura de las pruebas del VIH es particularmente baja (31 % y 36 %, respectivamente en 2012).

PREVENCIÓN EFICAZ DE LA TUBERCULOSIS PARA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

La estrategia de *Las tres íes* aún debe implementarse en su totalidad, lo que contribuye a que la tuberculosis siga siendo la principal causa de muerte en las personas que viven con el VIH. En 2012, 42 países que informaron datos proporcionaron tratamiento preventivo con isoniacida a casi 520 000 personas que viven con el VIH. Si bien la tendencia hacia una mayor aceptación del tratamiento preventivo es alentadora, se cree que la cantidad de personas que actualmente reciben el tratamiento preventivo con isoniacida representan solo una fracción de la cantidad de personas que viven con el VIH y que podrían beneficiarse de la intervención. Según los 30 países que informan el denominador y el numerador del tratamiento preventivo, el 30 % de los nuevos casos registrados recibieron tratamiento preventivo con isoniacida.

Cada vez son más los establecimientos que prestan servicios para tratar el VIH que incluyen las pruebas de detección de la tuberculosis. Entre 2010 y 2012, la cantidad de personas en tratamiento contra el VIH que se sometieron a las pruebas de detección de la tuberculosis aumentó más de un 70 %, pasando de 2,4 millones a 4,1 millones.

MEDICIÓN DE INDICADORES CLAVE DEL VIH Y LA TUBERCULOSIS

Los datos disponibles, resumidos en los informes GARPR de los países, proporcionan un conocimiento general de la situación actual relacionada con la interacción entre el VIH y la tuberculosis, además de algunos indicios de las tendencias observadas en las personas VIH-positivas con tuberculosis. Sin embargo, la información disponible también abarca importantes incógnitas con respecto a los datos ingresados y la confiabilidad de las extrapolaciones que se utilizan para compensar los elementos de datos faltantes con el fin de estimar la incidencia, la prevalencia y la mortalidad por tuberculosis, además de la tuberculosis multirresistente y la asociada con el VIH. El porcentaje de las personas que viven con el VIH y mueren por tuberculosis continúa siendo confuso; sin embargo, los resultados de las autopsias muestran una proporción mayor a aquella revelada por los informes de casos. Debido a las dificultades relacionadas con el diagnóstico, la información sobre la tuberculosis en niños que viven con el VIH continúa siendo escasa. La implementación de la estrategia de *Las tres íes* se supervisa de manera inadecuada y existe poca información disponible sobre las personas que viven con el VIH entre los 500 000 casos estimados de tuberculosis extremadamente multirresistente. La calidad de los datos suministrados por los países sobre los indicadores clave, como los análisis de detección del VIH o la tuberculosis, el tratamiento antirretroviral para las personas que viven con el VIH y la tuberculosis, y la recepción de servicios de prevención, son deficientes. Esta situación se refleja en una tasa de notificación menor, informes incompletos, clasificaciones incorrectas o entradas duplicadas que dan lugar a una tasa de notificación excesiva.²

Se requiere un mayor esfuerzo para mejorar la integridad y la precisión de los datos estratégicos sobre el VIH y la tuberculosis. Por ejemplo, uno de los problemas prácticos que enfrentan los esfuerzos de vigilancia y evaluación tiene que ver con que, en muchos países, los programas relacionados con el VIH y la tuberculosis interpretan los indicadores de tratamiento de manera diferente, lo que da lugar a discrepancias significativas en los datos. Una mayor integración y coherencia entre los sistemas de recopilación de datos sobre el VIH y la tuberculosis podrían ayudar a mejorar la calidad de los datos y, al mismo tiempo, facilitar la optimización de los vínculos entre los servicios para tratar el VIH y la tuberculosis en las personas que viven con estas enfermedades.

MIRAR HACIA EL FUTURO

La mayoría de los países que informaron resultados de revisiones intermedias (103 de 109) identificaron la disminución de la mortalidad por tuberculosis como prioridad nacional. De estos, 101 países indicaron haber integrado el objetivo a los planes estratégicos nacionales.

Si bien el mundo parece estar encaminado hacia lograr el objetivo de 2015 de reducir la mortalidad por tuberculosis en las personas que viven con el VIH, el avance no es uniforme: 26 países notificaron que no están logrando el progreso adecuado para alcanzar el objetivo de 2015. Además, el hito de 2015 representa solo un paso intermedio hacia el objetivo principal de controlar y, finalmente, eliminar la tuberculosis. El nivel alto y sostenido de morbilidad y mortalidad asociadas con la tuberculosis en las personas que viven con el VIH puede, y debe, detenerse. La tuberculosis es totalmente prevenible, incluso para las personas que viven con el VIH; nadie debe morir a causa de una enfermedad que es prevenible y curable.

De todos los recursos disponibles, el tratamiento antirretroviral es el más poderoso por sí solo para tratar la tuberculosis asociada con el VIH, ya que reduce el riesgo de muerte entre un 54 % y un 95 %.³ Un mejor acceso al diagnóstico temprano del VIH y al tratamiento antirretroviral para las personas que reciben un diagnóstico positivo de VIH resulta fundamental para reducir la mortalidad por tuberculosis en las personas que viven con el VIH. En este sentido, es motivo de preocupación que en ningún informe nacional de revisión intermedia se haya analizado el tratamiento antirretroviral temprano como estrategia para disminuir la mortalidad relacionada con la tuberculosis en las personas que viven con el VIH.

Deben mobilizarse todos los recursos disponibles. Estos incluyen medidas de prevención eficaces, como mejores pruebas de detección y diagnóstico, tratamiento preventivo con isoniacida (de por vida, cuando estuviera indicado) y control adecuado de la infección. Las personas que entran en contacto con adultos con tuberculosis deben recibir tratamiento preventivo con isoniacida; además, se requieren en forma urgente programas de salud ocupacional destinados al personal de salud para garantizar la entrega de los tratamientos de prevención a aquellos trabajadores que han estado expuestos a la tuberculosis.

Resulta fundamental la implementación rápida y total de las guías sobre el tratamiento antirretroviral de la OMS de 2013 y de una orientación temprana sobre las actividades de colaboración para tratar el VIH y la tuberculosis. Esto requerirá tomar medidas inmediatas para reforzar las actividades de colaboración para tratar el VIH y la tuberculosis e implementar políticas y protocolos que regularicen el suministro del tratamiento antirretroviral para todas las personas VIH-positivas con tuberculosis, independientemente del recuento de linfocitos CD4.

Deben concentrarse los esfuerzos para abordar los obstáculos que impiden una respuesta eficaz a la tuberculosis asociada con el VIH, identificada por las revisiones nacionales intermedias. Los obstáculos incluyen la aceptación deficiente de las intervenciones para la prevención y el tratamiento, la escasez de orientación clara en torno a las políticas sobre el inicio inmediato del tratamiento antirretroviral en las personas que viven con el VIH y tienen tuberculosis, la falta de realización de las pruebas del VIH en varios centros de atención de tuberculosis y la ausencia de un control adecuado de la infección.

Se requiere innovación de manera urgente para mejorar el alcance, la puntualidad y la eficacia de los programas de detección de la tuberculosis y su tratamiento para las personas que viven con el VIH. Se debe alentar a los encargados de planificar e implementar programas para que adopten estrategias innovadoras relacionadas con la realización de pruebas y la prestación de servicios, y las comunidades deben participar como asociados en el esfuerzo destinado a reducir la mortalidad por tuberculosis en las personas que viven con el VIH. El estudio ZAMSTAR, llevado a cabo en Zambia y Sudáfrica en 2010, mostró que un enfoque integrado a los hogares relacionado con la tuberculosis y el VIH logró una disminución de la carga total de la tuberculosis dentro de la comunidad y una disminución de la transmisión comunitaria continua.⁴ Se deben desarrollar e implementar nuevas tecnologías con mayor velocidad. GeneXpert MTB/Rif, una prueba de diagnóstico molecular automatizada que identifica más rápidamente la tuberculosis y la tuberculosis fármacorresistente y que actualmente se implementa en varios países, es el resultado de una nueva visión y un ejemplo del posible impacto transformador de los nuevos recursos de salud.

Liderazgo e innovación en el VIH y la tuberculosis en Sudáfrica

Las epidemias del VIH y la tuberculosis en Sudáfrica están inextricablemente relacionadas, con 330 000 casos de tuberculosis en personas que también viven con el VIH de los 520 000 nuevos casos de tuberculosis estimados en 2011. La tuberculosis continúa siendo la principal causa de muerte en las personas que viven con el VIH en Sudáfrica, con 87 000 (76 000-100 000) muertes por tuberculosis en 2011. El problema de la tuberculosis en este país se agrava por la alta carga de casos de tuberculosis multirresistente (TB-MR) y tuberculosis extremadamente fármacorresistente (TB-XDR). En 2011, se registraron 8100 casos estimados de tuberculosis multirresistente en Sudáfrica, entre los casos notificados de tuberculosis pulmonar, pero se inscribió a solo 5643 (70 %) personas para que recibieran tratamiento. De los pacientes con tuberculosis multirresistente que comenzaron el tratamiento en 2009, un 42 % obtuvieron un resultado satisfactorio y un 18 % murieron. En el caso del tratamiento contra la tuberculosis fármacorresistente, los resultados obtenidos fueron deficientes.

En respuesta a este reto para la salud, Sudáfrica ha tomado importantes medidas de salud pública para prevenir la tuberculosis en las personas que viven con el VIH. El país priorizó particularmente un enfoque integrado hacia el VIH y la tuberculosis en el que se incorporan las estrategias relacionadas con las dos enfermedades y la administración de los programas está estrechamente vinculada.

La respuesta de Sudáfrica ante las epidemias vinculadas del VIH y la tuberculosis ha sido reforzada a través de una importante expansión de los servicios de pruebas del VIH y de tratamiento. Luego del lanzamiento de una gran campaña nacional para la realización de pruebas, la cantidad de personas que recibieron tratamiento antirretroviral en Sudáfrica alcanzó más de 2,15 millones en 2012, lo que representa un 83 % de la cobertura de acuerdo con las guías sobre el tratamiento contra el VIH de la OMS de 2010, y un incremento de un 27 % con respecto a 2011. El tratamiento antirretroviral se ofrece a las personas con diagnóstico de VIH y tuberculosis y, en 2012, 101 937 personas (o un 31 % de los casos nuevos estimados de tuberculosis en personas VIH-positivas) recibieron tratamiento contra el VIH.

Además, Sudáfrica implementó métodos de detección de la tuberculosis para las personas que viven con el VIH. Para abordar las dificultades que presenta el diagnóstico de la tuberculosis en las personas que viven con el VIH, el país desarrolló e inició un plan nacional para la implementación de la prueba Xpert MTB/RIF en fases, en reemplazo de la microscopía como método inicial de diagnóstico. Mediante el uso de los centros actuales de microscopía, Sudáfrica introdujo más de 290 equipos GeneXpert en más de 140 centros y, hasta marzo de 2013, había realizado casi 1,2 millones de pruebas en nueve provincias, y planifica una mayor expansión a más centros. En comparación con la microscopía de frotis, la prueba con GeneXpert duplicó la cantidad de casos de tuberculosis confirmados en el laboratorio y detectó un 7 % de resistencia a la rifampicina, lo que permitió que los médicos adaptaran los tratamientos a las necesidades de cada paciente.⁵

La optimización de los métodos de detección también permitió que Sudáfrica ampliara el tratamiento preventivo con isoniacida. Con aproximadamente 370 000 personas que viven con el VIH y que recibieron tratamiento preventivo con isoniacida en 2012, Sudáfrica es actualmente el mayor proveedor de tratamiento profiláctico del mundo.

6. SUBSANAR EL DÉFICIT MUNDIAL DE RECURSOS PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

Los recursos financieros para la respuesta al sida alcanzaron su nivel máximo en 2012, con un aumento en las contribuciones por parte de fuentes nacionales y donantes internacionales. Debido al incremento de los fondos tanto en 2011 como en 2012, ahora el mundo tiene una oportunidad significativa de alcanzar el objetivo de 2015 de movilizar la financiación anual de USD22 000 a USD24 000 millones para las actividades relacionadas con el VIH en los países de ingresos bajos y medios. Sin embargo, para alcanzar el objetivo de 2015, se necesitará una financiación adicional sustancialmente mayor.

Si bien se ha logrado un progreso genuino en cuanto a la movilización de recursos para la respuesta, el aumento de las nuevas infecciones en varios países y regiones, además del estancamiento proyectado de la asistencia internacional destinada al VIH para los próximos años, evocan la necesidad de implementar mecanismos de financiación innovadores y recursos nacionales novedosos para garantizar la ampliación continua de los servicios que pueden salvar vidas. Los donantes internacionales también deben renovar sus compromisos con la respuesta al VIH, de acuerdo con los principios de responsabilidad compartida y solidaridad mundial.

AUNQUE LA FINANCIACIÓN PARA EL TRATAMIENTO CONTRA EL VIH SE INCREMENTA, SE REQUIEREN MÁS RECURSOS

En 2012, se pusieron a disposición aproximadamente USD18 900 (16 600–21 200) millones para los programas de tratamiento contra el VIH en los países de ingresos bajos y medios (véase la Figura 6.1). Esta cifra representa un incremento de un 10 % con respecto al total de USD17 100 (15 700–18 500) millones que se destinaron en 2011, según estimaciones actualizadas; esto significa que se necesita una inversión significativamente mayor para lograr el objetivo de 2015.

Por segundo año consecutivo, los recursos nacionales integraron la mayor parte de los fondos para el VIH, con una cifra estimada de USD9900 (7700–12 200) millones, correspondientes al 53 % de todos los recursos globales disponibles en 2012.* El gasto internacional en los programas de VIH también se incrementó levemente en 2012, regresando al mayor nivel de financiación alcanzado en 2009, cuando comenzó la crisis económica y financiera mundial.

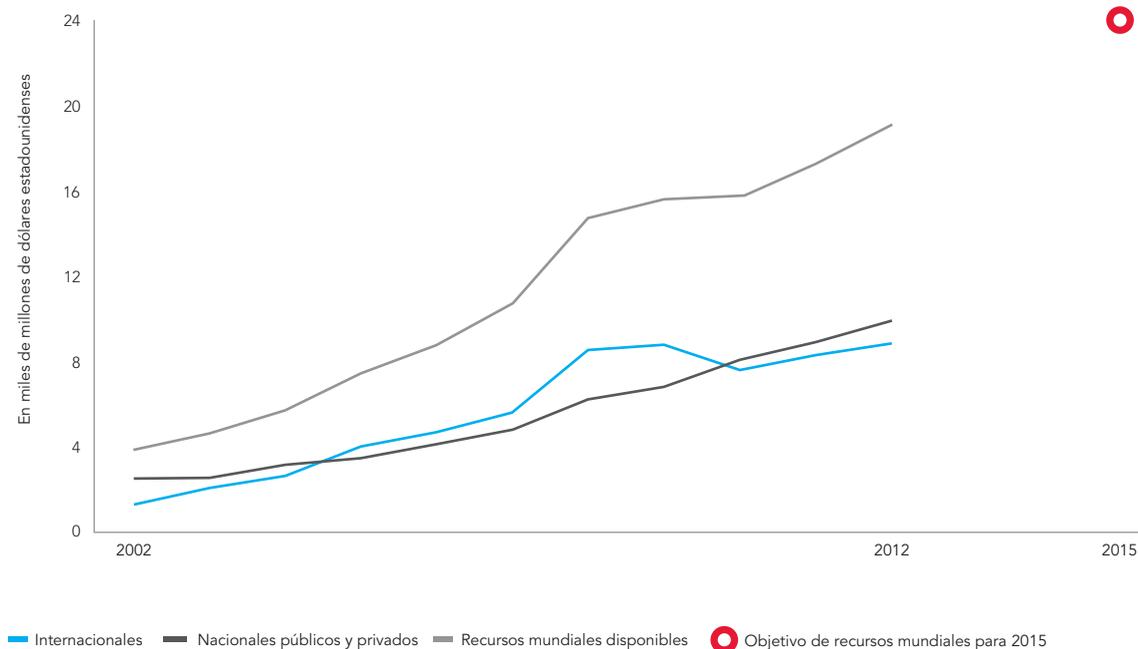
Incluidas todas las fuentes, la región de África oriental y meridional concentró un 47 % de todo el gasto relacionado con el VIH en 2012, seguida por América Latina (17 %). Todas las demás regiones obtuvieron una cantidad menor a un 10 % del gasto global relacionado con el VIH.

Si bien el objetivo de 2015 está al alcance, las guías sobre tratamiento antirretroviral de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2013 aumentaron moderadamente la cantidad total de recursos necesarios para la respuesta al VIH. Se estima que la implementación completa de las nuevas guías, que incrementan la cantidad de personas elegibles para recibir tratamiento antirretroviral e impulsan el uso de tratamientos de primera línea estandarizados, requerirá un incremento de un 5 % a un 10 % de la financiación total relacionada con el VIH hasta el año 2025.

* Se encuentran disponibles los datos de informes de todos los años sobre el gasto relacionado con el VIH para 136 de 141 países de ingresos bajos y medios, además de los datos informados por 43 países en 2012. Las tendencias en torno a la financiación pública nacional relacionada con el VIH se obtuvieron de un modelo basado en los datos enviados a través del mecanismo de Informes mundiales de avance en la lucha contra el sida. El gasto nacional privado se calcula por separado.

FIGURA 6.1

Recursos relacionados con el VIH disponibles en países de ingresos bajos y medios, de 2002 a 2012 y objetivo para 2015*



Fuente: Estimaciones del ONUSIDA.

* La Declaración Política sobre el VIH/sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2011 fijó un objetivo de USD22 000 a USD24 000 millones para 2015.

PAÍSES LÍDERES EN LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

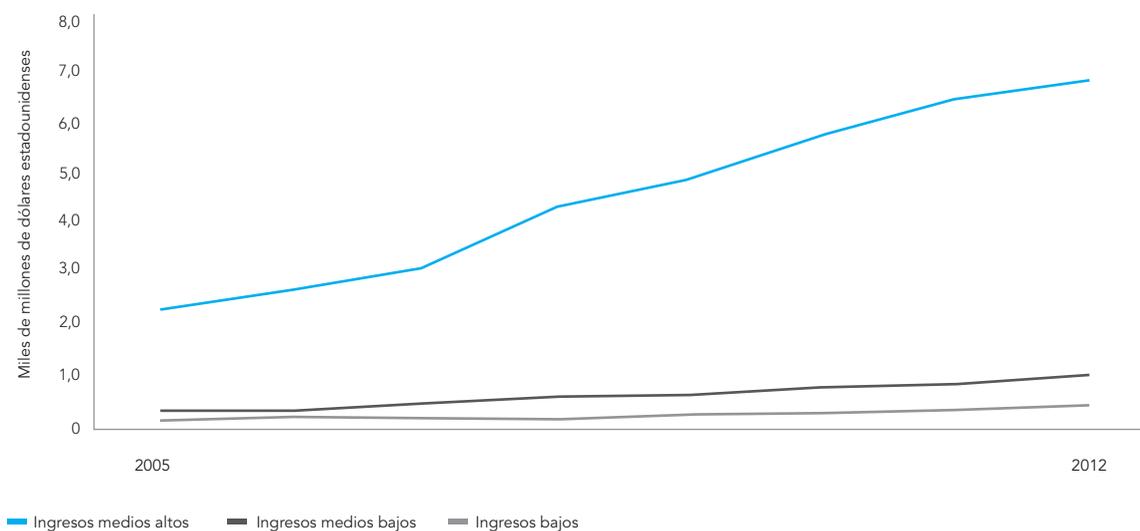
Los países de ingresos bajos y medios están desarrollando y liderando los esfuerzos destinados a la movilización de recursos para la respuesta al VIH. De los países que llevaron a cabo revisiones intermedias, un 90 % citaron la movilización de recursos como prioridad nacional. Más de un 90 % de los planes estratégicos nacionales abordan la movilización de recursos. En África subsahariana, varios países como Kenya, Sudáfrica, Togo y Zambia han incrementado drásticamente el gasto nacional relacionado con el VIH en los últimos años.¹

Según el monto total de los fondos, la creciente tendencia en torno a la financiación nacional relacionada con el VIH es particularmente notoria en los países de ingresos medios altos, que generalmente financian una mayor proporción de servicios de salud con recursos nacionales (véase la Figura 6.2). Sin embargo, si se toman en cuenta las proporciones, en 2012 los países de ingresos bajos registraron el mayor incremento estimado (29 %), seguidos por los países de ingresos medios bajos (26 %) y los países de ingresos medios altos (6 %).

De los 43 países de ingresos bajos y medios que informaron datos sobre el gasto relacionado con el sida en 2012, más de dos tercios registraron un aumento en el gasto nacional relacionado con el VIH. En varios países (Chad, Guinea, Kirguistán y Sierra Leona) se duplicaron los fondos nacionales destinados a actividades relacionadas con el VIH.

FIGURA 6.2

Fondos públicos nacionales para el VIH en países de ingresos bajos y medios, por categoría de ingresos, de 2005 a 2012



Fuente: Estimaciones del ONUSIDA.

RECUPERACIÓN DE LA AYUDA INTERNACIONAL RELACIONADA CON EL VIH

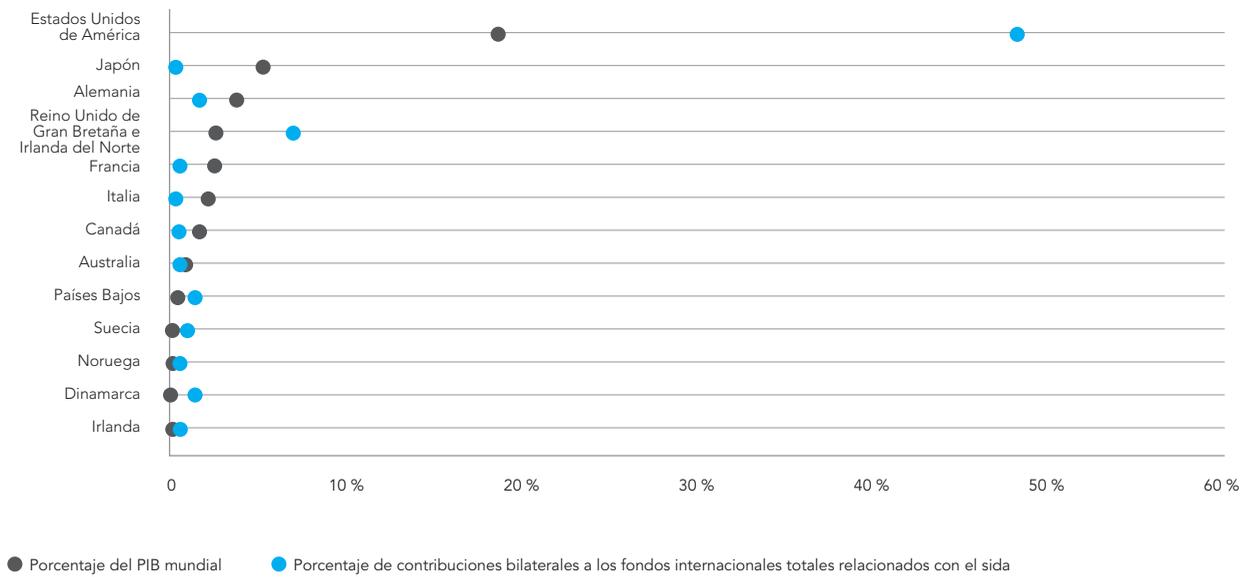
La inversión internacional en programas relacionados con el VIH alcanzó un monto estimado de USD8900 millones en 2012, lo que significa un incremento del 8 % en los importes disponibles por parte de la comunidad internacional en 2011 (véase la Figura 6.3). La ayuda bilateral (es decir, los fondos desembolsados directamente por un país donante a un país receptor) representó aproximadamente un 67 % de las contribuciones internacionales, mientras que el resto provino de sectores multilaterales (28 %) y filantrópicos (5 %).

En 2012, los desembolsos para programas relacionados con el VIH, realizados por gobiernos donantes, en forma bilateral y multilateral, y por financiadores filantrópicos privados se incrementaron de palabra, pero continuaron estancados en términos reales. El incremento nominal fue impulsado principalmente por una aceleración de los desembolsos bilaterales realizados por el gobierno de Estados Unidos de América; sin embargo, las investigaciones más recientes sobre el seguimiento de recursos indican que la mayoría de los gobiernos europeos donantes disminuyeron su ayuda relacionada con el VIH en 2012. Si no se renueva el compromiso por parte de los donantes internacionales, se prevé que la financiación internacional para las actividades relacionadas con el VIH no se incrementará en los próximos años.

Como se muestra en la Figura 6.4, en 2012, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR), un programa de ayuda bilateral, representó aproximadamente un 73 % de toda la ayuda bilateral destinada al VIH, cerca de la mitad (48,7 %) de todas las contribuciones internacionales para el VIH y un 23 % de los fondos totales relacionados con el VIH disponibles de todas las fuentes (internacionales, nacionales, públicas y privadas). El Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte aportó una cantidad estimada del 10,7 % de todos los fondos bilaterales disponibles en 2012, seguido por los Países Bajos (2,8 %), Dinamarca (2,6 %) y Alemania (2,4 %). Algunos países (Dinamarca, los Estados Unidos de América, Irlanda, Noruega, los Países Bajos, Suecia y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte) aportaron un porcentaje de los fondos internacionales para el VIH que supera su parte correspondiente del producto interno bruto global.

FIGURA 6.3

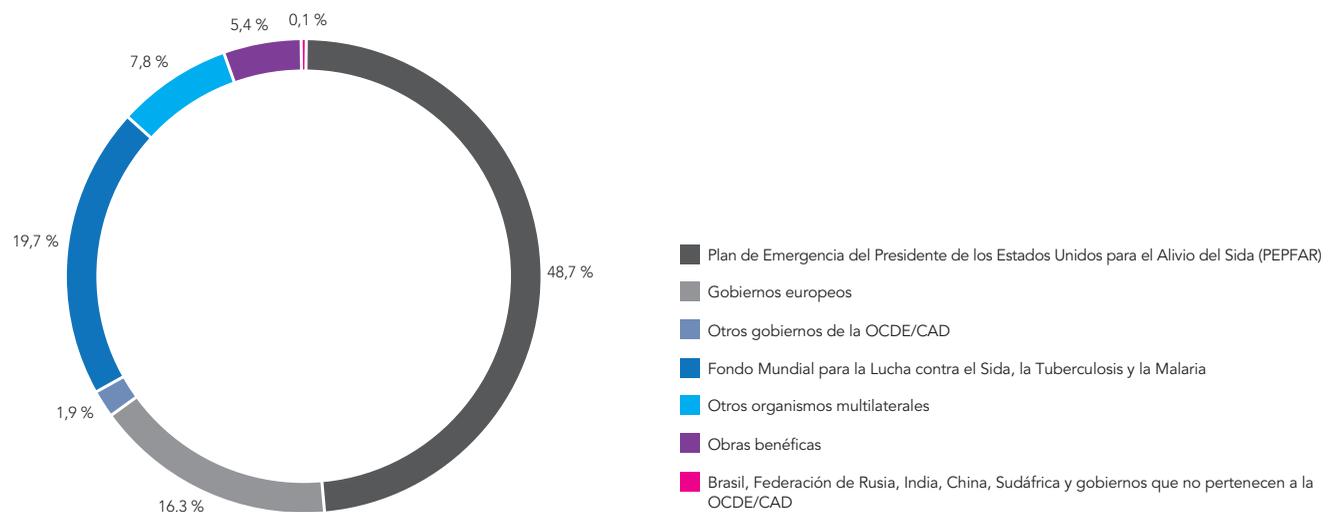
Porcentaje de los fondos internacionales para el VIH en comparación con el porcentaje del PIB global, países seleccionados, 2012



Fuente: Estimaciones del FMI sobre el porcentaje del PIB mundial; estimaciones del ONUSIDA sobre el porcentaje de fondos internacionales

FIGURA 6.4

Fondos destinados a la ayuda internacional para la respuesta al VIH, 2012



Fuente: Estimaciones del ONUSIDA.

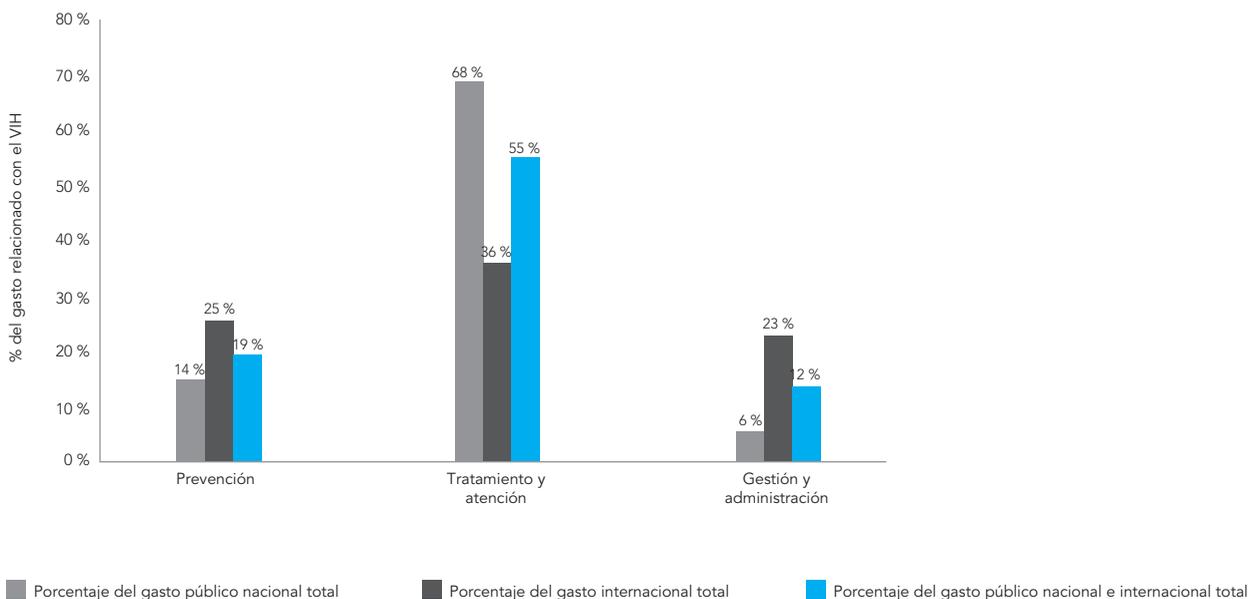
Una cantidad considerable (28 %) de toda la ayuda internacional se proporciona a través de instituciones multilaterales, como el Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, la organización global de salud Servicio Internacional de Adquisición de Medicamentos (UNITAID) y organismos de las Naciones Unidas. La financiación multilateral representó un 13 % de los fondos totales disponibles para actividades relacionadas con el VIH de todas las fuentes (internacionales, nacionales, públicas y privadas). Los financiadores filantrópicos privados de los Estados Unidos de América y la Unión Europea aportaron más del 5 % de la ayuda internacional para el VIH desembolsada en 2012.

PATRONES DE GASTOS RELACIONADOS CON EL VIH: QUIÉN PAGA CADA GASTO

Los servicios de atención y tratamiento consumieron más de la mitad (55 %) de los gastos relacionados con el VIH en 2012, mientras que los programas de prevención representaron un 19 % de los gastos destinados al VIH, un porcentaje que se ha mantenido relativamente estable en los últimos años (véase la Figura 6.5). Una parte considerable (12 %) de los gastos fue destinada a respaldar la gestión y administración de los programas.

Mientras que los recursos nacionales se utilizaron para la mayoría de los gastos de tratamiento y atención relacionados con el VIH, los gastos internacionales financiaron gran parte de los esfuerzos de prevención del VIH. Cerca de un cuarto del gasto internacional relacionado con el VIH (23 %) se utilizó para respaldar la gestión y administración de los programas. Sin embargo, debe destacarse que este último también cubre la inversión en sistemas sanitarios, por ejemplo, para reforzar los sistemas nacionales de suministro de medicamentos.

FIGURA 6.5
Distribución del gasto relacionado con el VIH por categorías de programas y fuente de financiación, países de ingresos bajos y medios, últimos datos disponibles en 2013



Fuente: GARPR 2013.

DEPENDENCIA CONSTANTE DE LA FINANCIACIÓN INTERNACIONAL

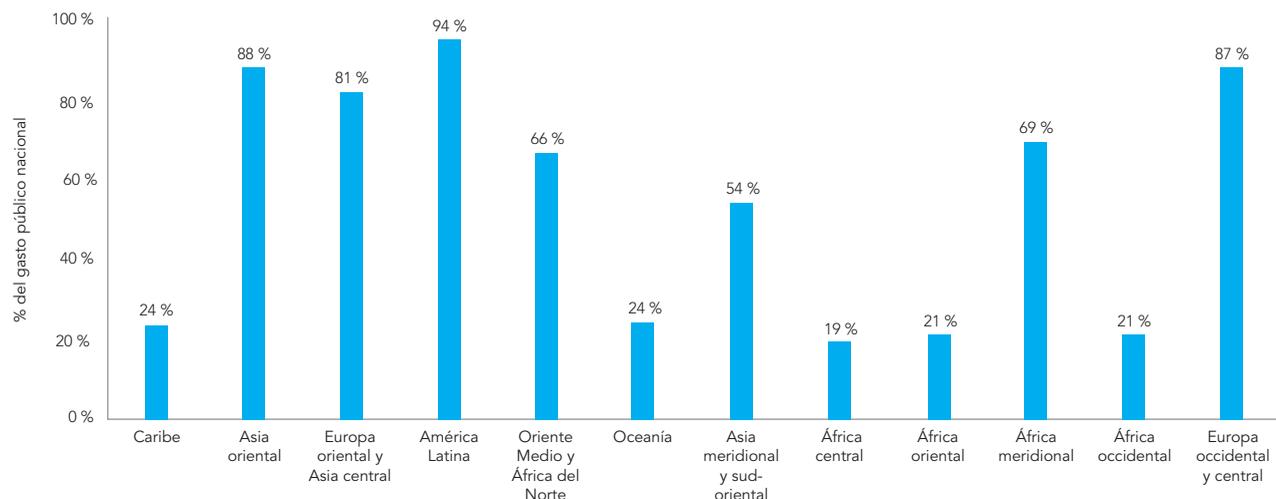
Según los últimos datos informados oficialmente al ONUSIDA, los países de ingresos bajos recibieron un 56 % del gasto internacional relacionado con el VIH, seguidos por los países de ingresos medios bajos (26 %) y los países de ingresos medios altos (18 %). Conforme a estos patrones, los países de ingresos bajos continúan siendo los que más dependen de la financiación internacional para su respuesta al VIH, debido a que sus recursos nacionales representan solo un 16 % de la financiación destinada al VIH. La dependencia de los donantes también es una dificultad para la sostenibilidad de la respuesta al VIH en los países de ingresos medios bajos, donde las fuentes nacionales representan solo un 27 % del total de la financiación asignada al VIH. Por el contrario, los países de ingresos medios altos contribuyen con el 88 % de los costos asociados con las actividades relativas al VIH.

Las discrepancias en los patrones de financiación según los ingresos nacionales se reflejan en las diferencias regionales observadas en la combinación de fondos relacionados con el VIH. En América Latina, Asia oriental, Europa oriental y Asia central, las fuentes nacionales representan más del 80 % del gasto relativo al VIH (véase la Figura 6.6). Las fuentes nacionales también representan el 69 % del gasto relacionado con el VIH en África meridional, debido a que se ha establecido la base para una respuesta sostenible en muchos países, en especial en aquellos de ingresos medios altos con una alta carga de morbilidad en África meridional.

Cincuenta y un países de ingresos medios y bajos solicitaron ayuda internacional para cubrir un 75 % o más de la financiación relacionada con el VIH en 2012. Veintinueve países utilizaron los recursos nacionales para financiar, al menos, el 75 % del costo de las actividades destinadas al VIH (véase la Tabla 6.1).

FIGURA 6.6

Gasto público nacional como porcentaje del gasto internacional y del gasto público nacional total en países de ingresos bajos y medios, datos más recientes disponibles en 2013



Fuente: GARPR 2013.

TABLA 6.1

Dependencia de fuentes internacionales para la respuesta nacional al VIH
Fondos de fuentes internacionales como porcentaje de la financiación internacional y pública nacional total en países de ingresos bajos y medios, informes más recientes disponibles en 2013

0 %–24 %

Algeria 2012
 Argentina 2010
 Botswana 2011
 Brasil 2010
 Chile 2012
 China 2012
 Colombia 2011
 Costa Rica 2010
 Cuba 2011
 Ecuador 2010
 Federación de Rusia 2008
 Gabón 2012
 Irán (República Islámica del) 2009
 Kazajstán 2012
 Letonia 2011
 Lituania 2012
 Malasia 2012
 México 2009
 Panamá 2010
 República Dominicana 2011
 República Popular Democrática de Corea 2011
 República Árabe Siria 2011
 Rumania 2012
 Seychelles 2012
 Sudáfrica 2009
 Tailandia 2011
 Turquía 2012
 Uruguay 2007
 Venezuela (República Bolivariana de) 2011

25 %–49 %

Angola 2011
 Azerbaiyán 2011
 Bulgaria 2011
 Cabo Verde 2012
 Egipto 2008
 El Salvador 2012
 Ex República Yugoslava de Macedonia 2010
 Filipinas 2011
 Granada 2011
 Guatemala 2012
 Honduras 2010
 Islas Marshall 2012
 Líbano 2011
 Marruecos 2012
 Mauricio 2010
 Namibia 2010
 Perú 2010
 Samoa 2011
 Serbia 2012
 Sri Lanka 2010
 Ucrania 2010
 Uzbekistán 2012

50 %–74 %

Albania 2005
 Antigua y Barbuda 2012
 Belarús 2011
 Belice 2010
 Benin 2012
 Camerún 2010
 Chad 2012
 Congo 2010
 Georgia 2012
 Indonesia 2010
 Jamaica 2010
 Kirguistán 2012
 Madagascar 2012
 Mongolia 2011
 Nicaragua 2010
 Nigeria 2010
 Níger 2012
 Pakistán 2010
 Palau 2011
 Paraguay 2011
 República de Moldova 2012
 República Dominicana 2008
 República Unida de Tanzania 2005
 San Vicente y las Granadinas 2012
 Suriname 2011
 Swazilandia 2009
 Togo 2012
 Yemen 2011

75 %–100 %

Afganistán 2012
 Armenia 2012
 Bangladesh 2012
 Bolivia (Estado Plurinacional de) 2011
 Bosnia y Herzegovina 2009
 Burkina Faso 2010
 Burundi 2012
 Camboya 2012
 Comoras 2012
 Côte d'Ivoire 2009
 Djibouti 2012
 Eritrea 2009
 Etiopía 2008
 Fiji 2012
 Gambia 2008
 Ghana 2011
 Guinea 2012
 Guinea-Bissau 2010
 Haití 2011
 Islas Salomón 2011
 Jordania 2012
 Kenia 2011
 Kiribati 2012
 Liberia 2011
 Malawi 2011
 Malí 2010
 Mauritania 2012
 Micronesia (Estados Federados de) 2012
 Montenegro 2009
 Mozambique 2008
 Myanmar 2011
 Nepal 2009
 Papua Nueva Guinea 2010
 República Centroafricana 2011
 República Democrática del Congo 2010
 República Democrática Popular Lao 2011
 Rwanda 2009
 Santa Lucía 2007
 Santo Tomé y Príncipe 2012
 Senegal 2011
 Sierra Leona 2009
 Somalia 2009
 Tayikistán 2011
 Timor-Leste 2009
 Tuvalu 2011
 Túnez 2011
 Uganda 2008
 Vanuatu 2012
 Viet Nam 2010
 Zambia 2006
 Zimbabue 2012

Nunca se informó o no existen datos desglosados recientes

India 2011
 Lesotho 2010
 Tonga 2011
 Bhután
 Guyana
 Iraq
 Libia
 Maldivas
 Eslovaquia
 Turkmenistán

Fuente: GARPR 2013.

MIRAR HACIA EL FUTURO

Noventa y nueve de los ciento nueve países que informaron los resultados de las revisiones intermedias identificaron como prioridad nacional subsanar el déficit de recursos para la respuesta al sida. En 91 países, el objetivo ha sido integrado a los planes estratégicos nacionales. De los países que formalmente priorizan la disminución del déficit de recursos para la respuesta al sida, el 40 % (39 de 99) informan que no se encuentran orientados hacia lograr sus objetivos de movilización de recursos para el año 2015.

Para alcanzar su objetivo de 2015 en relación con los recursos, se debe generar una financiación anual adicional de, al menos, USD2900 a USD5400 millones. En sus revisiones intermedias, los países identificaron varias estrategias para paliar el déficit de recursos, con enfoques de prioridad que varían escasamente, según el contexto regional, socioeconómico o por tipo de epidemia.

Ante todo, los países identificaron la necesidad de compromiso y liderazgo de alto nivel y sostenidos para garantizar la suficiente inversión nacional, proporcional a la capacidad nacional de pago, la carga de morbilidad y la tasa de crecimiento económico. Las revisiones intermedias destacaron la importancia de desarrollar planes de movilización de recursos que identifiquen las posibles fuentes de financiación nacionales e internacionales. Como estrategias importantes para subsanar el déficit de recursos, los países destacaron la necesidad de forjar y reforzar las asociaciones entre los sectores público y privado para aprovechar los recursos del sector privado, además de los mecanismos innovadores para la financiación sostenible, como los fondos mancomunados, la inclusión de servicios relacionados con el VIH en los programas nacionales de protección social y de seguros médicos, y la aplicación de diversos impuestos o recaudaciones para generar nuevos fondos.

Las revisiones intermedias instaron, con carácter de urgencia, a la comunidad internacional para que no abandone la respuesta al VIH, especialmente en un momento en que la incertidumbre sobre la financiación podría poner en peligro el histórico avance alcanzado. Incluso con mayores asignaciones nacionales, algunos países, en especial aquellos con pocos recursos y alta carga del VIH, no serán capaces de subsanar su déficit de recursos sin ayuda externa. Por ejemplo, Malawi estima que los recursos nacionales son suficientes para cubrir solo un 30 % del déficit de recursos relacionados con el VIH. De manera similar, Viet Nam, que se ha comprometido a incrementar la financiación nacional relacionada con el VIH en un 20 % anual entre 2012 y 2020, estima que necesitará USD100 millones por año de ayuda externa para garantizar una respuesta eficaz al VIH.

El ONUSIDA instó a los países a desarrollar un enfoque de la inversión orientado a la financiación relacionada con el VIH, centrando los recursos limitados en intervenciones, establecimientos y poblaciones en los que el impacto puede ser mayor. Luego de reconocer el complicado clima de financiación internacional, así como también la urgente necesidad de sentar las bases para una respuesta sostenible, cada vez más países están desarrollando "casos de inversión" para promover la movilización de los recursos suficientes para hacer "lo correcto" en la "medida correcta", con el fin de maximizar el impacto y minimizar los costos futuros. Jamaica, Nigeria y Tailandia ya desarrollaron sus casos de inversión, mientras que muchos otros países han iniciado los procesos para llevarlos a cabo.

Sostenibilidad de la financiación relacionada con el VIH: aumento de fondos nacionales a través de mecanismos innovadores

En 2012, la Unión Africana tomó la visionaria iniciativa de implementar una *Hoja de ruta sobre responsabilidad compartida y solidaridad mundial ante el sida, la tuberculosis y la malaria en África*.² El primer pilar de esta hoja de ruta destacaba la necesidad de una financiación sostenible del VIH mediante fuentes diversificadas para programas de respuesta al sida, la tuberculosis y la malaria en la región.

Acorde al énfasis puesto por la hoja de ruta de la Unión Africana en los enfoques innovadores para la movilización de recursos, varios países africanos exploraron diversas estrategias a fin de generar nuevos fondos nacionales sustanciales para la respuesta al VIH. Varios países como Etiopía, Malawi y Namibia están "integrando" la financiación relacionada con el VIH, exigiendo a diversas entidades gubernamentales que asignen, al menos, un 2 % de sus presupuestos a las actividades relacionadas con el VIH. Kenya, la República Unida de Tanzania y Zambia están considerando distintas opciones para establecer fondos fiduciarios destinados al VIH. En los últimos 12 años, Zimbabwe estableció un impuesto nacional para gastos relacionados con el VIH y sida como componente del sistema tributario nacional y, actualmente, está estudiando la forma de captar las contribuciones de los sectores privado e informal en función de este impuesto. En la búsqueda de métodos para diversificar e incrementar la inversión nacional relacionada con el sida, Malawi estimó que, si destina el 1 % de su impuesto actual al excedente operativo de las empresas de telecomunicaciones, que es del 5 %, a los programas del VIH, se generarían hasta USD2400 millones para el año 2013. Al mismo tiempo, en Malawi podrían generarse USD5300 millones para fondos del VIH para 2013 mediante la introducción de un impuesto de 3 centavos por minuto para las llamadas realizadas en el país. De modo similar, Namibia apunta a generar USD4100 millones para el año 2020 a través de un impuesto a los servicios aéreos de USD5 por pasajero que realice vuelos al exterior.

Si bien la necesidad de reducir la dependencia de los fondos internacionales relacionados con el VIH es especialmente apremiante en África subsahariana, los países de otras regiones también están trabajando para generar fondos sostenibles, mediante la integración del VIH con instrumentos de financiación más amplios del sector de la salud. Por ejemplo, Moldova suministró tratamiento para infecciones oportunistas y por el VIH a través de su sistema de seguro nacional de salud, que se lanzó en 2004. A partir de 2005, Tailandia también ha proporcionado el acceso sin cargo al tratamiento antirretroviral y al asesoramiento y las pruebas del VIH en forma voluntaria como parte de su plan universal de seguro de salud. Asimismo, India y Georgia también planifican incluir los servicios esenciales para el VIH en el paquete de beneficios estándar de sus sistemas universales de seguro de salud.

Caso de inversión de Nigeria

Para implementar los compromisos de la Declaración Política sobre el VIH/sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2011 y acelerar el avance hacia el acceso universal a la prevención, atención y respaldo del VIH y su tratamiento, Nigeria desarrolló el Plan de Respuesta Integral del Presidente (PCRP).³ Nigeria cuenta con la segunda población más grande de personas que viven con el VIH, pero solo un tercio de las que son elegibles para el tratamiento contra el VIH lo reciben, y únicamente el 18 % de las embarazadas VIH-positivas obtienen medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil.

El plan PCRП apunta a reducir el déficit actual en la prestación y financiación de servicios al ofrecer un caso de inversión para la financiación relacionada con el VIH. El caso de inversión evalúa las necesidades y los déficits, identifica áreas de atención, cuantifica el grado de ampliación que se requiere para subsanar los déficits, estima los fondos necesarios y analiza el impacto previsto en términos de vidas que se salvan, nuevas infecciones que se evitan y ahorro de costos.

Como prioridades para la ampliación en los próximos tres años, el PCRП identificó la prevención de la transmisión sexual entre jóvenes y las poblaciones clave de mayor riesgo, la realización de pruebas y el asesoramiento sobre el VIH, el suministro de tratamiento y atención para aquellos que lo necesitan y la prevención de la transmisión materno infantil. El PCRП fijó objetivos de niveles de cobertura para las intervenciones prioritarias, como por ejemplo un incremento del 140 % en los esfuerzos de prevención del VIH en las poblaciones clave y un aumento del 400 % en la oferta de tratamiento antirretroviral para las embarazadas.

Nigeria estima que la implementación del plan del Presidente salvará 46 000 vidas y evitará 105 000 nuevas infecciones para 2015. Se proyecta que el PCRП salvará la vida a 13 000 niños y evitará 55 000 nuevas infecciones en niños. El ahorro total de los costos está estimado en USD1650 millones en concepto de costos de tratamiento contra el VIH evitados o retrasados.

Para implementar el plan, este requiere de financiación. Se anticipa que la inversión total relacionada con el VIH en Nigeria deberá incrementarse un 37 %. Según el PCRП, la inversión nacional debería aumentar un 73 %, lo que elevaría la proporción del gasto nacional total relacionado con el VIH de un 25 % a un 45 % entre 2014 y 2015. No obstante, se estima que el gasto nacional por sí solo no logrará subsanar el déficit de recursos del país. Para contribuir en mayor medida con la movilización de recursos necesaria, el PCRП insta a una reducción de los costos de gestión de los programas, que se estima podría producir un ahorro de USD27 300 millones, que podrían reinvertirse en actividades de prevención.

7. ELIMINAR LAS DESIGUALDADES, EL MALTRATO Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y AUMENTAR LA CAPACIDAD DE LAS MUJERES Y LAS ADOLESCENTES PARA PROTEGERSE DEL VIH

El VIH continúa siendo impulsado por las desigualdades y las normas de género perjudiciales que promueven las relaciones sexuales sin protección y reducen el acceso a los servicios de salud reproductiva, sexual y relacionados con el VIH para hombres, mujeres y transexuales. La epidemia impone una carga particular sobre las mujeres y las niñas. Además de su mayor susceptibilidad fisiológica a contagiarse el VIH, las desventajas sociales, legales y económicas generalizadas que enfrentan las mujeres disminuyen su capacidad de protegerse a sí mismas de la infección por el VIH y reducen el acceso a los servicios esenciales de salud reproductiva y relacionados con el VIH, en especial, para las mujeres que viven con el virus. Las mujeres y las niñas también deben afrontar la imposición de encargarse del cuidado primario de otras personas, típicamente proporcionando tales servicios vitales sin compensación alguna. Si bien los informes de los países muestran que el reconocimiento de la igualdad de género es esencial para una respuesta eficaz al VIH, se requerirán inversiones orientadas y un liderazgo político mejorado para alcanzar el objetivo global de eliminar las desigualdades de género y la violencia y el abuso por cuestiones de género, e incrementar la capacidad de las mujeres y las niñas de protegerse ellas mismas del VIH.

IMPACTO DURADERO DE LA DESIGUALDAD DE GÉNERO EN LA EPIDEMIA DEL VIH

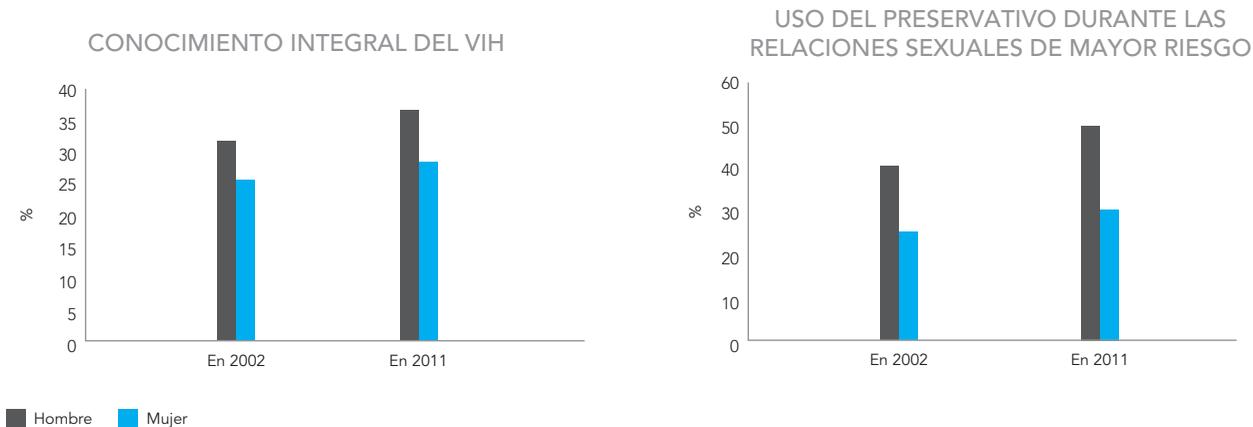
A nivel mundial, las mujeres son el 52 % de todas las personas que viven con el VIH en los países de ingresos bajos y medios, mientras que los hombres representan el 48 %. Sin embargo, en África subsahariana, el centro de la epidemia mundial, las mujeres aún representan aproximadamente un 57 % de todas las personas que viven con el VIH.

Además de la mayor vulnerabilidad fisiológica de las mujeres a contraer el VIH, las desigualdades de género incluyen la vulnerabilidad a sufrir violaciones, tener relaciones sexuales con hombres mayores¹ y el acceso desigual a las oportunidades educativas² y económicas.³ Estas condiciones agravan los riesgos relacionados con el VIH, especialmente para las niñas y las mujeres jóvenes. En comparación con los hombres, las mujeres tienen una mayor probabilidad de contagiarse el VIH a una edad temprana, lo que genera una prevalencia del VIH a nivel mundial en las niñas y las mujeres jóvenes que duplica a la de los hombres de la misma edad, o es incluso superior.⁴

En África subsahariana, las encuestas nacionales muestran que las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) presentan niveles de conocimiento amplio y preciso sobre el VIH inferiores en comparación con los hombres de su misma edad. También existen menores

FIGURA 7.1

Conocimiento sobre el VIH y uso del preservativo en relaciones sexuales de mayor riesgo en mujeres y hombres jóvenes (de 15 a 24 años), entre 2002 y 2011 en África subsahariana



Fuente: datos de EDS, países con datos disponibles en África subsahariana

probabilidades de que las mujeres jóvenes de África subsahariana informen haber utilizado un preservativo la última vez que mantuvieron relaciones sexuales (véase la Figura 7.1).

Además del impacto directo que tiene la infección por el VIH sobre la salud, la epidemia también afecta la salud y el bienestar de las mujeres en otros aspectos. En los lugares con alta prevalencia del VIH, las mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años presentan índices de tuberculosis 1,5 a 2 veces mayores que los hombres del mismo grupo etario.⁵ Las mujeres que viven con el VIH también presentan un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino, lo que destaca la urgencia de garantizar el acceso de las mujeres a las pruebas del VIH y su tratamiento, además de servicios integrales de salud reproductiva y sexual.⁶ Las mujeres también enfrentan obstáculos importantes a la hora de acceder a los servicios debido a las restricciones económicas y a la discriminación relacionada con el género.⁷ Además, la carga desproporcionada que deben soportar las mujeres y niñas al tener que encargarse del cuidado de otras personas reduce sus oportunidades educativas y económicas.⁸

Las mujeres de poblaciones clave se ven particularmente afectadas por el VIH. Se estima que la prevalencia del VIH a nivel mundial en las trabajadoras sexuales es del 12 %, y aproximadamente un 30 % más en los lugares con prevalencia media a alta del VIH.⁹ Si bien los datos son escasos, una revisión global de los datos disponibles indicó que las mujeres transexuales tienen 49 veces más probabilidades de vivir con el VIH que las mujeres en general, con una prevalencia conjunta del VIH del 19 % en las mujeres transexuales.¹⁰

A pesar de que se ha prestado particular atención a la necesidad de respuestas sensibles a las cuestiones de género en África subsahariana, las mujeres, en especial aquellas que pertenecen a poblaciones clave, enfrentan riesgos importantes de contraer el VIH y, además, soportan una carga socioeconómica desproporcionada en las epidemias concentradas. En la región de Asia y el Pacífico, donde los hombres representan la mayoría de las personas que viven con el VIH, las mujeres que viven en hogares afectados por el VIH tienen más probabilidades de sentirse en deuda por ello y asumir la carga de las tareas de cuidado.¹¹

La vulnerabilidad de las mujeres transexuales a contagiarse el VIH también se incrementa como consecuencia de las desigualdades de género. Estas se manifiestan a través del no reconocimiento de la identidad de género, que conlleva a la negación de los derechos básicos de los ciudadanos, como por ejemplo, el acceso al documento de identificación personal correspondiente. Como resultado, las mujeres transexuales a menudo no pueden acceder a los servicios relacionados con el VIH y reciben un tratamiento discriminatorio por parte de los proveedores de servicios de salud.¹²

Las normas de género desiguales también socavan la eficacia de la respuesta al VIH en los hombres. Los conceptos predominantes sobre masculinidad impulsan a los hombres a adoptar comportamientos sexuales de riesgo y los disuaden de solicitar servicios de salud y relacionados con el VIH.¹³ Además, los servicios sanitarios a menudo no están preparados para satisfacer las necesidades de los hombres, ya que tienen horarios de atención que se superponen con las obligaciones laborales, y los proveedores, con frecuencia, no comprenden las necesidades de los hombres.¹⁴ Como consecuencia, los hombres tienen menos posibilidades de realizarse las pruebas del VIH, presentan un menor recuento de linfocitos CD4 cuando ingresan al tratamiento y muestran una probabilidad menor de cumplir con el tratamiento.^{15,16} Así, los hombres que reciben tratamiento antirretroviral en general presentan una tasa mayor de mortalidad relacionada con el sida que las mujeres.^{17,18}

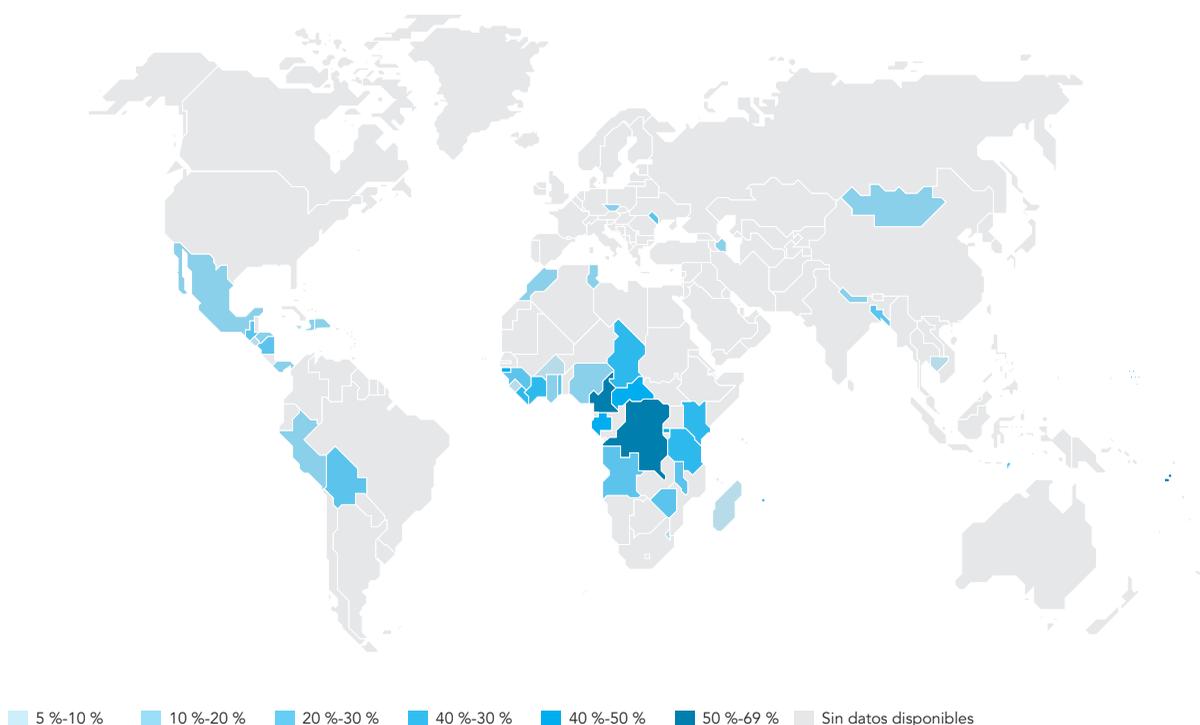
VIOLENCIA DE GÉNERO Y VULNERABILIDAD DE LAS MUJERES AL VIH

La violencia de género es un fenómeno mundial y una grave violación de los derechos humanos. De casi 50 países que informaron datos sobre la prevalencia de la violencia por parte de una pareja íntima, entre un 9 % y un 60 % de las mujeres de 15 a 49 años de edad informaron haber sufrido violencia por parte de una pareja íntima en los últimos 12 meses (véase la Figura 7.2).

La violencia de género aumenta el riesgo de contraer la infección por el VIH. Dos estudios recientes de mujeres de Uganda (de 15 a 49 años) y Sudáfrica (de 15 a 26 años) hallaron que las mujeres que sufrieron violencia por parte de una pareja íntima tenían un 50 % más probabilidades de haber contraído el VIH que las mujeres que no sufrieron violencia.^{19,20}

FIGURA 7.2

Violencia por parte de una pareja íntima en los últimos 12 meses informada por mujeres de 15 a 49 años de edad



Fuente: GARPR 2013

Las mujeres de poblaciones clave, como las que consumen drogas, las trabajadoras sexuales y las transexuales, son más proclives a sufrir violencia.^{21,22} Los estudios realizados en diferentes países detectaron una alta prevalencia de violaciones, violencia física y otras formas de abuso entre las trabajadoras sexuales.^{23,24} Las mujeres que se encuentran en situaciones afectadas por conflictos enfrentan una mayor vulnerabilidad a la violencia sexual y a violaciones masivas durante dichos conflictos.²⁵ Las mujeres transexuales, muchas de las cuales tal vez están relacionadas con el trabajo sexual como una estrategia de supervivencia, a menudo también son objeto de violencia y abuso.²⁶ La violación de mujeres lesbianas como método "correctivo" representa otra de las fuentes de traumas emocionales y riesgo de contraer el VIH.

Los vínculos que existen entre la violencia contra las mujeres y el mayor riesgo de contraer el VIH se presentan en distintas facetas: social, fisiológica y psicológica. Haber sufrido violencia durante la niñez se asocia con un aumento en las conductas de riesgo en las etapas posteriores de la vida.²⁷ El miedo a la violencia debilita la capacidad de las mujeres y las niñas de negociar relaciones sexuales más seguras.²⁸ Las preocupaciones respecto del estigma y la discriminación, el abuso y la violencia disuaden a las mujeres de someterse a las pruebas del VIH o de solicitar otros servicios esenciales de salud. La violencia sexual puede ocasionar lesiones traumáticas en los órganos genitales de las mujeres, lo que aumenta la susceptibilidad a contagiarse el VIH, mientras que la susceptibilidad psicológica es mayor en los casos que padecieron violencia sexual en forma reiterada durante la niñez o la adolescencia.²⁹ Los resultados de la violencia pueden ser particularmente serios en el caso de las mujeres trabajadoras sexuales, las que consumen drogas o las transexuales, como consecuencia de los efectos agravantes de las múltiples formas de estigma y maltrato.

Un estudio realizado en Uganda reveló que un 29 % de las mujeres encuestadas que viven con el VIH informaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima en los últimos 12 meses y que aquellas que se encontraban recibiendo tratamiento antirretroviral tenían el doble de probabilidades de haber experimentado violencia por parte de una pareja íntima.³⁰ Esta violencia puede atribuirse, en parte, al hecho de que las mujeres, que tienen mayores tasas de realización de pruebas, presentan mayores posibilidades de ser las primeras del hogar en conocer su estado serológico con respecto al VIH y de ser culpadas por ello.

A pesar de la preocupante prevalencia de la violencia de género y sus graves efectos, los servicios para las mujeres que han sufrido violencia continúan siendo totalmente inadecuados. Una encuesta reciente realizada en Kenya reveló que solo un cuarto de las mujeres y un 13 % de los hombres de entre 18 y 24 años de edad que sufrieron violencia sexual antes de los 18 años conocían lugares donde solicitar servicios.³¹

POLÍTICAS PARA RESPUESTAS AL VIH TRANSFORMADORAS DE LAS RELACIONES ENTRE LOS GÉNEROS

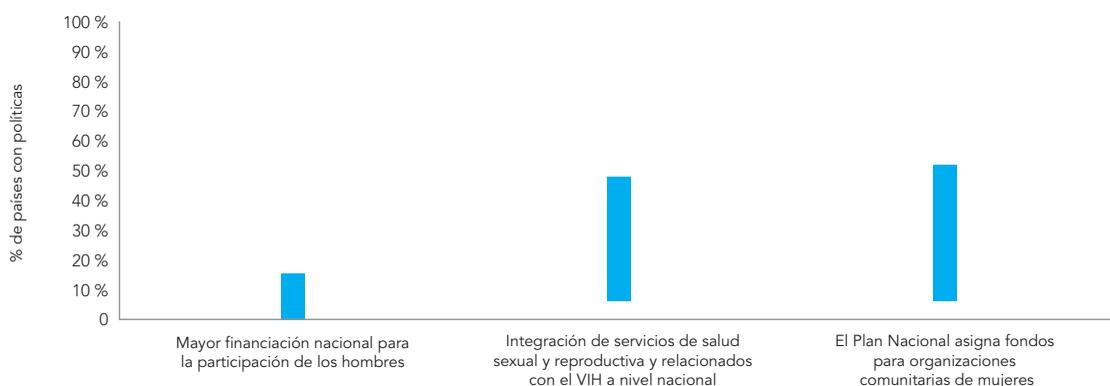
Cada vez más, las respuestas al VIH están incorporando un enfoque basado en la igualdad de género. Este enfoque es especialmente frecuente en África subsahariana, aunque es menos notable en los países donde las epidemias están concentradas en poblaciones clave.³² En Oriente Medio y África del Norte, así como en Europa oriental y Asia central, las cuestiones de género, incluida la violencia de género, a menudo no son tratadas en las respuestas nacionales, hecho que se refleja en la baja recopilación de datos desglosados por género o en la poca participación de redes o grupos de mujeres que viven con el VIH.

Los informes de países que realizaron revisiones intermedias de la implementación de la Declaración Política de la ONU sobre el VIH/sida de 2011 revelaron un amplio reconocimiento acerca de que el abordaje de las desigualdades de género es un componente esencial de la respuesta eficaz al VIH para las mujeres. Cien de los 109 países que enviaron informes en 2013 indicaron que la eliminación de las desigualdades de género constituye una prioridad nacional. Sin embargo, solo un 52 % de los países informaron que se encontraban en vías de eliminar las desigualdades de

género en 2013. Si bien el compromiso de los gobiernos nacionales es alentador, existe una necesidad urgente de verlo reflejado de manera sistemática en acciones sólidas.

La Figura 7.3 muestra que la asignación de recursos y las políticas de los países están particularmente estancadas en aspectos clave del esfuerzo integral para superar la desigualdad de género: impulsar la participación de los hombres y facultar a las mujeres, así como proporcionar servicios para ayudar a las mujeres a satisfacer sus necesidades sexuales y reproductivas, y permitir el acceso a los servicios de prevención del VIH, entre otros. Apenas la mitad de los países recopilan datos sobre los vínculos entre el VIH y la violencia de género, y menos de un cuarto de los planes estratégicos nacionales relacionados con el VIH abordan la violencia de género.³³

FIGURA 7.3
Políticas sobre elementos clave de programas relacionados con el VIH transformadores de las relaciones entre los géneros en 72 países



Fuente: revisión intermedia de la agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH del ONUSIDA, informe presentado ante la Junta Coordinadora del Programa (JCP) del ONUSIDA 2012.

SEGUIR ADELANTE

Con el fin de alcanzar cero nuevas infecciones por el VIH, cero muertes asociadas al sida y cero discriminación, debe existir cero tolerancia a la violencia de género. El avance sostenido es fundamental para eliminar la desigualdad de género. Las respuestas eficaces al VIH deben responder a las normas de género perjudiciales que perpetúan la epidemia del VIH y buscar su transformación. Si bien se han desarrollado varias acciones, se requiere la inversión de los países en diversas áreas estratégicas con el respaldo de la sociedad civil y los socios para el desarrollo.

Particularmente, los países deben trabajar para reducir la infección por el VIH en las niñas y mujeres jóvenes, mediante la protección contra la violencia sexual y el acceso universal a servicios integrales de protección social y educación sexual. Para garantizar el acceso, es posible que las niñas y mujeres jóvenes deban acceder a los servicios necesarios a través de puntos independientes. Se requieren acciones normativas y programáticas para transformar las normas de género perjudiciales y así prevenir la violencia de género y proporcionar servicios integrados a las sobrevivientes de este tipo de violencia.

Los servicios relacionados con el VIH deben ser más sensibles a las cuestiones de salud sexual y reproductiva y a las necesidades de género y los derechos de las mujeres, los hombres y las personas transexuales en toda su diversidad, en especial aquellos que viven con el VIH, que pertenecen a poblaciones clave de mayor riesgo o que viven en zonas afectadas por conflictos. Es necesario invertir para fortalecer la base empírica con el fin de responder con éxito a las cuestiones de género relativas a la epidemia del VIH. Se deben analizar los contextos y las respuestas a las epidemias desde la perspectiva del género y se deben realizar evaluaciones inclusivas y participativas.

El programa de desarrollo posterior a 2015 debe priorizar las necesidades de las mujeres y las niñas. Los objetivos de cero discriminación, cero tolerancia a la violencia de género y cero violación de los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva deben ser el núcleo de la política de desarrollo a nivel nacional e internacional en los debates sobre las prioridades posteriores a 2015.

PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD TRANSEXUAL EN NICARAGUA

Se estima que la comunidad transexual femenina de Nicaragua está compuesta por 3000 personas y que la prevalencia del VIH está entre un 15 % y un 19 %. Con el objetivo de abordar las necesidades de atención de salud de la comunidad transexual, nueve organizaciones se unieron para formular el Plan estratégico para la atención integral a la población transgénero femenina.

El proceso de desarrollo del plan incluyó un análisis de la situación, la priorización de las intervenciones y la planificación e identificación de los recursos. Una revisión de la evidencia disponible sobre los determinantes subyacentes de la epidemia en poblaciones transexuales identificó los estudios más sólidos sobre factores socioeconómicos, condiciones de vida y laborales, servicios de salud, factores biológicos y genéticos, comportamientos, y redes sociales y comunitarias.

El plan apunta a subsanar los déficits relacionados con los determinantes sociales de riesgo y vulnerabilidad al VIH en relación con las personas transexuales en Nicaragua. Las medidas clave incluyen la promoción de cambios en el marco jurídico, el apoyo a los derechos humanos, la recaudación de fondos, la realización de talleres de capacitación, la oferta de educación sanitaria y comunicación para el cambio de comportamiento. Si bien el plan es ambicioso y visionario, más del 80 % de las personas transexuales que participan en el proceso de planificación identificaron las medidas propuestas como factibles.

Liderazgo político en torno a respuestas transformadoras de las relaciones entre los géneros en Liberia y Rwanda

La respuesta al VIH por parte de Liberia incluye ahora un grupo de organizaciones de la sociedad civil, como las iglesias luterana y católica, el grupo Concerned Muslims of Liberia, líderes tradicionales y la red Liberian Women Living with HIV Network, que abogan activamente por las cuestiones de género y las relacionadas con el VIH. El grupo Women living with HIV y el Ministerio de Género y Desarrollo también cuentan con representantes en el Mecanismo de Coordinación en el País, el mayor organismo decisorio del país perteneciente al Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

La Comisión Nacional del Sida, presidida por el Presidente, fue creada mediante una ley parlamentaria. Incluye representantes mujeres que viven con el VIH y del Ministerio de Género y Desarrollo y cuenta con un presupuesto anual asignado por el gobierno por disposición legal. Se ha establecido una oficina para asuntos relacionados con el VIH dentro del Ministerio de Género y Desarrollo, financiada en gran medida por el gobierno, para coordinar el trabajo asociado con el sida y las cuestiones de género, y se ha aprobado una modificación a la ley de salud para proteger los derechos de las personas que viven con el VIH, incluidas las mujeres.

En 2012, una revisión intermedia del plan operativo nacional de Liberia sobre el VIH y la igualdad de género para las mujeres y las niñas reveló que el plan había dado como resultado una respuesta nacional al sida más sólida y que se habían creado nuevos vínculos para ampliar los esfuerzos contra la violencia de género y fortalecer la capacidad dentro del gobierno. El plan fue implementado en 2010 por la presidenta Ellen Johnson Sirleaf, acompañada por el director ejecutivo del ONUSIDA, Michel Sidibé, y la princesa Mathilda de Bélgica, con el fin de contribuir a la reconstrucción del sistema sanitario del país, que había sido destruido durante la guerra civil, y detener las altas tasas de violaciones y violencia sexual contra las niñas y las mujeres.

8. ELIMINAR EL ESTIGMA, LA DISCRIMINACIÓN, Y LAS LEYES Y PRÁCTICAS COERCITIVAS EN RELACIÓN CON EL VIH

El estigma y la discriminación asociados con el VIH persisten como los principales obstáculos de una respuesta eficaz al VIH en todo el mundo. El Índice de estigma en personas que viven con el VIH y otras fuentes de investigación han cuantificado y mejorado la comprensión de la prevalencia y el impacto del estigma y la discriminación, e informaron que una notable proporción de personas que viven con el VIH declararon haberse enfrentado a discriminación laboral y a la negación de servicios de planificación familiar, dentales y otros servicios de salud (Tabla 8.1).

EFFECTOS DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

Muchos de estudios vincularon el estigma asociado al VIH con una demora a la hora de someterse a las pruebas del VIH, la no divulgación de los resultados a las parejas y poco compromiso con los servicios relacionados con el VIH.^{1,2,3,4} El estigma y la discriminación persisten en muchos centros de salud, donde las personas que viven con el VIH padecen actitudes prejuiciosas por parte de los proveedores y se les niegan los servicios. Se notificaron numerosos casos de esterilización involuntaria de mujeres que viven con el VIH, incluidos algunos que resultaron en una intervención jurídica en varios países, como Chile,⁵ Kenya⁶ y Namibia.⁷

Las personas que sufren el estigma y la discriminación informan distintos efectos negativos, entre ellos, la pérdida de ingresos, el aislamiento de las comunidades y la incapacidad de participar como miembro productivo de la sociedad como resultado de su estado serológico con respecto al VIH. Según las encuestas llevadas a cabo a través del Índice de estigma en personas que viven con el VIH, los casos de estigma y discriminación generan costos psicológicos profundos, lo que deriva en sentimientos de culpa, vergüenza e ideas suicidas. Como consecuencia de los efectos perniciosos del estigma y la discriminación, tanto en las personas que viven con el VIH como en la eficacia de los programas del VIH, la Comisión Global sobre VIH y Derecho instó a los países para que tomaran medidas inmediatas y derogar las leyes coercitivas y prohibieran la discriminación.⁸

PROTECCIÓN LEGAL CONTRA LA DISCRIMINACIÓN POR EL VIH

Cuando se hacen cumplir de forma correcta y reciben los recursos adecuados, las leyes protectoras ayudan a ampliar el acceso a los servicios sanitarios y sociales básicos, mejoran la calidad y la eficacia de los servicios, y protegen a las personas que viven con el VIH o vulnerables al VIH contra el estigma, la discriminación y la violencia. En 2012, en un 61 % de los países se informó la existencia de leyes en contra de la discriminación que protegen a las personas que viven con el VIH.

TABLA 8.1

Personas que viven con el VIH que informaron que se les negaron servicios de salud y trabajo en los últimos 12 meses debido a su estado serológico con respecto al VIH, países seleccionados, de 2008 a 2013

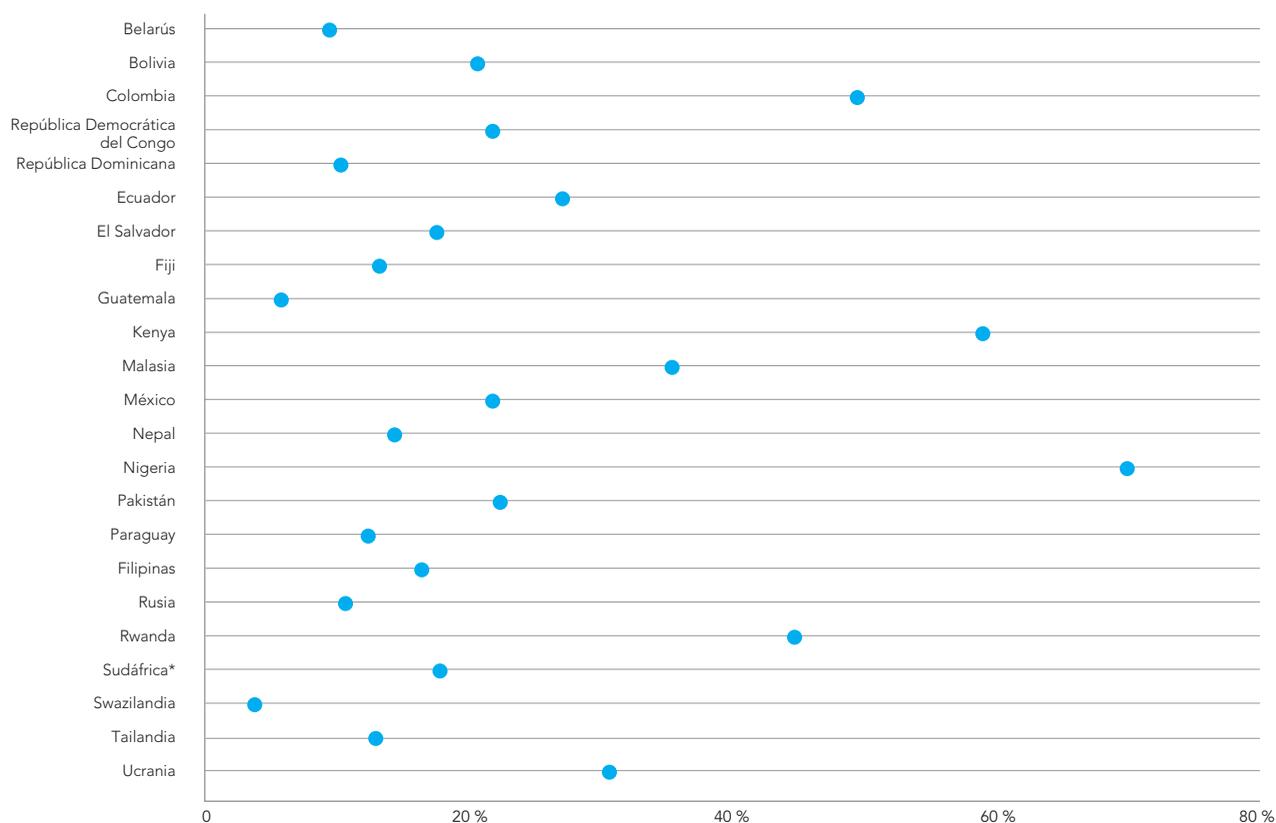
	SERVICIOS DE SALUD O DENTALES NEGADOS (%)	SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR NEGADOS (%)	EMPLEO NEGADO (%)
Alemania	19	...	...
Argentina	16	45	13
Bangladesh	4	4	9
Belarús	18	19	6
Bolivia	19	5	10
Camerún	2	3	7
China	12	...	15
Colombia	27	...	9
Ecuador	20	5	10
El Salvador	8	4	3
Etiopía	7	6	21
Fiji	13	11	14
Filipinas	8	6	...
Guatemala	6	10	3
Jamaica	3	...	...
Malawi	5	8	...
Malasia	...	...	12
México	14	2	5
Moldova	13	2	5
Myanmar	10	35	15
Nepal	21	3	4
Nigeria	21	6	...
Pakistán	33	3	35
Paraguay	17	4	9
República Democrática del Congo	6	...	13
República Dominicana	8	2	10
Polonia	20	3	11
Rusia	10	5	3
Rwanda	13	88	37
Sudáfrica (región de O.R. Tambo, Prov. Oriental del Cabo)	5	7	3
Sri Lanka	...	...	4
Swazilandia	4	1	3
Tailandia	20	14	26
Ucrania	20	3	8
Zambia	8	10	17

Fuente: encuestas realizadas mediante el Índice de estigma en personas que viven con el VIH, www.stigmaindex.org

Sin embargo, muchas personas que sufrieron abusos de sus derechos no obtienen una compensación a través de los medios jurídicos.⁹ En 17 de los 23 países donde el Índice de estigma en personas que viven con el VIH llevó a cabo la investigación, menos del 30 % de las personas que viven con el VIH que habían sufrido violaciones a sus derechos informaron haber solicitado compensación legal (independientemente de si la compensación tuvo lugar) (véase la Figura 8.1).

Para garantizar el acceso a la compensación legal, las personas que viven con el VIH deben tener acceso a servicios jurídicos relacionados con el virus. En 2012, un 55 % de los países informaron la existencia de servicios legales relativos al VIH (en comparación con un 45 % en 2008), mientras que un 57 % indicaron que los jueces y magistrados habían recibido capacitación sobre discriminación y el VIH (un incremento del 46 % respecto de 2008). El porcentaje de países que informaron la prestación de servicios legales gratuitos o de bajo costo para las personas que viven con el VIH a través de estudios jurídicos del sector privado o centros universitarios aumentó de un 39 % en 2008 a un 52 % en 2012 (véase la Figura 8.2).

FIGURA 8.1
Personas que viven con el VIH cuyos derechos han sido violados y que buscan compensación legal, países seleccionados, de 2008 a 2013

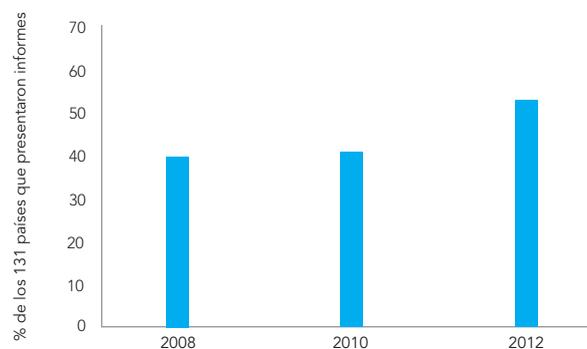


Fuente: encuestas realizadas mediante el Índice de estigma en personas que viven con el VIH, países seleccionados, de 2008 a 2013, www.stigmaindex.org

*Región de O.R. Tambo, Prov. Oriental del Cabo

FIGURA 8.2

Países donde estudios jurídicos del sector privado o centros universitarios prestan servicios legales gratuitos o de bajo costo a las personas que viven con el VIH



Fuente: Informes nacionales del Índice compuesto de política nacional (NCPI) de 2008, 2010 y 2012, fuentes no gubernamentales (www.unaids.org/ncpi)

PENALIZACIÓN DE LA NO DIVULGACIÓN DEL ESTADO SEROLÓGICO, LA EXPOSICIÓN AL VIH Y SU TRANSMISIÓN

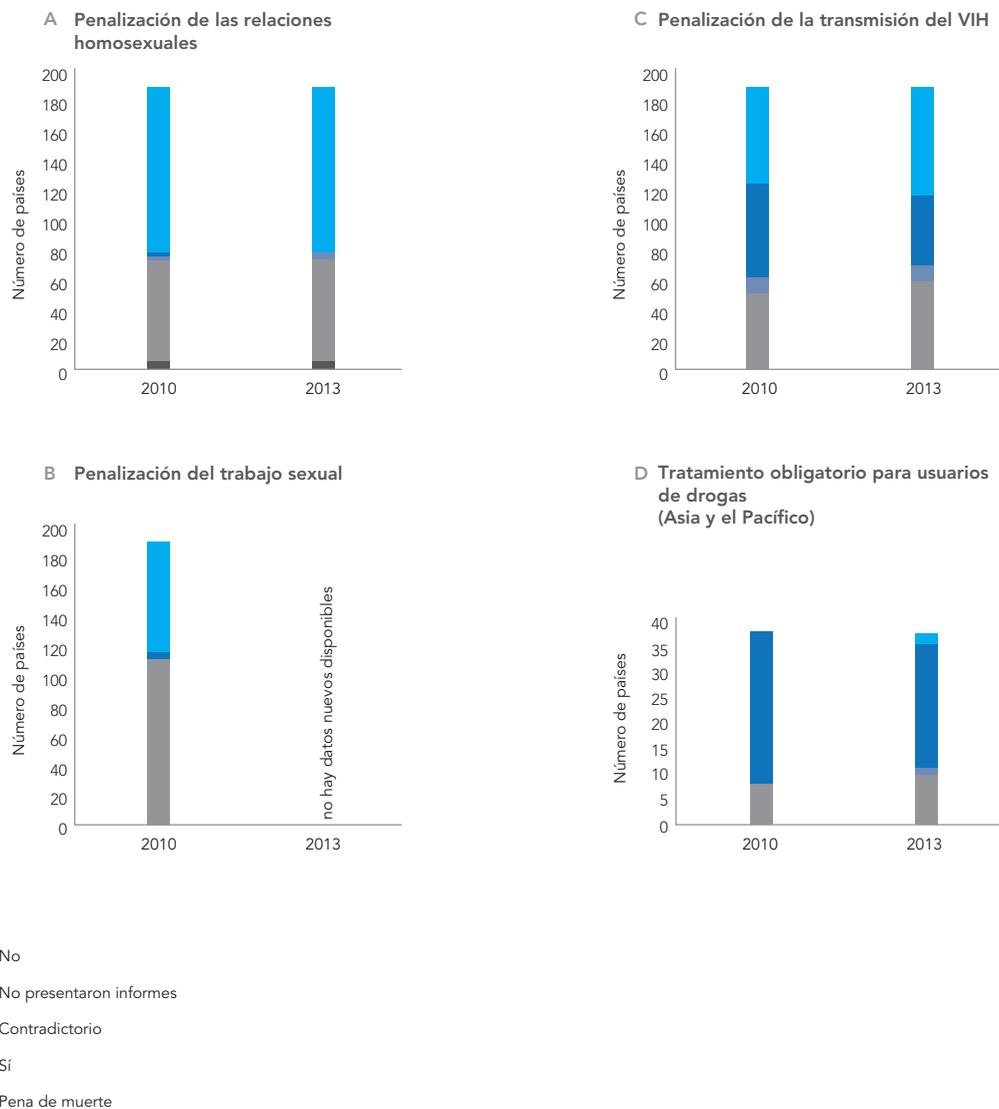
En 2013, 63 países cuentan en, al menos, una jurisdicción, con disposiciones específicas relativas al VIH que permiten el procesamiento por la no divulgación del estado serológico, la exposición al VIH o su transmisión. En otros países, los procesamientos por la no divulgación, la exposición o la transmisión en relación con el VIH se basaron en delitos penales generales, como el acoso sexual, las lesiones físicas graves, la molestia criminal, el homicidio culposo o el homicidio en grado de tentativa.

Las revisiones de estas leyes y procesamientos por la no divulgación del estado serológico con respecto al VIH, la exposición al virus o su transmisión demuestran que, con frecuencia, no reflejan la mejor evidencia científica y médica disponible sobre el VIH en relación con los modos de transmisión del VIH y el beneficio del tratamiento.¹⁰ Además, estas leyes y procesamientos, a menudo, ignoran los principios de derechos humanos y legales penales generalmente aplicables. Por ejemplo, se han informado procesamientos por la exposición al VIH contra personas que viven con el VIH por acciones como escupir o morder, que no representan un riesgo de transmisión del VIH.¹¹

Asimismo, se informaron procesamientos contra personas que viven con el VIH y que usan preservativos durante las relaciones sexuales.¹² Dichos procesamientos son contrarios a la evidencia científica y médica y, probablemente, deriven en errores jurídicos. El procesamiento de personas que viven con el VIH por estos actos también es contraproducente, dado que crea un clima de miedo que socava los esfuerzos de la salud pública para alentar a las personas a solicitar servicios de prevención, pruebas del VIH y su tratamiento de forma voluntaria.

Como lo recomienda la Comisión Global sobre VIH y Derecho, varios países comenzaron a revisar estas leyes, restringieron su aplicación o las derogaron en su totalidad (véase la Figura 8.3). En 2011, Fiji eliminó los delitos penales específicos por transmisión del VIH o exposición al virus que se encontraban dentro de una ley más amplia relativa al VIH; Guyana rechazó firmemente una ley penal propuesta específicamente en relación con el VIH; y desde 2010, al menos cuatro países africanos (Congo, Guinea, Senegal y Togo) restringieron la aplicación de leyes penales exclusivamente a los casos de transmisión intencional. Para proporcionar apoyo a los países de esta área, el ONUSIDA publicó recientemente una nueva nota de orientación sobre *Finalizar la penalización excesivamente generalizada de la no divulgación, la exposición y la transmisión relacionadas con el VIH*.¹³

FIGURA 8.3
Leyes coercitivas relativas al VIH, de 2010 a 2013



Fuentes:

Penalización de actividades homosexuales

2010: Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersexuados. Homofobia patrocinada por el Estado (acceso: 8 de abril de 2010).
 2013: Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersexuados. Homofobia patrocinada por el Estado (publicado en mayo de 2013, 8.ª edición).

Penalización del trabajo sexual

2010: Departamento de los Estado de Estados Unidos. Informes nacionales de prácticas de derechos humanos de 2009.

Penalización de la transmisión del VIH

2010: Red mundial de personas que viven con el VIH. Escáner mundial sobre la penalización (acceso: 8 de abril de 2013).
 2013: Red mundial de personas que viven con el VIH. Escáner mundial sobre la penalización (acceso: 23 de junio de 2013).

Tratamiento obligatorio para usuarios de drogas

2010: Federación Internacional de Planificación Familiar. Veredicto sobre un virus: Salud pública, derechos humanos y derecho penal.
 2013: ONUSIDA. Leyes coercitivas que entorpecen la respuesta al VIH en Asia y el Pacífico en junio de 2013.

PENALIZACIÓN DE POBLACIONES CLAVE

Continúan siendo frecuentes en todo el mundo las leyes coercitivas centradas en las poblaciones clave con mayor riesgo de exposición al VIH. En 2012, informantes no gubernamentales en un 70 % de los países y los propios gobiernos nacionales en un 60 % de los países notificaron la existencia de leyes, reglamentos o políticas que obstaculizan la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo en relación con el VIH para las poblaciones clave y los grupos vulnerables.

Actualmente, 76 de 193 países penalizan las relaciones homosexuales y en algunas jurisdicciones se permite la imposición de la pena de muerte para las condenas establecidas conforme a dichas leyes.¹⁴ Siete de los diez países que reciben la mayor cantidad de financiación del Fondo Mundial y más de la mitad de los 88 países que reciben apoyo a través del PEPFAR penalizan las relaciones sexuales consentidas entre las personas del mismo sexo.¹⁵

Las políticas coercitivas concernientes al uso de drogas (entre otras, sanciones severas por posesión de pequeñas cantidades de droga para uso personal, penalización de la drogodependencia, detención obligatoria por drogas y prohibición de terapia de sustitución con fármacos o programas de distribución de agujas y jeringas) evitan o impiden que muchas personas que se inyectan drogas reciban los servicios que necesitan con urgencia.¹⁶ Los regímenes de detención obligatoria por drogas en algunos países son tan estrictos que un relator especial de las Naciones Unidas sobre tortura u otro tratamiento o castigo degradante, inhumano o cruel los destacó para denunciarlos públicamente en 2013.¹⁷ En 2012, 12 agencias del sistema de la ONU solicitaron, en forma conjunta, el cierre de los centros de rehabilitación y detención obligatoria por drogas.

En la mayoría de los países existen leyes vigentes que penalizan algunos aspectos del trabajo sexual,¹⁸ y los trabajadores sexuales, con frecuencia, son vulnerables al acoso y al maltrato de la policía. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el ONUSIDA y la Red de Proyectos de Trabajadores Sexuales han solicitado la despenalización del trabajo sexual y la eliminación de la aplicación injusta de leyes y reglamentos contra los trabajadores sexuales.

Si bien la situación para las poblaciones clave está empeorando en algunos países, en otros, existen ciertos indicios alentadores de liderazgo e innovación que aseguran respuestas basadas en los derechos para estas poblaciones. Por ejemplo, Malasia está en proceso de dejar de utilizar los centros de rehabilitación y detención obligatoria por drogas mediante la creación de una red de centros de "cura y atención" sin encarcelamiento, que están asociadas con una disminución del 37 % en el uso de drogas inyectables y una reducción del 76 % en la cantidad de arrestos.¹⁹ La Comisión de Igualdad de Género de Sudáfrica, una entidad establecida por mandato constitucional, recomendó la despenalización del trabajo sexual sobre la base de los derechos humanos.²⁰ En junio de 2013, el Tribunal Supremo de los Estados Unidos de América invalidó una política nacional que requería que los beneficiarios de fondos federales estuvieran explícitamente de acuerdo con la política gubernamental de oponerse a la "prostitución".

PROGRAMACIÓN PARA REDUCIR EL ESTIGMA DEL VIH

Los programas contra el estigma son más eficaces cuando abordan de manera simultánea los factores políticos individuales, organizativos y públicos que permiten el estigma y la discriminación.²¹ La evidencia indica que los programas contra el estigma reducen el aislamiento social y mejoran el cumplimiento del tratamiento contra el VIH.²² Dados los efectos particularmente graves de la discriminación dentro de los entornos de atención médica en las personas que viven con el VIH, deben intensificarse los esfuerzos para reducir las actitudes de estigmatización y los comportamientos en los trabajadores de la atención de salud.

Una revisión sistemática reciente halló que, en la última década, se ampliaron

sustancialmente las pruebas para una programación eficaz tendiente a reducir las actitudes de estigma y discriminación.²³ Independientemente de los claros beneficios de los esfuerzos contra el estigma en las respuestas al VIH, dichos programas continúan careciendo de recursos. Si bien la proporción de subsidios del Fondo Mundial que incluyen actividades que abordan el estigma y los derechos humanos aumentó del 13 % en la Octava Convocatoria al 62 % en la Décima Convocatoria, en una revisión se determinó que las actividades contra el estigma a menudo no se integran a los planes de trabajo de subsidios, presupuestos o marcos de desempeño.²⁴

MIRAR HACIA EL FUTURO

Prácticamente todos los países que informaron resultados de revisiones intermedias (103 de 109) identificaron la eliminación del estigma y la discriminación como prioridad nacional, y 99 de esos países han integrado este objetivo a sus planes estratégicos nacionales relacionados con el VIH. Si bien las revisiones intermedias nacionales reflejan un reconocimiento claro de los efectos perjudiciales del estigma y la discriminación en las respuestas nacionales al VIH, un 62 % de los países de África oriental y meridional y un 50 % de los países de Asia y el Pacífico indicaron que no se encuentran en vías de eliminar el estigma y la discriminación.

Además de la escasez de información estratégica sobre el estigma y la discriminación y el cumplimiento insuficiente de las disposiciones contra la discriminación vigentes, en las revisiones intermedias nacionales también se citó la falta de recursos destinados a los programas para abordar el estigma y la discriminación como un impedimento importante para lograr el objetivo de cero discriminación. La mayoría (54 %) de los 133 países que notifican gastos relativos al VIH no invirtieron en absoluto en programas de derechos humanos y, de los que sí invirtieron, solo ocho asignaron más del 1 % del presupuesto total a estos programas.

Se necesitan esfuerzos urgentes para revisar los marcos legales y políticos nacionales con el fin de evaluar el cumplimiento de los principios de derechos humanos y revisar o derogar las leyes, según sea necesario, para asegurar una respuesta basada en los derechos que proporcione acceso equitativo a los programas esenciales del VIH. Cada respuesta nacional debe abordar el estigma y la discriminación y mejorar el acceso a la justicia. A través de la educación y la sensibilización, las respuestas deben lidiar con las causas del estigma y la discriminación, incluidos los miedos irracionales a infectarse y el juicio moral.

Según lo recomendado por la Comisión Global sobre VIH y Derecho, es necesario prestar particular atención a la eliminación de leyes coercitivas con respecto a las poblaciones clave. Los marcos legales deben complementarse con una inversión sólida y sostenida en programas contra el estigma que funcionen para forjar normas sociales de inclusión, tolerancia y no discriminación más prósperas. Se requiere una inversión mucho mayor en mecanismos de cumplimiento de las leyes contra la discriminación, entre otros, el apoyo a los servicios legales para las personas que viven con el VIH y los miembros de las poblaciones clave, así como programas que eduquen a las personas que viven con el VIH o que están afectadas por el virus con respecto a sus derechos.

Los esfuerzos para eliminar el estigma y la discriminación deben ir más allá de las partes interesadas tradicionales relacionadas con la salud y comprometer a todas las áreas del gobierno, incluidas las ramas legislativa y judicial, así como a la sociedad civil y a las personas que viven con el VIH. Asimismo, se necesitan medidas para informar y sensibilizar a los responsables de elaborar las leyes (parlamentarios) y a los responsables de hacerlas cumplir (ministros del interior y de justicia, policía, fiscales, jueces, abogados, funcionarios penitenciarios y líderes tradicionales y religiosos) con respecto a los derechos humanos en el contexto del VIH.

Liderazgo para terminar con la discriminación

En muchos países, el liderazgo y la innovación han tenido un efecto positivo sobre las respuestas al VIH basadas en los derechos humanos.

Países de todo el mundo tomaron medidas para eliminar las leyes coercitivas que obstaculizan las respuestas al VIH basadas en los derechos. En 2012, Viet Nam aprobó una legislación que puso fin a la práctica de retener a los trabajadores sexuales en centros de detención administrativos. En junio de 2013, la provincia de Guangdong, en China, anunció su intención de abolir las restricciones que impiden a las personas que viven con el VIH trabajar como maestros. En 2012, la Asamblea Legislativa de África oriental aprobó la Ley de Prevención y Administración del VIH y sida, que tiene como objeto proporcionar un marco legal basado en los derechos para Burundi, Kenya, la República Unida de Tanzania, Rwanda y Uganda.

Varios países también han tomado medidas para mejorar el cumplimiento de las disposiciones relativas a los derechos y optimizar el acceso a la justicia para las personas que sufrieron discriminación. En 2010, Moldova implementó un programa multifacético para abordar las violaciones a los derechos humanos contra las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave, y proporcionó ayuda legal y capacitación sobre derechos humanos y litigios estratégicos a jueces, abogados y las personas que trabajan en el cumplimiento de la ley. Belice, Marruecos y otros países declaran haber comprometido a instituciones nacionales de derechos humanos y defensorías del pueblo para que respondan a las acusaciones de estigma y discriminación relativas al VIH. Kenya ha establecido un tribunal de igualdad del VIH para permitir que las personas que padecieron discriminación obtengan compensación.

Se ha fortalecido la inclusión de líderes religiosos en el desarrollo de capacidades en torno al VIH y los derechos humanos mediante la creación, en agosto de 2013, de un nuevo marco para el diálogo entre los líderes religiosos y las personas que viven con el VIH.²⁵ El Marco para el diálogo es una herramienta para mejorar el diálogo y la colaboración de manera sostenida e inclusiva entre las personas que viven con el VIH y los líderes religiosos a nivel nacional con el objetivo de abordar el estigma, la discriminación y otros problemas preocupantes. El Marco para el diálogo tiene como fin ser utilizado por redes nacionales de personas que viven con el VIH, redes de líderes religiosos que viven con el VIH, líderes religiosos, organizaciones religiosas y organismos intergubernamentales y agencias de desarrollo que trabajan en cuestiones relacionadas, incluidas delegaciones nacionales del ONUSIDA.

9. ELIMINAR RESTRICCIONES RELACIONADAS CON EL VIH A LA ENTRADA, LA ESTANCIA Y LA RESIDENCIA

Desde 2010, diez países, territorios o áreas han eliminado las restricciones a la entrada, la estancia y la residencia para las personas que viven con el VIH. Sin embargo, para eliminar las demás restricciones a la libre circulación equitativa en relación con el VIH, deben intensificarse las acciones que apuntan a derogar las leyes contraproducentes y discriminatorias que permanecen vigentes en 43 países. Esto implicará la sensibilización de los principales responsables de tomar decisiones respecto de los modos de transmisión del VIH y cómo no se transmite el virus, mejorar la actitud pública sobre las personas que viven con el VIH y los migrantes, e impulsar el compromiso con los programas del VIH que llegan a las personas que migran.

Las restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia no están justificadas por cuestiones de salud pública. No hay evidencia de que las personas que viajan sean un riesgo de transmisión del VIH y, en cualquier caso, las pruebas disponibles y la amplia experiencia internacional indican que las estrategias basadas en las evidencias y los derechos, en lugar de las pruebas obligatorias y otros métodos punitivos o coercitivos, son más eficaces para prevenir la transmisión. Además, las restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia pueden limitar la aceptación de las pruebas voluntarias del VIH y obstaculizar el cumplimiento del tratamiento contra el virus.

AVANCE HACIA LA ELIMINACIÓN DE RESTRICCIONES RELACIONADAS CON EL VIH A LA ENTRADA, LA ESTANCIA Y LA RESIDENCIA

La abrumadora mayoría de países de todo el mundo han rechazado las restricciones a la entrada, la estancia y la residencia de las personas que viven con el VIH (véase la Tabla 9.1) y se observa una clara tendencia internacional a derogar dichas leyes discriminatorias. Entre el año 2000 y mediados de 2013, el número de países, territorios y áreas con restricciones de viaje relativas al VIH disminuyó más de la mitad, de 96 a 43 (véase la Figura 9.1).

Entre 2010 y 2012, ocho países (Armenia, China, Fiji, Namibia, la República de Corea, la República de Moldova, Ucrania y los Estados Unidos de América) derogaron sus restricciones. En enero de 2013, Mongolia eliminó las restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia cuando implementó una legislación más amplia que también eliminó las restricciones de empleo que impedían que las personas que viven con el VIH accedieran a determinados empleos, incluso en la industria alimentaria. A mediados de 2013, Andorra informó la eliminación de sus restricciones.

PROBLEMAS CONTINUOS QUE PRESENTAN LAS RESTRICCIONES DISCRIMINATORIAS

Si bien la tendencia es hacia la eliminación de las restricciones a la entrada, la estancia y la residencia de personas que viven con el VIH, este tipo de leyes persisten en muchos países (véase la Figura 9.2). Cinco países mantienen una prohibición general a la entrada de personas que viven con el VIH, cinco solicitan una prueba de estado serológico negativo con respecto al VIH para los que desean permanecer entre 10 y 90 días, y al menos 19 países autorizan la deportación cuando se descubre que una persona vive con el VIH.

TABLA 9.1

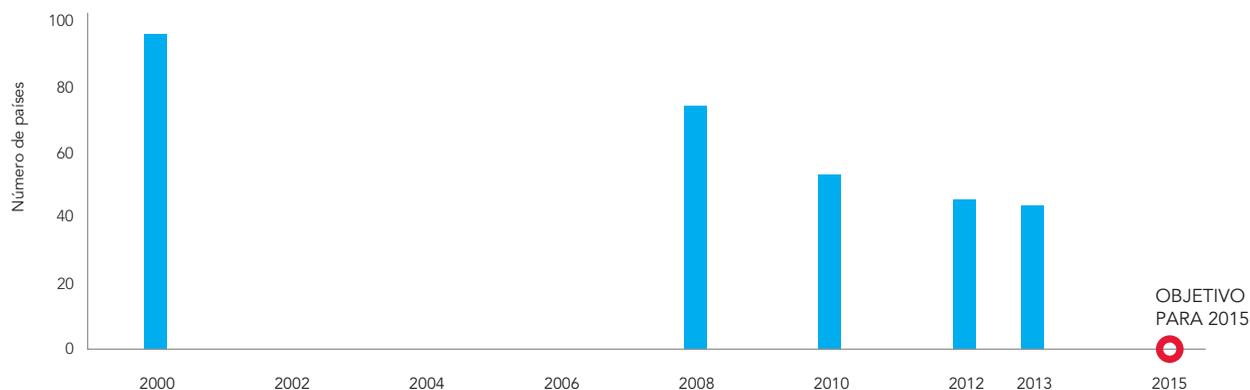
Países, territorios y áreas con restricciones a la entrada, la estancia y la residencia de personas que viven con el VIH hasta julio de 2013.

1. Arabia Saudita	16. Federación de Rusia	31. Paraguay
2. Aruba	17. Iraq	32. Qatar
3. Australia	18. Israel	33. República Árabe Siria
4. Bahrein	19. Jordania	34. República Dominicana
5. Belarús	20. Kuwait	35. Islas Marshall
6. Belice	21. Líbano	36. Samoa
7. Brunei Darussalam	22. Lituania	37. Singapur
8. Comoras	23. Malasia	38. Sudán
9. Cuba	24. Islas Salomón	39. Tayikistán
10. China Taipéi	25. Islas Turcas y Caicos	40. Tonga
11. Chipre	26. Mauricio	41. Turkmenistán
12. Emiratos Árabes Unidos	27. Nueva Zelanda	42. Uzbekistán
13. República Popular Democrática de Corea	28. Nicaragua	43. Yemen
14. Egipto	29. Omán	
15. Eslovaquia	30. Papua Nueva Guinea	

Fuente: base de datos del ONUSIDA sobre restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia, actualizada en agosto de 2013.

FIGURA 9.1

Número de países con restricciones a la entrada, la estancia y la residencia de personas que viven con el VIH, de 2000 a 2013 y objetivo para 2015



Fuente: para 2000, Weissner, P., Haerry, D. Entry and residency restrictions for people living with HIV. Equipo Internacional de Trabajo sobre Restricciones para Viajar. Primera reunión, 24-25 de febrero de 2008, Ginebra, Suiza; para 2008, 2010, 2012 y 2013, base de datos del ONUSIDA sobre restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia.

FIGURA 9.2

Restricciones a la entrada, la estancia y la residencia de personas que viven con el VIH hasta julio de 2013



Restricciones a la entrada, la estancia y la residencia para personas que viven con el VIH, que pueden incluir lo siguiente: pruebas obligatorias y periódicas del VIH sin confidencialidad, asesoramiento o derivación a servicios o tratamiento, encarcelamiento, deportación, prohibición total a la entrada o prohibiciones sobre estancias o trabajo de corto o largo plazo, y requisitos de renuncia.



Fuente: base de datos del ONUSIDA sobre restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia, actualizada en agosto de 2013.

Estas leyes y la manera en que se aplican violan los derechos humanos de las personas que viven con el VIH. A las personas que solicitan reubicarse o migrar, a menudo, se les realiza una prueba del VIH sin su consentimiento informado y sin brindarles asesoramiento, y luego se les niega la visa. En los casos de las personas que se infectan en el país de destino, su estado serológico positivo con respecto al VIH se determina cuando intentan renovar sus visas; con frecuencia, no se les informa que les están realizando una prueba del VIH, no se les entregan los resultados ni se las asesora; en cambio, se las detiene y se las deporta repentinamente, a veces, sin la oportunidad de tomar sus efectos personales ni de recibir su salario final. Existen restricciones a la entrada, la estancia y la residencia basadas en el estado serológico con respecto al VIH en países del Consejo de Cooperación del Golfo (CCG), un destino importante para trabajadores que migran, en particular desde Asia.

Las mujeres migrantes enfrentan más dificultades dado que, a menudo, son más vulnerables al abuso físico, sexual y verbal. Muchas sobrevivientes de abusos sexuales, que temen ser culpadas y estigmatizadas por la sociedad como resultado del abuso sexual y la violencia que han sufrido, nunca denuncian los incidentes, y así enfrentan solas las consecuencias físicas y psicológicas negativas de las violaciones, entre otras, el riesgo de haberse contagiado el VIH.¹ El trauma emocional del abuso y la violencia se ve empeorado por el estigma y las consecuencias financieras de ser deportada como consecuencia del estado serológico positivo con respecto al VIH.

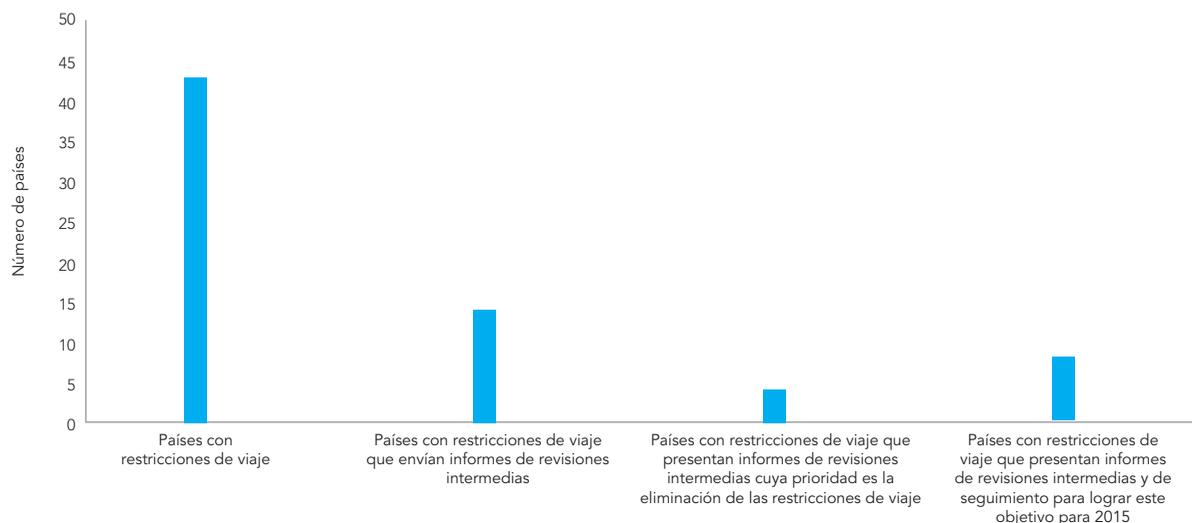
Las restricciones en Oriente Medio y África del Norte no solo afectan a las personas que migran de otras regiones, sino también a las personas que viven con el VIH dentro de la región. Al informar los resultados de su revisión intermedia, Jordania

destacó la implementación de restricciones nacionales sobre los migrantes de países vecinos (en particular, Egipto, Iraq y Siria), así como el efecto de las políticas de pruebas de detección del VIH obligatorias sobre el millón estimado de jordanos que trabajan en el exterior, principalmente en países del CCG.

De los 43 países, territorios y áreas de todo el mundo que conservan restricciones discriminatorias relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia, 15 presentaron informes en sus revisiones intermedias nacionales. Entre estos países, solo cuatro (Egipto, Jordania, Mauricio y Paraguay) indicaron que la eliminación de restricciones es un problema prioritario, y tres de ellos (Egipto, Mauricio y Paraguay) expresaron que se encuentran en vías de lograr este objetivo para el 2015. El Líbano, Malasia, Papua Nueva Guinea, Sudán y Tayikistán también informaron que se encuentran en camino hacia eliminar las restricciones para el 2015 (véase la Figura 9.3).

FIGURA 9.3

Revisiones intermedias, prioridades y planes en los países con restricciones a la entrada, la estancia y la residencia de personas que viven con el VIH, 2013



Fuente: informes de revisiones intermedias de 2013.

MAYOR RECONOCIMIENTO DEL DAÑO OCASIONADO POR LAS RESTRICCIONES RELACIONADAS CON EL VIH A LA ENTRADA, LA ESTANCIA Y LA RESIDENCIA

Se comprende cada vez más que las restricciones discriminatorias a la entrada, la estancia y la residencia no coinciden con las necesidades de un mundo de negocios cada vez más globalizado. En noviembre de 2012, más de 40 directores generales de empresas, que representan a casi 2 millones de empleados en todo el mundo, mencionaron consideraciones tanto económicas como de derechos humanos que apelaban a derogar todas las restricciones de viaje relativas al VIH. Los directores generales, que representan a empleadores destacados como Coca-Cola, Heineken, Johnson & Johnson, Kenya Airways, Merck, National Basketball Association, Pfizer y Thomson Reuters, enfatizaron que las empresas necesitan la libertad para enviar a sus empleados a destinos internacionales, independientemente de su estado serológico con respecto al VIH, para poder tener éxito en un mundo altamente competitivo y globalizado.

HACIA 2015

Para alcanzar la meta de eliminar las restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia aún vigentes, debe acelerarse el avance, en particular en cuanto a la sensibilización de los altos funcionarios, y fomentar la reforma de leyes y reglamentos. Las coaliciones o grupos de trabajo nacionales (que unen tanto a los funcionarios de gobierno como a la sociedad civil, incluidas las personas que viven con el VIH) tienen una función potencialmente importante que desempeñar en el desarrollo del impulso para la eliminación de estas restricciones. Se precisan esfuerzos para educar y persuadir a los encargados de tomar decisiones que incluyan a los ministerios de salud, del interior, de migración, de justicia y de trabajo.

Parece ser que el número más grande de migrantes afectados por las pruebas del VIH obligatorias, las restricciones y la deportación son aquellas personas que buscan entrar, permanecer y residir en países de la región de Oriente Medio y África del Norte. Por ello, se precisa una acción regional mucho mayor, por ejemplo, a través de visitas de estudio de funcionarios nacionales de los países del CCG a otros países de Oriente Medio y África del Norte que no tienen restricciones, como Marruecos y Túnez. Debido a que estos países eliminaron las restricciones y no notificaron efectos negativos, tales oportunidades de aprendizaje pueden ejercer un rol posiblemente significativo para ayudar a que los responsables de tomar decisiones comprendan que no existe una lógica de salud pública que justifique las restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia.

En lugar de aplicar políticas discriminatorias, los países deben asegurar que todas las personas que migran, ciudadanos y no ciudadanos por igual, tengan acceso a los servicios esenciales relacionados con el VIH. Los países deben implementar programas de prevención, atención, tratamiento y apoyo relativos al VIH basados en pruebas y en los derechos para las personas que migran, tanto en los sectores formales como informales.

REFORMA DE LA LEGISLACIÓN DE INMIGRACIÓN

Papua Nueva Guinea se encuentra entre los países que informan haber tomado medidas para eliminar sus restricciones. Una revisión de la Ley de Migración y la Reglamentación de Migración, dirigida por el Departamento de Asuntos Exteriores e Inmigración, se convirtió en una oportunidad para que las partes nacionales interesadas en la respuesta al VIH soliciten la eliminación del VIH y sida de la lista de enfermedades que se definen como "peligrosas para la comunidad". Como parte de este proceso de revisión, se ha solicitado que los funcionarios de los consulados, los oficiales de inmigración y los funcionarios médicos reciban asesoramiento que respalde la aplicación coherente de los criterios de evaluación médica relativa a la inmigración. Todas las evaluaciones de salud relacionadas con la inmigración deben respetar la Ley sobre Gestión y Prevención del VIH/sida, que establece que la discriminación sobre la base del estado serológico con respecto al VIH es ilegal.

10. FORTALECER LA INTEGRACIÓN DEL VIH

A medida que la sostenibilidad se ha convertido en una prioridad nacional más importante dentro de la respuesta al sida, se han hecho avances hacia la eliminación de sistemas paralelos y hacia la integración del VIH a los sistemas de salud, además de mayores esfuerzos en pos del desarrollo.* Actualmente, los países priorizan la integración del VIH a diversos sistemas, y más del 90 % de los países (103 de 109) indican que la integración es una prioridad nacional. Sin embargo, una cantidad menor de países (77 de 109, o un 70 %) notifican que se encuentran en vías de lograr compromisos nacionales de integración y, a menudo, los países que no se encuentran en este proceso se justifican sobre la base de las políticas y las prácticas de donación que usan canales de financiación específicos para una enfermedad y los requisitos de informes que socavan los esfuerzos de integración.

Diferentes países han adoptado distintos enfoques, lo que refleja en parte la necesidad de una prestación de servicios específica para la población. El alcance y la escala de la integración de los servicios relacionados con el VIH a otros servicios de salud, y viceversa, varían según la naturaleza de la epidemia y las necesidades de las poblaciones clave.

ALINEACIÓN DE PROCESOS DE PLANIFICACIÓN NACIONALES

A nivel de planificación nacional, muchos países han tomado medidas importantes para alinear el VIH con planes de salud y desarrollo más amplios. La inmensa mayoría de los países que emprendieron revisiones intermedias (82 %) abordan la integración en sus planes del VIH estratégicos nacionales o en documentos equivalentes. Muchos países (45 %) notificaron que alinearon el VIH con la planificación específica de otras enfermedades (por ejemplo, la planificación conjunta para el VIH y otras infecciones de transmisión sexual [ITS]) o que lo integraron a los planes nacionales de salud y desarrollo.

En sus esfuerzos por armonizar la planificación, los países adoptaron diversos enfoques. Varios países (por ejemplo, Brasil, Camerún, Côte d'Ivoire, Fiji, Madagascar, Malawi, Mauritania, República de Moldova y Togo) han alineado o integrado por completo la planificación estratégica y los ciclos presupuestarios del VIH con la salud en forma general. A través del mecanismo de enfoque sectorial y fondos mancomunados, Nepal financia la ejecución de intervenciones del VIH dentro de un marco más amplio que promueve enfoques integrados. Otros países, como Etiopía, Gabón, Georgia, Malawi, Marruecos, Tailandia, Senegal, Sudáfrica y Zambia, se encuentran en proceso de integrar (o integraron en distintas medidas) los servicios relacionados con el VIH a su seguro nacional de salud, fondos sanitarios u otros esquemas de financiación nacionales.

* Debido a que esta sección transversal aborda la integración de varios servicios relacionados con el VIH (por ejemplo, servicios de asesoramiento y pruebas del VIH, de tratamiento antirretroviral, de prevención de la transmisión materno infantil y de VIH y tuberculosis) a los servicios de salud y para un desarrollo más amplio, trata temas que también se abordan en otras secciones de este informe, aunque desde una perspectiva diferente.

INTEGRACIÓN DE SERVICIOS

Cuando las respuestas al VIH se desarrollaron y ampliaron por primera vez, muchos países establecieron sistemas de servicios especializados para abordar las necesidades de las personas que viven con el VIH. Si bien este enfoque estaba garantizado en las etapas más tempranas de la respuesta, es cada vez más evidente que maximizar la eficacia de los servicios y sostener las respuestas requieren la integración estratégica de los servicios relacionados con el VIH a los sistemas de salud y a otros sectores.

Un único enfoque para respaldar la integración de los servicios no servirá para cubrir las necesidades de todos los países. Se adoptaron diferentes enfoques de integración en distintos entornos, que responden, en parte, a las diferencias subyacentes entre los sistemas de servicios relacionados con el VIH, los sistemas sanitarios, y las necesidades y prioridades de los países. Independientemente de la profusa cantidad de enfoques aplicados, la evidencia disponible sugiere que los enfoques integrados son beneficiosos, mejoran la aceptación de los servicios y optimizan la coordinación de la atención. Entre los ejemplos se incluyen los servicios relacionados con el VIH y la tuberculosis,^{1,2} los servicios para prevenir la transmisión materno infantil integrados a la atención de salud materno infantil,^{3,4} la vinculación del VIH y las enfermedades crónicas no contagiosas^{5,6} y, en mayor medida, los servicios relacionados con el VIH integrados a los servicios de atención de salud primaria y a los sistemas de salud en general y a nivel comunitario.⁷ Además de mejorar el acceso a los servicios de salud, los modelos de prestación de servicios integrados pueden reducir los costos unitarios, como se refleja en los costos más bajos de asesoramiento y pruebas del VIH cuando dichos servicios se integran a otros servicios de salud.⁸

Se ha avanzado en la integración de la prestación de servicios, como lo demuestran los datos del informe GARPR de 2012 y los informes de países que llevaron a cabo revisiones intermedias⁹ (véase la Figura 10.1):

- **VIH y tuberculosis.** Entre los 105 países que presentaron informes, 56 (53 %) tomaron medidas activas para integrar completamente los servicios asociados con el VIH y la tuberculosis o fortalecer la prestación conjunta de servicios. El grado de integración de los servicios relacionados con el VIH y la tuberculosis varió considerablemente, desde una prestación de servicios totalmente integrada hasta el agregado de servicios específicos (por ejemplo, servicios de diagnóstico de tuberculosis dentro de los centros de atención del VIH). Varios países, entre ellos, Armenia, Botswana, Comoras, Etiopía, Eritrea, Namibia, República Democrática del Congo, Sudán y Sudáfrica, identificaron la necesidad de integrar incluso más los servicios relacionados con el VIH y la tuberculosis para ampliar el diagnóstico oportuno de coinfecciones por el VIH y la tuberculosis y su tratamiento.
- **Servicios para prevenir la transmisión materno infantil y respaldar la salud materno infantil.** De los 118 países que notificaron datos pertinentes, un 70 % informaron que integraron las pruebas del VIH, el asesoramiento y los servicios asociados con el VIH a la atención prenatal y los servicios de salud materno infantil para prevenir la transmisión vertical. Cuarenta y tres países notificaron que vincularon o integraron la prestación de servicios entre los servicios para prevenir la transmisión materno infantil del VIH y los servicios de salud materno infantil más amplios. Gambia, Guinea-Bissau, Etiopía y Viet Nam son algunos de estos países (véase el cuadro a continuación).
- **VIH y servicios de ITS y salud sexual y reproductiva.** Dos tercios de los países informaron que cuentan con servicios relacionados con el VIH integrados a los servicios de salud sexual y reproductiva, y más de 45 países realizaron una rápida evaluación de los vínculos entre la salud sexual y reproductiva y el VIH. Por ejemplo, Nepal ha establecido un mecanismo de coordinación para integrar los servicios de salud reproductiva a los programas del VIH, con programas de capacitación coordinados brindados a los proveedores

en relación con el VIH y la salud sexual y reproductiva. En Marruecos, la integración del VIH a los servicios de salud pública ampliaron el número de personas que reciben asesoramiento y se realizan pruebas del VIH, de 46 000 pruebas en 2010 a 222 620 en 2012, mientras que la cobertura de los servicios para las mujeres embarazadas VIH-positivas destinados a evitar la transmisión materno infantil aumentó de un 29 % en 2010 a un 48 % en 2012. Varios países informaron que el liderazgo nacional es clave para que la integración sea eficaz. El hecho de que algunos donantes cuenten con fuentes de financiación por separado para los servicios relacionados con el VIH e ITS puede obstaculizar la eficaz integración.

- **VIH y enfermedades no contagiosas.** La ampliación de los servicios asociados con el VIH impulsó el desarrollo de sistemas de atención crónica más amplios en muchos países donde los servicios destinados a enfermedades crónicas han sido históricamente escasos. Entre los 115 países que presentaron información pertinente, 27 (23 %) indicaron que contaban con asesoramiento y pruebas del VIH y tratamiento antirretroviral integrados a los servicios de enfermedades crónicas no contagiosas. En los países que tomaron medidas para integrar los servicios, se observa una variación en el alcance y la profundidad de la integración. Algunos comenzaron a notar sinergias positivas y efectos indirectos para el control del VIH y otras enfermedades crónicas.
- **VIH y atención primaria y sistemas de salud y comunitarios en general.** El 55 % de los países informaron que ofrecen asesoramiento y pruebas del VIH integrados a la atención ambulatoria general, mientras que el 32 % de los países integran el tratamiento antirretroviral a dichos entornos. En Armenia, los centros de atención de salud primaria y prenatal prestan servicios integrados de salud reproductiva, ITS, tuberculosis y VIH; en las Bahamas existen servicios relacionados con el VIH y las ITS integrados a la atención primaria; en Namibia, los centros de atención independientes que administran tratamientos antirretrovirales se encuentran en proceso de integrarlos a la atención de salud primaria. Brasil proporciona servicios de atención primaria y VIH integrados a través del servicio de salud pública y descentralizada del país. Se necesitan esfuerzos adicionales para fortalecer los sistemas comunitarios y promover una mayor descentralización de la prestación de servicios relativos al VIH.

Si bien los modelos de prestación de servicios integrados pueden potencialmente generar beneficios en todas las regiones, es posible que lo que funciona en un país o en una comunidad no sea eficaz en otro lugar. Dado que muchas poblaciones clave evitan los sistemas de servicios convencionales, en particular en los lugares donde abundan el estigma y la discriminación o donde se penalizan el estado serológico con respecto al VIH o los comportamientos de las personas, se necesitan propuestas especiales para la prestación de servicios.¹⁰

FIGURA 10.1
Integración del VIH a la prestación de servicios de salud

Servicios relacionados con el VIH y la tuberculosis

Más del 90 % de los países informaron un número alto de servicios que ofrecen asesoramiento y pruebas del VIH y tuberculosis en forma integrada (70 países, 92 %), mientras que tres países (4 %) comenzaron ya el proceso, según sus Informes mundiales de avances en la lucha contra el sida de 2013.

Cincuenta y seis países (53 %) avanzaron aún más en la integración de servicios, e informaron que un número alto de servicios abordan en forma conjunta el asesoramiento y las pruebas del VIH, el tratamiento antirretroviral y los servicios relacionados con la tuberculosis.

Servicios de salud sexual y reproductiva

Setenta y nueve países (67 %) informaron que cuentan con muchos centros de salud que ofrecen asesoramiento y pruebas del VIH integrados a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Treinta y cuatro países (29%) informaron que cuentan con pocos centros de salud que ofrecen asesoramiento y pruebas del VIH integrados a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Servicios relacionados con el VIH integrados a la atención primaria de salud

Setenta y un países (55 %) informaron un número alto de servicios de asesoramiento y pruebas del VIH integrados a la atención ambulatoria general en centros de salud; 45 (35 %) notificaron que solo unos pocos servicios se prestan en forma conjunta.

Treinta y siete países (32 %) avanzaron aún más en la integración de servicios e informaron que un número alto de centros de salud ofrecen asesoramiento y pruebas del VIH, tratamiento antirretroviral y atención ambulatoria general en forma integrada; sin embargo, 51 países (44 %) notificaron que solo unos pocos centros ofrecen servicios integrados.

VIH y enfermedades no contagiosas

Treinta y tres países (28 %) informaron que un número alto de centros de salud integran los servicios de asesoramiento y pruebas del VIH a los servicios para enfermedades crónicas no contagiosas, mientras que 45 países (38 %) notificaron que pocos de esos servicios están integrados.

Veintisiete países (23 %) informaron que hay muchos centros de salud que integran el asesoramiento y las pruebas del VIH con el tratamiento antirretroviral y los servicios para enfermedades crónicas no contagiosas; sin embargo, 47 países (41 %) notificaron que son pocos los centros de salud que integran estos servicios.

Finalización de la transmisión materno infantil del VIH y apoyo a la salud materno infantil

Ochenta y tres países (70 %) informaron que un número alto de centros de salud integran el asesoramiento y las pruebas del VIH a la atención prenatal, la atención médica materno infantil y los servicios para prevenir la transmisión materno infantil.

Sin embargo, 31 países (26 %) notificaron que solo unos pocos servicios proporcionan asesoramiento y pruebas del VIH y servicios de prevención de transmisión materno infantil integrados a la atención prenatal o la salud materno infantil.



INTEGRACIÓN DEL VIH DENTRO DE SECTORES NO PERTENECIENTES A LA SALUD

Los facilitadores críticos y las sinergias de desarrollo garantizan la eficacia, la igualdad y la puesta en práctica de actividades básicas de los programas relacionados con el VIH. Al integrar las respuestas al VIH no solo a los sectores de salud, sino también a sectores no pertenecientes a la salud, se optimiza la sostenibilidad de una respuesta sólida al VIH.

El uso de iniciativas de protección social para promover la prevención del VIH es un ejemplo de cómo las respuestas al VIH pueden integrarse de manera eficaz a las iniciativas de desarrollo no pertenecientes a la salud. Asimismo, dado que se halló que la inseguridad alimentaria inhibe la prevención del VIH y su tratamiento de forma eficaz,¹¹ el VIH debe integrarse a los programas de nutrición, alimentación y otros programas tendientes a aumentar la seguridad alimentaria. Varios estudios mostraron resultados prometedores con respecto al potencial impacto de la educación en general¹² y de las transferencias de dinero en particular sobre el comportamiento sexual de los jóvenes y los riesgos relativos al VIH.^{13,14,15}

HACIA 2015

Existe un fuerte apoyo oficial entre los países para la integración del VIH con mayores esfuerzos de salud y desarrollo. De los países que informaron resultados de revisiones intermedias y que identificaron la integración del VIH como prioridad nacional, 94 incluyeron compromisos de integración en sus planes estratégicos nacionales relacionados con el VIH.

Si bien se ha avanzado considerablemente para evitar el aislamiento del sida, los países se encuentran en diferentes etapas de la integración de la respuesta al VIH al sector sanitario más amplio y a otros sectores de desarrollo.

Las revisiones intermedias nacionales identificaron varios problemas, incluida la necesidad de un liderazgo optimizado y el compromiso de eliminar estructuras paralelas, al avanzar hacia la integración de los servicios y mejorar la colaboración entre sectores. Varios países declararon que la financiación externa debe dejar de financiar enfermedades específicas para financiar servicios de salud integrados. Los países informaron que, a fin de mejorar sus sistemas de salud de manera eficaz, se precisa una inversión en la prestación de servicios integrados, como ser la infraestructura física, nuevos requisitos de capacitación, nuevos métodos de control o estructuras de elaboración de informes integradas para la supervisión y la evaluación. Los sistemas deben mejorar para poder supervisar la eficacia de los modelos de prestación de servicios integrados y debe obtenerse más evidencia. De esta manera, podrán utilizarse dichos datos para formular indicadores significativos que sirvan para medir el impacto.

MÁS ALLÁ DE 2015

Las discusiones sobre el programa posterior a 2015 articulan una agenda de salud global que se centra en la salud en lugar de en la enfermedad. Como lo revela el análisis anterior, la respuesta al VIH ya reconoce la necesidad de integrar los elementos de la respuesta al VIH al sistema de salud y actúa sobre esta. No obstante, es necesario mantener la alta prioridad correspondiente al VIH. Se precisa proteger los aspectos que permitieron una respuesta eficaz e incluirlos en las metas de salud y desarrollo futuras. Sin embargo, algunos aspectos de la respuesta al VIH requieren una consideración atenta con respecto a si la integración de los servicios agregará valor. Es probable que las poblaciones clave que viven con el VIH no necesariamente accedan a los servicios de atención de salud pública. Los modelos de prestación de servicios deben ajustarse a las necesidades de estos grupos, por ejemplo, a través de la prestación de servicios de extensión comunitaria agrupados u otros modelos, e involucrar a las comunidades afectadas.¹⁶

La respuesta al VIH, modelo pionero en la prestación de servicios centrados en las personas y basados en los derechos, ofrece muchas lecciones para compartir con el paradigma emergente de salud y desarrollo.

Para eliminar los sistemas paralelos e integrar beneficiosamente los programas y servicios, se requieren tres conjuntos de acciones diferentes:

- **La perspectiva de planificación y políticas a nivel nacional.** Es necesaria una presupuestación conjunta para los programas asociados con el VIH y otras enfermedades o sectores de salud en general, y la planificación sanitaria debe comunicarse a otros sectores de planificación y vincularse con estos (por ejemplo, los sectores de finanzas, educación, empleo, derechos humanos, género). La supervisión del VIH debe integrarse a los sistemas de información de salud más amplios.
- **La perspectiva de administración.** Los enfoques de los donantes deben respaldar, en lugar de socavar, la integración de la planificación y la administración de los programas, mientras que las estructuras gubernamentales deben fortalecerse y adaptarse para brindar apoyo a la integración. Los recursos humanos relacionados con la salud deberán analizarse rigurosamente a fin de garantizar que el número de trabajadores sea suficiente y que las habilidades para proporcionar una atención de salud integrada se distribuyan adecuadamente.
- **La perspectiva desde el punto de prestación de servicios.** En el punto de prestación, los servicios relacionados con el VIH deben integrarse a los servicios de salud y otros servicios, según corresponda. La calidad de la prestación de servicios debe supervisarse atentamente y mejorarse según sea necesario.

A medida que se amplía el conjunto de evidencias en relación con las experiencias de los países, será fundamental registrar los resultados, tanto positivos como negativos, para elaborar guías e indicadores más claros sobre la mejor manera de adoptar la integración de la respuesta al VIH a los esfuerzos de salud y desarrollo más amplios e identificar qué elementos son clave para alcanzar resultados satisfactorios.

LIDERAZGO E INNOVACIÓN NACIONALES

Integración de servicios para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH alcanzar los servicios de salud materno infantil

En todo el mundo, los países buscan propuestas innovadoras para la integración de la prevención de la transmisión materno infantil del VIH a los servicios de salud materno infantil más amplios. A su vez, se observó que estas propuestas mejoran los resultados de salud para las mujeres y los niños.

Como resultado de un enfoque integrado para la prestación de servicios para mujeres y niños, Gambia superó su objetivo de cantidad de bebés nacidos de mujeres que viven con el VIH que reciben cotrimoxazol en el transcurso de los primeros dos meses de vida (objetivo: 944; cifra actual: 1070 [113 %]). La alineación con el calendario de vacunación de DPT1 proporcionado a través de centros de atención infantil de bienestar social integrados ha ayudado a la aceptación de la profilaxis.

Guinea-Bissau integró el asesoramiento y las pruebas del VIH a los servicios de salud sexual y reproductiva. La prevención de la transmisión materno infantil del VIH es un componente integral de la atención prenatal, incorporada a casi todos los centros de atención prenatal del sector público, con análisis de detección sistemáticos y una tasa de aceptación de pruebas del VIH del 85 %. A través de la ampliación de los servicios integrados en centros de salud y de atención prenatal, la proporción de mujeres embarazadas VIH-positivas que reciben tratamiento antirretroviral aumentó de un 32 % en 2010 a un 50 % en 2012.

Etiopía ha integrado de forma ininterrumpida una amplia diversidad de servicios relacionados con el VIH (que incluyen pruebas del VIH y asesoramiento sobre el virus, tratamiento antirretroviral y prevención de la transmisión materno infantil) a la plataforma de salud reproductiva, materna e infantil. A pesar de estas medidas, la cobertura de servicios para prevenir nuevas infecciones en niños permanece por debajo de un 50 %, lo que destaca que se necesitan esfuerzos continuos para generar una demanda sólida de servicios y mejorar el acceso a los servicios y la calidad de estos. Es especialmente importante que la prevención de nuevas infecciones por el VIH en los niños se integre completamente a los programas de salud materno infantil y a los servicios de salud reproductiva en diversos puntos de prestación.

En 2012, Viet Nam lanzó un modelo piloto para integrar los servicios de prevención de la transmisión materno infantil del VIH, de infecciones de transmisión sexual y de salud sexual y reproductiva en dos provincias con baja prevalencia del VIH. Para la prestación de los servicios de salud integrados, que incluyen asesoramiento y pruebas del VIH, el modelo utiliza a las parteras como primer punto de contacto con las mujeres embarazadas. Viet Nam se propone expandir el modelo a otras regiones tras evaluar las necesidades regionales de servicios relacionados con el VIH y de salud sexual y reproductiva, la capacidad de los recursos y la infraestructura. Para respaldar aún más la integración de los servicios, la administración de la prevención de la transmisión materno infantil está en proceso de transferencia, de la Administración de Viet Nam para el Control del Sida al Departamento de Salud Materno Infantil, dentro del Ministerio de Salud.

Desde una perspectiva regional, en África oriental y meridional, el Proyecto regional de salud sexual y reproductiva y VIH de vínculos conjuntos regional tiene como objeto integrar los servicios relacionados con el VIH y de salud sexual y reproductiva a los niveles donde se desarrollan políticas, se prestan servicios y se generan los conocimientos. Conforme al proyecto, financiado por la Unión Europea, se realizaron evaluaciones rápidas y encuestas iniciales en varios países, se relevaron mapas de servicios relativos al VIH y a la salud sexual y reproductiva y se implementó un conjunto de intervenciones integradas. El proyecto se alineó con otras iniciativas regionales, entre otras, las estrategias Plan de Acción de Maputo y Comunidad para el Desarrollo de África Meridional para el VIH y la salud sexual y reproductiva.

REFERENCIAS

1. REDUCIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

1. Cohen MS et al. (2011). Prevención de infección por VIH-1 con tratamiento antirretroviral temprano. *New England Journal of Medicine*, 365: 493–505.
2. Auvert, B. et al. (2005). Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 trial. *PLoS Medicine*, 2: e298.
3. Gray, R. et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: A randomized trial. *Lancet*, 369: 657–666.
4. Bailey, R.C. et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: A randomised controlled trial. *Lancet*, 369: 643–656.
5. Grant, R.M. et al. (2010). Quimioprofilaxis preexposición para la prevención del VIH en hombres que tienen sexo con hombres. *New England Journal of Medicine*, 363: 2587–2599.
6. Choopanya, et al. (2013). Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): A randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet*, 381(9883): 2083–9200.
7. Halperin, D.T. et al. (2011). Un éxito sorprendente de prevención: ¿por qué disminuye la epidemia de sida en Zimbawe? *PLoS Medicine*, 8(2): e1000414.
8. Gregson, S. et al. (2010). HIV decline in Zimbabwe due to reductions in risky sex? Evidence from a comprehensive epidemiological review. *International Journal of Epidemiology*, 39(5): 1311–1323.
9. Scott-Sheldon, et al. (2011). Efficacy of behavioral interventions to increase condom use and reduce sexually transmitted infections: A meta-analysis, 1991 to 2010. *Journal of Immune Deficiency Syndromes*, 58: 489–498.
10. http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAR-One_Case_Study_Club_Risky_Zambia.pdf.
11. Johnson, L.F., et al. (2012). The effect of changes in condom usage and antiretroviral treatment coverage on human immunodeficiency virus incidence in South Africa: a model-based analysis. *J R Soc Interface*. 9(72):1544-1554.
12. Eyawo, O., et al. (2010). HIV status in discordant couples in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 10: 770–777.
13. Burton, J., Darbes, L. and Operario, D. (2010). Couples-focused behavioural interventions for prevention of HIV: Systematic review of the state of evidence. *AIDS Behavior*, 14: 1–10.
14. UNFPA (2013) (en publicación). Donor Support for contraceptives and condoms for family planning and STI/HIV prevention in 2012, final draft (New York: United Nations Population Fund).

15. Scorgie, F., et al. (2013). 'We are despised in the hospitals': Sex workers' experiences of accessing health care in four African countries. *Culture, Health and Sexuality*, 5(4): 450–465.
16. Global Forum on HIV and MSM (2012). *Access to HIV Prevention and Treatment for Men who have Sex with Men: Findings from the 2012 Global Health and Rights Study*. http://www.msmsgf.org/files/msmgf/documents/GMHR_2012.pdf
17. <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2306128/Collapsible-origami-condom-wins-praise-Bill-Melinda-Gates-Foundation.html>.
18. Jewkes, R.K. et al. (2010). Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: A cohort study. *Lancet*, 376(9734): 41–48 <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS014067361060548X.pdf>.
19. Binagwaho, A. et al. (2012). Adolescents and the right to health: Eliminating age-related barriers to HIV/AIDS services in Rwanda. *AIDS Care*, 24 (7): 936–942.
20. UNESCO (2009). *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad* (Ginebra: UNESCO).
21. Björkman-Nyqvist, M., Corno, L. and de Walque, D. and Svensson, J. (2013). Evaluating the impact of short term financial incentives on HIV and STI incidence among youth in Lesotho: A randomized trial. TUPDC0106 – Poster Discussion Session, IAS 7th International AIDS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Kuala Lumpur, July.
22. Baird, S., McIntosh, C. and Özler, B. (2012). Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: A cluster randomised trial. *Lancet*, 379(9823): 1320–1329.
23. Lutz, B. (2012). *Can (Conditional) Cash Transfers Contribute to HIV Prevention for Girls?* (Geneva: UNESCO, Gender Equality, HIV and Education).
24. Njeuhmeli, E. et al. (2011). Voluntary Medical Male Circumcision: Modeling the Impact and Cost of Expanding Male Circumcision for HIV Prevention in Eastern and Southern Africa. *PLoS Med* 8(11).
25. Ibid.
26. Cherutich, P. et al. (2012). Progress in voluntary medical male circumcision service provision – Kenya, 2008–2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 61: 957–961.
27. Baral, S., et al. (2012). Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 380: 367–377.
28. Gouws, C. et al. (2012). Focusing the HIV response through estimating the major modes of HIV transmission: A multi-country analysis. *Sexually Transmitted Infections*, 88: i76–i85. DOI: 10.1136/sextrans-2012-050719
29. Kerrigan, D. et al. (2010). *The Global HIV Epidemics among Sex Workers* (Washington, DC: World Bank).

30. UNFPA (2010). HIV and Sex Work: Preventing HIV Risk and Vulnerability (Geneva: UNFPA).
31. Beyrer, C. et al. (2012). Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*, 380: 367–377.
32. Wilson, P., Santos, G., Herbert, P. and Ayala, G. (2011). *Emerging Strategies: A Global Survey of Men Who Have Sex with Men (MSM) and their Health Care Providers* (Oakland, CA: Global Forum on MSM and HIV).
33. Sullivan, P.S., et al. (2012). Successes and challenges of HIV prevention in men who have sex with men. *Lancet*, 380: 388–399.
34. Fay, H., et al. Stigma, healthcare access, and HIV knowledge among men who have sex with men in Malawi, Namibia, and Botswana. *AIDS Behav.* 2011, 15:1088–1097.
35. Wilson et al., *Emerging Strategies*.
36. Mahler, H.R., et al. (2011). Voluntary medical male circumcision: Matching demand and supply with quality and efficiency in a high-volume campaign in Iringa Region, Tanzania. *PLoS Medicine*, 8: 31001131.

2. REDUCIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

1. Harm Reduction International (2012). *The Global State of Harm Reduction 2012: Towards an Integrated Response* (London: Harm Reduction International).
2. Gouws, C. et al. (2012). Focusing the HIV response through estimating the major modes of HIV transmission: a multi-country analysis. *Sexually Transmitted Infections*, 88: i76–i85. DOI: 10.1136/sextrans-2012-050719.
3. Strathdee, S.A. and Stockman, J. (2010). Epidemiology of HIV among injecting and non-injecting drug users: Current trends and implications for interventions. *Current HIV/AIDS Report*, 7(2): 99–106.
4. Mathers, B.M., et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: A systematic review. *Lancet*, 372: 1733–1745.
5. UNODC (2013). Informe Mundial sobre las Drogas 2013 (Nueva York: Naciones Unidas).
6. Abdul-Quader, A. et al. (2012). *Ukraine HIV Data Synthesis Project: Final Report, May 2012* (Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention).
7. WHO, UNODC and UNAIDS (2013). Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (Geneva: United Nations).

3. ELIMINAR LAS INFECCIONES POR EL VIH EN LOS NIÑOS Y REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO O EL PUERPERIO

1. Alkema, L. et al. (2013). National, regional and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: A systematic and comprehensive analysis. *Lancet*, 381(9878): 1642–1652.

2. United States Centers for Disease Control and Prevention (2013). Impacto de la profilaxis antirretrovírica para prevenir la transmisión materno infantil del VIH Malawi, July 2011–September 2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 62: 148–151.
3. Zaba, B., et al. (2013). Effect of HIV infection on pregnancy-related mortality in sub-Saharan Africa: Secondary analyses of pooled community-based data from the network for Analysing Longitudinal Population-based HIV/AIDS data on Africa (ALPHA). *Lancet*, 381: 1763–1771.
4. UNAIDS, PEPFAR, UNICEF, WHO (2013), *2013 progress report on the Global Plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive* (Geneva: UNAIDS).
5. Cambodia Ministry of Health (2013). *Standard Operating Procedures for Implementation of the Boosted Linked Response between HIV and SRH for Elimination of New Paediatric HIV Infections and Congenital Syphilis in Cambodia* (Phnom Penh: Ministry of Health).

4. PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

1. ACNUR (2012). *Año de crisis. Tendencias Globales 2012 de ACNUR* (Ginebra: ACNUR).
2. Bor, J., et al. (2013). Increases in adult life expectancy in rural South Africa: Valuing the scale-up of HIV treatment. *Science*, 339: 961–965.
3. Resch, S., et al. (2011). *Economic Returns to Investment in AIDS Treatment in Low and Middle Income Countries*. PLoS ONE 6:e25310.
4. OMS (2011). *Informe sobre el acceso universal* (Ginebra: OMS).
5. OMS, ONUSIDA y UNICEF (2013). Actualización global sobre el tratamiento del VIH 2013: resultados, impacto y oportunidades (Ginebra: OMS, ONUSIDA y UNICEF).
6. Consultar Kennedy, C. et al. (2013). Provider-Initiated HIV Testing and Counseling in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *AIDS and Behavior* 17(5): 1571-1590 and, in in the context of antenatal care, Hensen, B. et al. (2012). Universal voluntary HIV testing in antenatal care settings: a review of the contribution of provider-initiated testing & counselling. *Tropical Medicine & International Health* 17(1): 59-70.
7. Mutale, W., Michelo, C. et al. (2010). Home-based voluntary HIV counselling and testing found highly acceptable and to reduce inequalities. *BMC Public Health*, 10: 347–347.
8. Sekandi, J.N., Sempeera, H. et al. (2011). High acceptance of home-based HIV counseling and testing in an urban community setting in Uganda. *BMC Public Health*, 11: 730–730.
9. Consultar, por ejemplo, Adam, P.C., de Wit, J.B., Toskin, I., Mathers, B.M. et al. (2009). Estimating levels of HIV testing, HIV prevention coverage, HIV knowledge, and condom use among men who have sex with men (MSM) in low-income and middle-income countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 52(2): S143–S151.

10. Choko, A.T., Desmond, N., Webb, E.L., Chavula, K., Napierala-Mavedzenge, S. et al. (2011). The uptake and accuracy of oral kits for HIV self-testing in high hiv prevalence setting: A cross-sectional feasibility study in Blantyre, Malawi. *PLoS Medicine*, 8(10): e1001102. DOI:10.1371/journal.pmed.1001102.
11. Gregson, S., Nyamukapa, C.A., Sherr, L., Mugurungi, O. and Campbell, C. (2013). Grassroots community organizations' contribution to the scale-up of HIV testing and counselling services in Zimbabwe. *AIDS*, 27(10): 1657–1666.
12. Suthar, A. B. et al. (2013). Towards Universal Voluntary HIV Testing and Counselling: A Systematic Review and Meta-Analysis of Community-Based Approaches. *PLoS Med* 10(8): e1001496.
13. Kranzer, K., D. Govindasamy, et al. (2012). “Quantifying and addressing losses along the continuum of care for people living with HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review.” *J Int AIDS Soc* 15(2): 17383.
14. Ivers, et al. (2009). “HIV/AIDS, undernutrition, and food insecurity.” *Clin Infect Dis* 49(7): 1096–1102.
15. Para Brasil, consultar Grinsztejn, B. (2013). PowerPoint presentation: Research on maximizing the treatment and prevention benefits of ART in MSM/TG in Brazil. Presented at the 7th IAS Conference, Kuala Lumpur, Malaysia, 30 June -3 July. Organization: Oswaldo Cruz Foundation.
Para Viet Nam, consultar Bui Duc Duong (2013). PowerPoint presentation: Getting to Three Zeros in Viet Nam. Organization: Viet Nam Authority of HIV/AIDS Control.
Para China, consultar Ying-Ru Lo (2013). PowerPoint presentation: HIV Research Priorities. The Strategic Use of Antiretrovirals and Combination Prevention. Presented at the 2nd Asia HIV/AIDS Research Network Meeting, National Center for Global Health and Medicine, Tokyo, Japan, 19 -20 January. Organization: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific.
Para Malawi, consultar Integrated HIV Program report (2012). Government of Malawi Ministry of Health. http://www.hivunitmohmw.org/uploads/Main/Quarterly_HIV_Programme_Report_2012_Q4.pdf.
16. OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Actualización global sobre el tratamiento del VIH 2013*.
17. ONUSIDA (2013). *Tratamiento 2015* (Ginebra: ONUSIDA).
18. International consultation focuses on access to HIV medicines for middle-income countries (UNAIDS 13 June 2013) <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2013/june/20130613brazil/>

5. REDUCIR LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

1. Suthar, A.B. et al. (2012). Antiretroviral therapy for prevention of tuberculosis in adults with HIV: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(7): e1001270. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001270.
2. OMS (2012). *Informe mundial sobre la tuberculosis* (Ginebra: OMS), pp. 96, 100, 102.

3. Lawn SD, Kranzer K, Wood R. Antiretroviral therapy for control of the HIV-associated tuberculosis epidemic in resource limited settings. *Clinics in Chest Medicine*. 2009, 30(4):685–699
4. Ayles, H. et al. Effect of household and community interventions on the burden of tuberculosis in southern Africa: the ZAMSTAR community-randomised trial. *The Lancet, publicación en línea anticipada*, 1 de agosto de 2013 doi:10.1016/S0140-6736(13)61131-9
5. Stevens, W. (2013). South Africa's 'Reality Check'. Presented at the 5th GLI Meeting, Global Forum of Xpert MTB/RIF implementers, Supranational Reference Laboratory Network Consultation, Veyrier-du-Lac, France, 16 April 2013. Organization: University of the Witwatersrand y National Health Laboratory Service. University of the Witwatersrand and National Health Laboratory Service. <http://goo.gl/eUkVXU>, acceso: 28 de agosto de 2013.

6. SUBSANAR EL DÉFICIT MUNDIAL DE RECURSOS PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

1. African Union and UNAIDS (2013). *Delivering Results Toward Ending AIDS, Tuberculosis and Malaria: African Union Accountability Report on Africa-G8 Partnership Commitments*.
2. Unión Africana. Hoja de ruta sobre responsabilidad compartida y solidaridad mundial ante el sida, la tuberculosis y la malaria en África. 2012. http://www.au.int/en/sites/default/files/Shared_Res_Roadmap_Rev_F%5B1%5D.pdf (Adís Abeba: Unión Africana).
3. The President's Comprehensive Response Plan. <http://www.zero-hiv.org/wp-content/uploads/2013/07/PCRP-Summary.pdf>

7. ELIMINAR LAS DESIGUALDADES, EL MALTRATO Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y AUMENTAR LA CAPACIDAD DE LAS MUJERES Y LAS ADOLESCENTES PARA PROTEGERSE DEL VIH

1. Leclerc-Madlala S. (2008). Age-disparate and intergenerational sex in southern Africa: the dynamics of hypervulnerability. *AIDS*, 22 Suppl 4:S17–25.
2. UNESCO (2011). *Compendio Mundial de la Educación* (París: UNESCO).
3. OIT (2012). *Indicadores Clave del Mercado de Trabajo*, 7ª edición (Ginebra: OIT).
4. ONUSIDA (2012). Informe mundial sobre la epidemia de sida (Ginebra: ONUSIDA).
5. DeLuca, A., Chaisson, R.E. and Martinson, N.A. (2009). Intensified case finding for tuberculosis in prevention of mother-to-child transmission programs: a simple and potentially vital additional for maternal and child health. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 50: 1 96–199.
6. Francheschi, S. and Guglielmo, R. (2010). The prevention of cervical cancer in HIV-infected women. *AIDS*, 16: 2579–2580.
7. Janet M. Turan, Laura Nyblade (2013). HIV-related Stigma as a Barrier to Achievement of Global PMTCT and Maternal Health Goals: A Review of the Evidence. *AIDS and Behavior*, Volume 17, Issue 7, pp 2528-2539
8. Orner, P (2006). Psychosocial impacts on caregivers of people living with AIDS. *AIDS Care*, 18 (3): 236-40.

9. Baral, S. et al. (2012). Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 12: 538–549.
10. Baral S, et al. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 13(3):214–22.
11. United Nations Development Programme (2011). *The Socio-economic Impact of HIV at the Household Level: A Regional Analysis* (New York: UNDP).
12. United Nations Development Programme (2012). *Lost in Transition: Transgender People, Rights and HIV Vulnerability in the Asia-Pacific Region* (New York: UNDP).
13. Barker, G. and Ricardo, C. (2005). Young men and the construction of masculinity in sub-Saharan Africa: implications for HIV/AIDS, conflict, and violence. In G. Barker and C. Ricardo, *Young Men and the Construction of Masculinity in Sub-Saharan Africa: Implications for HIV/AIDS, Conflict, and Violence* (Geneva: World Bank).
14. Byamugisha, R. et al. (2010). Research determinants of male involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV. *Reproductive Health*, 7: 12.
15. Ochieng-Ooko, V., et al. (2010). Influence of gender on loss to follow-up in a large HIV treatment programme in western Kenya. *Bulletin of the World Health Organization*, 88: 681–688.
16. Taylor-Smith, K., et al. (2010). Gender differences in retention and survival on antiretroviral therapy of HIV-infected adults in Malawi. *Malawi Medical Journal*, 22: 49–56.
17. Cornell, M., et al. (2012). Gender differences in survival among adult patients starting antiretroviral therapy in South Africa: a multicentre cohort study. *PLoS Medicine*, 9: e1001304.
18. Kanters, S. et al. (2013). Increased mortality among HIV-positive men on antiretroviral therapy: survival differences between sexes explained by late initiation in Uganda. *HIV/AIDS – Research and Palliative Care*, 5: 111–119.
19. Jewkes, R. et al. (2010). Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *The Lancet*, 376(9734): 41–48.
20. Kouyoumdjian, F.B., et al. (2013). Intimate partner violence is associated with incident HIV infection in women in Uganda. *AIDS*, 27: 1331–1338.
21. Organización Mundial de la Salud (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer* (Ginebra: OMS).
22. Wechsberg, W.M. et al. (2010). *Drugs, Sex, Gender-based Violence, and the Intersection of the HIV/AIDS Epidemic with Vulnerable Women in South Africa*. Research Triangle Park, North Carolina: RTI Press).
23. World Health Organization & Global Coalition on Women and AIDS (2005), *Violence against sex workers and HIV prevention*. Information Bulletin Series, 3.

24. Shannon, K. et al. (2009). Prevalence and structural correlates of gender based violence among a prospective cohort of female sex workers. *British Medical Journal*, 339: 2939.
25. Deering, K.N. (2013). Violence and HIV risk among sex workers in Southern India. *Sexually Transmitted Diseases*, 40(2): 168–174.
26. Supervie, V., Halima, Y. and Blower, S. (2010). Assessing the impact of mass rape on the incidence of HIV in conflict-affected countries. *AIDS*, 24: 2841–2847.
27. De Santis, J.P. (2009). HIV infection risk factors among male-to-female transgender persons: a review of the literature. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5): 362–372.
28. Hillis, S.D., et al. (2001). Adverse childhood experience and sexual risk behaviours in women: a retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives*, 33: 206–211.
29. Ibid.
30. Boily, M.C., et al. (2009). Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act? *The Lancet*, 9(2):118-129.
31. Osinde, M.O. et al. (2011). Intimate partner violence among women with HIV infection in rural Uganda: critical implications for policy and practice. *BMC Women's Health*, 11: 50.
32. UNICEF, CDC and Kenya National Bureau of Statistics (2012). *Violence against Children in Kenya: Findings from a 2010 National Survey*.
33. ONUSIDA (2012). *Revisión Intermedia de la Agenda de ONUSIDA para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH*. ONUSIDA/PCB(31)/12.20.

8. ELIMINAR EL ESTIGMA, LA DISCRIMINACIÓN, Y LAS LEYES Y PRÁCTICAS COERCITIVAS EN RELACIÓN CON EL VIH

1. Karim, Q.A., et al. (2008). The influence of AIDS stigma and discrimination and social cohesion on HIV testing and willingness to disclose HIV in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Global Public Health*, 3(4): 351–365.
2. Brou, H., et al. (2007). When do HIV-infected women disclose their HIV status to their male partner and why? A study in a PMTCT programme, Abidjan. *PLoS Med*, 4(12): e342.
3. Bwirire, L.D., et al. (2008). Reasons for loss to follow-up among mothers registered in a prevention-of-mother-to-child transmission program in Rural Malawi. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 102(12): 1195–1200.
4. Estonian Network of People Living with HIV; Polish Network of People Living with HIV/AIDS; League of People Living with HIV/AIDS Moldova; Positive Living Association, Turkey; All Ukrainian Network of People Living with HIV/AIDS, Ukraine. *HIV-related stigma: Late testing, Late treatment*. 2011. <http://www.gnpplus.net/en/resources/human-rights-and-stigma/item/101-hiv-related-stigma-late-testing-late-treatment>.

5. <http://reproductiverights.org/en/lbs-fs-vs-chile>.
6. African Gender and Media Initiative (2012). *Robbed of Choice: Forced and Coerced Sterilization Experiences of Women Living with HIV in Kenya* (Nairobi, Kenya: African Gender and Media Initiative).
7. <http://thinkafricapress.com/namibia/forced-sterilisation-hiv-positive-women>.
8. Global Commission on HIV and the Law (2012). *HIV and the Law: Risks, Rights & Health*. (New York: UNDP) <http://www.hivlawcommission.org/>
9. UNDP (2013). *Legal Protections against HIV-related Human Rights Violations: Experiences and Lessons Learned from National HIV Laws in Asia and the Pacific* (Bangkok: UNDP).
10. UNAIDS (2012). *Criminalisation of HIV Non-disclosure, Exposure and Transmission: Background and Current Landscape*, revised version (Geneva: UNAIDS). http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/BackgroundCurrentLandscapeCriminalisationHIV_Final.pdf
11. Ibid.
12. UNAIDS (2012). *Criminalisation of HIV Non-disclosure, Exposure and Transmission: Scientific, Medical, Legal and Human Rights Issues*, revised version. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/KeyScientificMedicalLegalIssuesCriminalisationHIV_final.pdf.
13. UNAIDS (2013). *Ending Overly-broad Criminalisation of HIV Non-disclosure, Exposure and Transmission: Critical Scientific, Medical and Legal Considerations*. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/05/20130530_Guidance_Ending_Criminalisation.pdf.
14. Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersexuados (2013). *Informe sobre Homofobia de Estado 2013*. www.ilga.org.
15. amfAR and Johns Hopkins University (2011). *Achieving an AIDS-free Generation for Gay Men and Other MSM*. www.amfar.org.
16. Chiu, J. and Burris, S. (2011). *Punitive Drug Laws and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*. Global Commission on HIV and the Law Working Paper. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/workingpapers?task=document.viewdoc&id=98>.
17. Méndez, J.E. (2013). Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Human Rights Council, 22nd Session. No. A/HRC/22/53.
18. Open Society Foundation (2012). *Laws and Policies Affecting Sex Work* (New York: Open Society Foundation).

19. amFAR and International AIDS Society (2012). *The Twin Epidemics of HIV and Drug Use: Innovative Strategies for Healthy Communities*. www.amfar.org.
20. Gobierno de Sudáfrica (2010). Nota de prensa, 17 de mayo. <http://allafrica.com/stories/201305161216.html>.
21. Katz, I.T., et al. (en publicación). Impact of HIV-related stigma and serostatus disclosure on HIV treatment adherence: systematic review, meta-synthesis, and conceptual framework. *Journal of International AIDS Society*.
22. Stangl, A.L., et al. (en publicación). A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *Journal of the International AIDS Society*.
23. Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (2011). Marcando la diferencia: Informe de Resultados del Fondo Mundial 2011. <http://www.theglobalfund.org/en/library/publications/progressreports>.
24. http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published_docs/periodicals_and_newsletters/gender_bulletin_mar11.pdf.
25. The Framework for Dialogue, <http://www.frameworkfordialogue.org/>

9. ELIMINAR RESTRICCIONES RELACIONADAS CON EL VIH A LA ENTRADA, LA ESTANCIA Y LA RESIDENCIA

1. http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published_docs/periodicals_and_newsletters/gender_bulletin_mar11.pdf

10. FORTALECER LA INTEGRACIÓN DEL VIH

1. Legido-Quigley, H, et al. (2013). Integración de los servicios de tuberculosis y VIH en países con ingresos medios y bajos: una revisión sistemática. *Tropical Medicine & International Health*, 8(2): 199–211.
2. Uyei, J., et al. (2011). Integrated delivery of HIV and tuberculosis services in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Lancet Infectious Diseases*, 11: 855–867.
3. Tudor Car, L., et al. (2011). Integración de los programas de prevención de la transmisión vertical del VIH (PMTCT) con otros servicios sanitarios para la prevención de la infección por el VIH y la mejoría de los resultados del VIH en los países en desarrollo. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas (Cochrane Database of Systematic Reviews)*, 6.
4. Suthar, A.B. et al. (2013). Integrating antiretroviral therapy into antenatal care and maternal and child health settings: A systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 91: 46–56.
5. Rabkin, M. Melaku, Z., Bruce, K., Reja, A., Koler, A., Tadesse, Y., Kamiru, H.N., Sibanyoni, L.T. and El-Sadr, W. (2012). Strengthening health systems for chronic care: Leveraging HIV programs to support diabetes services in Ethiopia and Swaziland. *Journal of Tropical Medicine*, 137460. DOI: 10.1155/2012/137460.

6. Gounder, C.R. and Chaisson, R.E. (2012). A diagonal approach to building primary healthcare systems in resource-limited settings: Women-centred integration of HIV/AIDS, tuberculosis, malaria, MCH and NCD initiatives. *Tropical Medicine & International Health*, 17(12): 1426–1431.
7. Topp, S.M., et al. (2010). Strengthening health systems at facility-level: Feasibility of integrating antiretroviral therapy into primary health care services in Lusaka, Zambia. *PLoS ONE*, 5(7): e11522. DOI: 10.1371/journal.pone.0011522
8. Sweeney, S., et al. (2012). Costs and efficiency of integrating HIV/AIDS services with other health services: A systematic review of evidence and experience. *Sexually Transmitted Infections*, 88: 85–99. DOI: 10.1136/sextrans-2011-050199.
9. Los datos cuantitativos se refieren a los datos de los informes GARPR (2012), mientras que los ejemplos de países se obtuvieron a partir de los informes MTR (2013).
10. Beyrer, C., Baral, S., Kerrigan, D., El-Bassel, N., Bekker, L. et al. (2011). Expandir el espacio: inclusión de las poblaciones de mayor riesgo en servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 57: S96–S99.
11. Garcia J. et al. (2013). Persistent household food insecurity, HIV, and maternal stress in peri-urban Ghana. *BMC Public Health*, 13: 215.
12. Stroeken, K., Remes, P., De Koker, P., Michielsen, K., Van Vossole, A. and Temmerman, M. (2012). HIV among out-of-school youth in Eastern and Southern Africa: A review. *AIDS Care*, 24(2): 186–94. DOI: 10.1080/09540121.2011.596519.
13. Kohler, H.P. and Thornton, R.L. (2011). Conditional cash transfers and HIV/AIDS prevention: Unconditionally promising? *World Bank Economic Review*. DOI: 10.1093/wber/lhr041.
14. Baird, S., et al. (2010). The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer program on the sexual behavior of young women. *Health Economics*, 19(1): 55–68.
15. Baird S.J. et al. (2012). Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: A cluster randomised trial. *Lancet*, 379: 1320–1329.
16. Beyrer, C. et al. (2011). Expandir el espacio: inclusión de las poblaciones de mayor riesgo en servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 57(Suppl. 2): S96–S99.

ANEXOS

Introducción	A2
Epidemiología	A4
Prevalencia estimada del VIH en adultos (de 15 a 49 años)	
Personas que viven con el VIH (todas las edades)	
Personas que viven con el VIH (personas mayores de 15 años)	
Estimaciones de nuevas infecciones por el VIH (todas las edades)	
Estimaciones de nuevas infecciones por el VIH (mayores de 15 años)	
Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH	
Número estimado de muertes por el sida	
Reducir la transmisión sexual del VIH en un 50 % para el año 2015	A46
Pruebas del VIH, múltiples parejas sexuales y uso de preservativos	
Trabajadores sexuales: estimación del tamaño de la población	
Porcentaje de trabajadores sexuales que informaron haber utilizado un preservativo con su último cliente	
Porcentaje de trabajadores sexuales que viven con el VIH	
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: estimación del tamaño de la población	
Porcentaje de hombres que informaron haber utilizado un preservativo la última vez que tuvieron sexo anal con otro hombre	
Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que viven con el VIH	
Reducir la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas en un 50 % para el año 2015	A54
Personas que se inyectan drogas: estimación del tamaño de la población	
Número de jeringas distribuidas por persona que se inyecta drogas por año a través de programas de distribución de agujas y jeringas	
Porcentaje de personas que se inyectan drogas que informaron haber usado un preservativo en su última relación sexual	
Porcentaje de personas que se inyectan drogas que informaron haber usado material de inyección estéril la última vez que se inyectaron	
Porcentaje de personas que se inyectan drogas que viven con el VIH	
Eliminar las infecciones por el VIH en los niños y reducir la mortalidad materna durante el embarazo, el parto o el puerperio	A62
Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres VIH-positivas que recibieron una prueba virológica del VIH en el transcurso de los 2 meses desde el parto	
Nuevas infecciones por el VIH en los niños	
Prevenir la transmisión materno infantil del VIH	
Proporcionar tratamiento antirretroviral que puede salvar vidas a 15 millones de personas que viven con el VIH para el año 2015	A78
Retención de 12 meses con tratamiento antirretroviral	
Número estimado de adultos que reciben y necesitan tratamiento antirretroviral, y cobertura	
Número estimado de niños que reciben y necesitan tratamiento antirretroviral, y cobertura	
Número proyectado de personas elegibles para recibir tratamiento antirretroviral de acuerdo con las guías sobre tratamiento antirretroviral de 2013, países de ingresos bajos y medios	
Reducir la mortalidad por tuberculosis en las personas que viven con el VIH en un 50 % para el año 2015	A102
Porcentaje de casos nuevos estimados de tuberculosis en personas VIH-positivas que recibieron tratamiento para la tuberculosis y el VIH	
Pacientes VIH-positivos con tuberculosis que reciben tratamiento antirretroviral	
Número estimado de muertes por tuberculosis en las personas que viven con el VIH en África, en países con carga elevada de tuberculosis y VIH	
Subsanan el déficit mundial de recursos para la lucha contra el sida	A110
Gasto nacional en VIH de fuentes públicas nacionales (USD)	
Gasto nacional en VIH de fuentes internacionales (USD)	
Gasto nacional total en VIH de fuentes internacionales y fuentes públicas nacionales (USD)	
Eliminar las desigualdades, el maltrato y la violencia de género y aumentar la capacidad de las mujeres y las adolescentes para protegerse del VIH	A126
Conocimiento de los jóvenes acerca de la prevención del VIH	
Proporción de mujeres de 15 a 49 años que alguna vez estuvieron casadas o en concubinato y que fueron víctimas de violencia física o sexual por parte de su pareja íntima masculina en los últimos 12 meses.	
Número de mujeres adultas infectadas por el VIH	
Eliminar restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia	A136
Restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia o la residencia	
Fortalecer la integración del VIH	A140
Centros de salud que prestan servicios del VIH integrados a otros servicios de salud	
Asistencia escolar actual de jóvenes de 10 a 14 años	

INTRODUCCIÓN

Los datos que se presentan en las siguientes tablas fueron recopilados por el ONUSIDA a través de dos fuentes:

- el Informe mundial de avances en la lucha contra el sida (GARPR), una herramienta en línea que los países pueden utilizar para enviar sus datos más recientes sobre indicadores globales, y
- modelos de estimaciones sobre el VIH, creadas en programas informáticos de modelos estándar por equipos epidemiológicos nacionales.

En sus informes GARPR, los países proporcionaron información ampliada sobre el avance hacia los indicadores básicos del VIH. A excepción de leves modificaciones en dos indicadores, los indicadores básicos se mantuvieron iguales durante la última ronda de informes, lo que permitió identificar las tendencias a nivel mundial, regional y del país. Si bien no se incluyó de manera completa el Instrumento de Observación de los Compromisos y Políticas Nacionales, una amplia encuesta de informantes gubernamentales y no gubernamentales sobre políticas relacionadas con el VIH, cuestiones vinculadas a los derechos humanos y a la prestación de servicios en el informe GARPR 2013, sí se incluyó un breve cuestionario sobre políticas. Se puede encontrar una descripción completa de los indicadores utilizados en el informe GARPR y el proceso de recopilación de esos datos en <http://goo.gl/KYeUpt>.

Los modelos de las estimaciones sobre el VIH se identifican claramente en las siguientes tablas. Las estimaciones se calculan con el programa informático Spectrum. Los archivos nacionales se desarrollan en los países y se envían al ONUSIDA para su revisión. Los resultados son aprobados por representantes nacionales. En el caso de los países que no realizan modelos de estimaciones, se crean archivos preliminares con base en la información publicada u otra información disponible y las estimaciones no se presentan en las tablas. Las cifras totales se calculan con todos los archivos y no se limitan a los archivos presentados por los países. Las estimaciones también se limitan a intervalos, si el país cuenta con una cantidad muy reducida de datos para informar en el modelo. Las estimaciones sobre niños en epidemias concentradas son poco precisas; por esa razón, se excluyeron de las tablas.

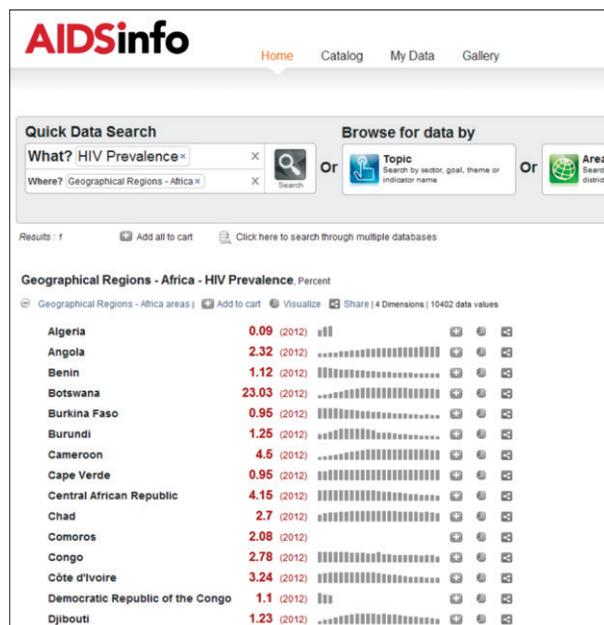
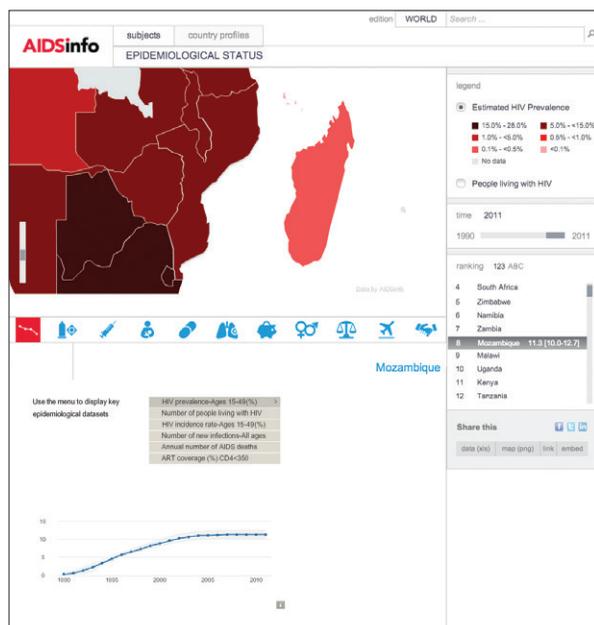
Para obtener más información sobre el programa informático Spectrum utilizado para realizar las estimaciones, visite www.futuresinstitute.org. Para obtener más información sobre las estimaciones y el proceso de desarrollo de los parámetros relacionados con el VIH que se utilizan en Spectrum, visite www.epidem.org.

El análisis del conjunto de datos que se proporciona en el Informe mundial de 2013 se basa en los datos presentados en el anexo de datos. Los datos también están disponibles en diferentes formatos visuales en <http://aidsinfo.unaids.org>. Esto permite que los datos se utilicen para una comunicación eficaz con el fin de lograr los objetivos a nivel mundial y de los países.

Quienes deseen un mayor análisis y desglose de los datos durante períodos de tiempo más prolongados, encontrarán todo el conjunto de datos en www.aidsinfoonline.org.

<http://aidsinfo.unaids.org>

www.aidsinfoonline.org



EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia estimada del VIH en adultos (de 15 a 49 años)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Caribe	1,3	1,2	1,5	1,0	0,9	1,1
Bahamas	3,5	3,4	3,5	3,3	3,2	3,5
Barbados	0,7	0,6	0,9	0,9	0,8	1,1
Cuba	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	0,1
Haití	2,9	2,6	3,2	2,1	1,9	2,3
Jamaica	2,4	2,0	2,7	1,7	1,4	2,0
República Dominicana	1,3	1,1	1,5	0,7	0,6	0,8
Trinidad y Tobago	1,3	1,1	1,4	1,6	1,4	1,7
Asia oriental	<0,1	<0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
China ¹	...	...	...	<0,1	<0,1	0,1
Japón	...	...	...	...	...	...
Mongolia	...	...	...	...	...	...
República de Corea	...	...	...	...	...	...
República Popular Democrática de Corea	...	...	...	...	...	...
Europa oriental y Asia central	0,5	0,4	0,6	0,7	0,6	0,9
Armenia	0,1	<0,1	0,2	0,2	0,1	0,3
Azerbaiyán	<0,1	<0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
Belarús	0,1	0,1	0,2	0,4	0,4	0,5
Federación de Rusia	...	...	...	...	...	...
Georgia	<0,1	<0,1	<0,1	0,3	0,2	0,4
Kazajstán	...	...	...	...	...	...
Kirguistán	<0,1	<0,1	<0,1	0,3	0,2	0,4
República de Moldova	0,5	0,4	0,6	0,7	0,6	0,9
Tayikistán	<0,1	<0,1	0,1	0,3	0,2	0,6
Ucrania	0,9	0,7	1,0	0,9	0,7	1,0
Uzbekistán	0,3	0,2	0,3	0,1	0,1	0,2
América Latina	0,5	0,4	0,5	0,4	0,3	0,5
Argentina	0,4	0,3	0,5	0,4	0,3	0,5
Belice	1,8	1,6	1,9	1,4	1,3	1,6

EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia estimada del VIH en adultos (de 15 a 49 años)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,4	0,3	0,6	0,3	0,1	0,4
Brasil	...	0,4	0,5	...	0,4	0,5
Chile	0,4	0,2	0,6	0,4	0,2	0,6
Colombia	0,6	0,5	0,8	0,5	0,4	0,7
Costa Rica	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
Ecuador	0,6	0,3	0,9	0,6	0,4	1,1
El Salvador	0,8	0,6	1,2	0,6	0,4	1,2
Guatemala	0,8	0,5	1,3	0,7	0,4	1,5
Guyana	0,7	0,4	1,1	1,3	0,8	2,1
Honduras	1,2	1,0	1,5	0,5	0,4	0,7
México	0,3	0,3	0,4	0,2	0,2	0,3
Nicaragua	<0,1	<0,1	<0,1	0,3	0,2	0,4
Panamá	1,2	1,0	1,5	0,7	0,5	1,0
Paraguay	0,1	<0,1	0,4	0,3	0,2	0,6
Perú	0,6	0,4	0,8	0,4	0,2	1,3
Suriname	1,2	1,0	1,4	1,1	1,0	1,2
Uruguay	0,5	0,3	0,7	0,7	0,5	1,0
Venezuela (República Bolivariana de)	0,6	0,4	0,9	0,6	0,4	0,9
Oriente Medio y África del Norte	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Argelia	...	...	...	...	...	...
Djibouti	2,3	1,8	2,8	1,2	1,0	1,5
Egipto	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Irán (República Islámica del)	<0,1	<0,1	<0,1	0,2	0,1	0,2
Líbano	...	...	...	...	...	...
Marruecos	<0,1	<0,1	<0,1	0,1	0,1	0,2
Omán	...	...	...	...	...	...
Somalia	0,7	0,4	1,1	0,5	0,4	0,8
Sudán	...	...	...	...	...	...
Túnez	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1

EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia estimada del VIH en adultos (de 15 a 49 años)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Yemen	<0,1	<0,1	<0,1	0,1	<0,1	0,3
América del Norte	0,5	0,4	0,7	0,5	0,4	0,8
Canadá	...	...	...	...	...	...
Estados Unidos de América	...	...	...	...	...	...
Oceanía	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3
Australia	...	...	...	...	...	...
Fiji	<0,1	<0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Nueva Zelanda	...	...	...	...	...	...
Papua Nueva Guinea	0,7	0,5	1,0	0,5	0,4	0,7
Asia meridional y sudoriental	0,4	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4
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	<0,1	<0,1	0,1	0,2	0,1	0,6
Camboya	1,5	1,1	2,6	0,8	0,5	1,5
Filipinas	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
India ¹	0,4	0,3	0,5	0,3	0,2	0,3
Indonesia	<0,1	<0,1	0,2	0,4	0,3	0,7
Malasia	0,4	0,3	0,6	0,4	0,3	0,6
Maldivas	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Myanmar	0,8	0,7	0,9	0,6	0,5	0,6
Nepal	0,4	0,4	0,5	0,3	0,2	0,4
Pakistán	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	0,2
República Democrática Popular Lao	0,1	<0,1	0,2	0,3	0,2	0,3
Singapur	...	...	...	...	...	...
Sri Lanka	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Tailandia	1,8	1,7	1,9	1,1	1,0	1,2
Viet Nam	0,3	<0,1	0,6	0,4	0,1	0,8
África subsahariana	5,8	5,5	6,3	4,7	4,4	5,0
Angola	1,8	1,3	2,6	2,3	1,9	2,8

EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia estimada del VIH en adultos (de 15 a 49 años)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Benin	1,6	1,4	1,8	1,1	1,0	1,3
Botswana	28,1	26,7	29,6	23,0	21,8	24,4
Burkina Faso	2,2	1,9	2,6	1,0	0,8	1,1
Burundi	2,9	2,4	3,4	1,3	1,0	1,5
Camerún	5,2	4,9	5,6	4,5	4,1	4,9
Cabo Verde	0,5	0,4	0,6	0,2	0,2	0,4
Chad	3,8	3,3	4,4	2,7	2,3	3,4
Comoras	...	...	...	...	...	...
Congo	4,7	4,3	5,3	2,8	2,5	3,0
Côte d'Ivoire	6,4	5,9	7,2	3,2	2,8	3,8
Eritrea	2,0	1,5	2,7	0,7	0,5	0,9
Etiopía	3,6	3,3	3,9	1,3	1,2	1,5
Gabón	6,1	5,4	6,9	4,0	3,5	4,8
Gambia	1,0	0,7	1,3	1,3	0,9	1,7
Ghana	2,3	2,0	2,6	1,4	1,2	1,6
Guinea	1,3	1,1	1,5	1,7	1,4	2,0
Guinea-Bissau	2,8	2,1	3,8	3,9	2,9	5,3
Guinea Ecuatorial	3,6	2,0	6,6	6,2	3,4	9,7
Kenya	8,5	8,2	8,8	6,1	5,9	6,3
Lesotho	23,4	21,9	24,9	23,1	21,7	24,7
Liberia	2,3	1,9	2,6	0,9	0,7	1,1
Madagascar	0,7	0,5	0,8	0,5	0,4	0,6
Malawi	15,5	14,8	16,4	10,8	10,2	11,4
Malí	1,6	1,3	2,0	0,9	0,7	1,2
Mauritania	0,6	0,5	0,8	0,4	0,3	0,6
Mauricio	1,0	0,9	1,0	1,2	1,2	1,3
Mozambique	9,0	8,1	10,2	11,1	9,9	12,9
Namibia	15,0	13,0	17,1	13,3	11,4	15,2

EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia estimada del VIH en adultos (de 15 a 49 años)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Níger	1,0	0,9	1,2	0,5	0,4	0,6
Nigeria	3,5	3,0	4,0	3,1	2,8	3,5
República Centrafricana	...	...	...	...	...	...
República Democrática del Congo	1,5	1,4	1,7	1,1	1,0	1,2
República Unida de Tanzania	7,5	6,7	8,3	5,1	4,6	5,7
Rwanda	4,4	4,0	4,9	2,9	2,6	3,2
Santo Tomé y Príncipe	1,1	0,7	1,5	1,0	0,8	1,4
Senegal	0,5	0,4	0,6	0,5	0,4	0,6
Sierra Leona	1,0	0,7	1,4	1,5	1,0	2,1
Sudáfrica	15,3	14,7	15,8	17,9	17,3	18,4
Sudán del Sur	3,1	1,4	5,2	2,7	1,8	4,0
Swazilandia	24,8	23,2	26,6	26,5	24,6	28,3
Togo	4,5	3,9	5,4	2,9	2,5	3,5
Uganda	6,8	5,9	7,8	7,2	6,4	8,4
Zambia	15,1	14,2	16,0	12,7	11,9	13,7
Zimbabwe	24,3	23,0	25,6	14,7	13,8	15,6
Europa occidental y central	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Alemania	...	...	...	...	...	...
Austria	...	...	...	...	...	...
Bélgica	...	...	...	...	...	...
Bulgaria	...	...	...	...	...	...
Croacia	...	...	...	...	...	...
Dinamarca	...	...	...	...	...	...
Eslovaquia	...	...	...	...	...	...
Eslovenia	...	...	...	...	...	...
España	...	...	...	...	...	...
Estonia	...	...	...	...	...	...
Finlandia	...	...	...	...	...	...
Francia	...	...	...	...	...	...

EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia estimada del VIH en adultos (de 15 a 49 años)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Grecia
Hungría
Islandia
Irlanda
Israel
Italia
Letonia
Lituania
Luxemburgo
Malta
Noruega
Países Bajos
Polonia
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
Portugal
Rumania
Serbia
Suecia
Suiza
Turquía
República Checa
MUNDIAL	0,8	0,7	0,9	0,8	0,7	0,9

¹ Las estimaciones para China y la India se basan en las estimaciones nacionales de 2011.

EPIDEMIOLOGÍA

Personas que viven con el VIH (todas las edades)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Caribe	280 000	250 000	310 000	250 000	220 000	280 000
Bahamas	5900	5800	6100	7000	6700	7400
Barbados	1100	<1000	1400	1500	1300	1800
Cuba	2800	2100	4000	4700	3400	8200
Haití	160 000	140 000	180 000	150 000	130 000	160 000
Jamaica	34 000	28 000	40 000	28 000	23 000	34 000
República Dominicana	64 000	55 000	74 000	45 000	39 000	52 000
Trinidad y Tobago	10 000	9200	12 000	14 000	13 000	15 000
Asia oriental	370 000	270 000	530 000	880 000	650 000	1 200 000
China ¹	...	...	...	780 000	620 000	940 000
Japón	...	5400	8000	...	7100	11 000
Mongolia	...	...	...	...	...	...
República de Corea	...	5500	8900	...	12 000	20 000
República Popular Democrática de Corea	...	...	...	...	...	...
Europa oriental y Asia central	860 000	700 000	1 100 000	1 300 000	1 000 000	1 700 000
Armenia	1700	<1000	3500	3500	2300	5300
Azerbaiyán	3600	2500	5800	10 000	8000	14 000
Belarús	7200	5700	9600	23 000	21 000	26 000
Federación de Rusia	...	...	...	...	...	...
Georgia	1500	1100	2200	6600	5200	9500
Kazajstán	...	...	...	...	...	...
Kirguistán	1000	<1000	1800	8700	6000	13 000
República de Moldova	14 000	11 000	18 000	19 000	15 000	23 000
Tayikistán	1400	<500	4000	12 000	6900	24 000
Ucrania	230 000	200 000	260 000	230 000	190 000	270 000
Uzbekistán	37 000	23 000	51 000	30 000	23 000	40 000
América Latina	1 300 000	1 100 000	1 500 000	1 500 000	1 200 000	1 900 000
Argentina	78 000	59 000	97 000	98 000	80 000	120 000
Belize	2500	2200	2800	3100	2800	3400

EPIDEMIOLOGÍA

Personas que viven con el VIH (todas las edades)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Bolivia (Estado Plurinacional de)	18 000	13 000	27 000	16 000	8500	24 000
Brasil	...	430 000	520 000	...	530 000	660 000
Chile	33 000	16 000	50 000	39 000	25 000	61 000
Colombia	140 000	100 000	180 000	150 000	110 000	190 000
Costa Rica	5200	4900	5500	9800	8800	11 000
Ecuador	40 000	22 000	60 000	52 000	36 000	99 000
El Salvador	26 000	19 000	38 000	25 000	16 000	45 000
Guatemala	49 000	31 000	76 000	58 000	36 000	130 000
Guyana	3300	2000	5200	7200	4300	12 000
Honduras	43 000	36 000	52 000	26 000	21 000	33 000
México	190 000	160 000	230 000	170 000	150 000	210 000
Nicaragua	1300	<1000	2500	9600	6600	15 000
Panamá	21 000	17 000	26 000	17 000	12 000	22 000
Paraguay	3600	2300	11 000	13 000	7400	24 000
Perú	94 000	67 000	130 000	76 000	36 000	230 000
Suriname	3500	2800	4100	4000	3600	4400
Uruguay	8400	5800	12 000	13 000	9800	19 000
Venezuela (República Bolivariana de)	84 000	56 000	130 000	110 000	74 000	160 000
Oriente Medio y África del Norte	150 000	100 000	230 000	260 000	200 000	380 000
Argelia	...	...	...	...	...	...
Djibouti	9700	7600	12 000	7700	6200	9400
Egipto	2000	1300	3400	6500	4300	10 000
Irán (República Islámica del)	15 000	7000	29 000	71 000	53 000	100 000
Líbano	...	...	...	...	...	...
Marruecos	8700	6200	11 000	30 000	22 000	40 000
Omán	...	<500	1300	...	2800	5700
Somalia	29 000	16 000	44 000	31 000	21 000	47 000
Sudán	...	...	...	...	...	...

EPIDEMIOLOGÍA

Personas que viven con el VIH (todas las edades)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Túnez	<500	<500	1100	2300	1400	3800
Yemen	4100	2000	7500	19 000	8900	47 000
América del Norte	970 000	800 000	1 200 000	1 300 000	980 000	1 900 000
Canadá	...	36 000	51 000	...	59 000	85 000
Estados Unidos de América	...	750 000	1 200 000	...	920 000	1 800 000
Oceanía	37 000	30 000	45 000	51 000	43 000	59 000
Australia	...	10 000	15 000	...	18 000	27 000
Fiji	<500	<500	<1000	<1000	<1000	1200
Nueva Zelanda	...	1300	1900	...	2200	3600
Papua Nueva Guinea	22 000	15 000	32 000	25 000	20 000	31 000
Asia meridional y sudoriental	3 700 000	2 900 000	4 600 000	3 900 000	2 900 000	5 200 000
Afganistán	1600	<1000	5300	4300	1600	14 000
Bangladesh	4000	<500	6900	8000	3100	82 000
Bhután	<500	<500	<500	1100	<1000	2700
Camboya	110 000	77 000	190 000	76 000	59 000	120 000
Filipinas	5400	3200	11 000	15 000	11 000	23 000
India ¹	2 400 000	1 900 000	2 800 000	2 100 000	1 700 000	2 600 000
Indonesia	83 000	<100	260 000	610 000	390 000	940 000
Malasia	54 000	38 000	80 000	82 000	60 000	110 000
Maldivas	<100	<100	<100	<100	<100	<100
Myanmar	220 000	190 000	250 000	200 000	170 000	220 000
Nepal	50 000	41 000	63 000	49 000	39 000	65 000
Pakistán	10 000	6500	19 000	87 000	50 000	160 000
República Democrática Popular Lao	3300	2500	6600	12 000	10 000	13 000
Singapur	...	2200	3900	...	3000	4700
Sri Lanka	1900	1200	3500	3000	2000	5000
Tailandia	660 000	610 000	700 000	440 000	400 000	480 000
Viet Nam	160 000	41 000	320 000	260 000	70 000	490 000

EPIDEMIOLOGÍA

Personas que viven con el VIH (todas las edades)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
África subsahariana	21 700 000	20 200 000	23 500 000	25 000 000	23 500 000	26 600 000
Angola	130 000	96 000	190 000	250 000	210 000	300 000
Benin	62 000	55 000	70 000	72 000	64 000	80 000
Botswana	300 000	280 000	320 000	340 000	320 000	360 000
Burkina Faso	180 000	160 000	210 000	110 000	99 000	130 000
Burundi	130 000	110 000	150 000	89 000	75 000	110 000
Camerún	480 000	450 000	530 000	600 000	550 000	660 000
Cabo Verde	1300	<1000	1400	<1000	<1000	1200
Chad	190 000	160 000	220 000	210 000	180 000	270 000
Comoras	...	...	...	...	...	...
Congo	92 000	84 000	100 000	74 000	68 000	81 000
Côte d'Ivoire	630 000	570 000	710 000	450 000	390 000	530 000
Eritrea	30 000	21 000	41 000	18 000	14 000	24 000
Etiopía	1 300 000	1 200 000	1 400 000	760 000	690 000	840 000
Gabón	42 000	37 000	48 000	41 000	36 000	48 000
Gambia	7200	5400	9600	14 000	11 000	19 000
Ghana	270 000	230 000	310 000	240 000	200 000	270 000
Guinea	64 000	52 000	77 000	120 000	97 000	140 000
Guinea-Bissau	21 000	15 000	28 000	41 000	32 000	55 000
Guinea Ecuatorial	12 000	6700	22 000	31 000	17 000	49 000
Kenya	1 600 000	1 500 000	1 700 000	1 600 000	1 600 000	1 700 000
Lesotho	280 000	260 000	300 000	360 000	340 000	380 000
Liberia	33 000	28 000	39 000	22 000	19 000	26 000
Madagascar	55 000	44 000	67 000	59 000	49 000	69 000
Malawi	1 100 000	1 000 000	1 100 000	1 100 000	1 100 000	1 200 000
Malí	110 000	87 000	140 000	100 000	79 000	120 000
Mauritania	9100	7000	12 000	10 000	7700	15 000

EPIDEMIOLOGÍA

Personas que viven con el VIH (todas las edades)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Mauricio	7300	6700	8200	11 000	9600	12 000
Mozambique	850 000	760 000	970 000	1 600 000	1 400 000	1 800 000
Namibia	170 000	150 000	200 000	220 000	190 000	250 000
Níger	57 000	48 000	69 000	46 000	39 000	56 000
Nigeria	2 600 000	2 200 000	3 000 000	3 400 000	3 100 000	3 800 000
República Centroafricana	...	...	...	...	...	...
República Democrática del Congo	440 000	400 000	490 000	480 000	440 000	530 000
República Unida de Tanzania	1 500 000	1 400 000	1 700 000	1 500 000	1 300 000	1 600 000
Rwanda	240 000	220 000	270 000	210 000	190 000	230 000
Santo Tomé y Príncipe	<1000	<1000	1300	1400	1000	1900
Senegal	27 000	23 000	32 000	43 000	35 000	52 000
Sierra Leona	27 000	19 000	37 000	58 000	42 000	82 000
Sudáfrica	4 300 000	4 100 000	4 700 000	6 100 000	5 800 000	6 400 000
Sudán del Sur	120 000	55 000	210 000	150 000	100 000	230 000
Swazilandia	150 000	140 000	160 000	210 000	200 000	230 000
Togo	130 000	110 000	160 000	130 000	110 000	150 000
Uganda	1 000 000	910 000	1 200 000	1 500 000	1 400 000	1 800 000
Zambia	940 000	880 000	1 000 000	1 100 000	1 000 000	1 200 000
Zimbabwe	1 800 000	1 700 000	2 000 000	1 400 000	1 300 000	1 500 000
Europa occidental y central	590 000	550 000	620 000	860 000	800 000	930 000
Alemania	...	36 000	44 000	...	62 000	78 000
Austria	...	3800	7000	...	13 000	25 000
Bélgica	...	6600	11 000	...	16 000	26 000
Bulgaria	...	1100	2200	...	2400	5800
Croacia	...	<500	<1000	...	<1000	1600
Dinamarca	...	3000	4000	...	5500	7500
Eslovaquia	...	<200	<500	...	<500	<1000
Eslovenia	...	<200	<500	...	<500	<1000
España	...	110 000	140 000	...	140 000	170 000

EPIDEMIOLOGÍA

Personas que viven con el VIH (todas las edades)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Estonia	...	3500	5300	...	7200	11 000
Finlandia	...	1500	2000	...	2600	3600
Francia	...	98 000	130 000	...	120 000	180 000
Grecia	...	7300	9200	...	9300	13 000
Hungría	...	2000	3200	...	2600	4800
Islandia	...	<500	<500	...	<500	<1000
Irlanda	...	3600	6100	...	6300	10 000
Israel	...	4200	7300	...	6700	11 000
Italia	...	84 000	120 000	...	110 000	140 000
Letonia	...	3500	6100	...	6100	12 000
Lituania	...	<1000	<1000	...	<1000	1800
Luxemburgo	...	<500	<1000	...	<1000	1100
Malta	...	<200	<500	...	<500	<500
Noruega	...	2400	4300	...	3600	6300
Países Bajos	...	14 000	24 000	...	20 000	34 000
Polonia	...	16 000	29 000	...	25 000	46 000
Portugal	...	26 000	45 000	...	38 000	62 000
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	...	37 000	56 000	...	76 000	120 000
Rumania	...	12 000	20 000	...	14 000	21 000
Serbia	...	<500	3800	...	2200	5500
Suecia	...	5400	10 000	...	7200	13 000
Suiza	...	11 000	17 000	...	16 000	27 000
Turquía	...	1300	2300	...	3900	8000
República Checa	...	1100	1400	...	1800	2300
MUNDIAL	30 000 000	27 200 000	33 100 000	35 300 000	32 200 000	38 800 000

¹ Las estimaciones para China y la India se basan en las estimaciones nacionales de 2011.

EPIDEMIOLOGÍA

Personas que viven con el VIH (personas mayores de 15 años)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Caribe	250 000	230 000	280 000	230 000	210 000	260 000
Bahamas	5900	5700	6000	6900	6600	7300
Barbados	1100	<1000	1400	1500	1300	1700
Cuba	2700	2100	4000	4700	3300	8100
Haití	140 000	120 000	160 000	130 000	120 000	150 000
Jamaica	33 000	28 000	39 000	28 000	23 000	33 000
República Dominicana	61 000	53 000	70 000	42 000	37 000	49 000
Trinidad y Tobago	10 000	9000	11 000	14 000	13 000	15 000
Asia oriental	370 000	270 000	520 000	880 000	650 000	1 200 000
China ¹	...	...	...	...	...	...
Japón	...	...	...	...	...	...
Mongolia	...	...	...	...	...	...
República de Corea	...	...	...	...	...	...
República Popular Democrática de Corea	...	...	...	...	...	...
Europa oriental y Asia central	850 000	690 000	1 000 000	1 300 000	990 000	1 600 000
Armenia	1700	<1000	3500	3500	2300	5300
Azerbaiyán	3600	2500	5800	10 000	7900	14 000
Belarús	7200	5700	9500	23 000	21 000	25 000
Federación de Rusia	...	...	...	...	...	...
Georgia	1500	1100	2200	6600	5200	9400
Kazajstán	...	...	...	...	...	...
Kirguistán	<1000	<1000	1700	8700	5900	13 000
República de Moldova	14 000	11 000	18 000	19 000	15 000	23 000
Tayikistán	1300	<500	3800	11 000	6500	23 000
Ucrania	230 000	200 000	260 000	230 000	190 000	260 000
Uzbekistán	36 000	22 000	50 000	27 000	21 000	38 000
América Latina	1 300 000	1 100 000	1 500 000	1 400 000	1 200 000	1 800 000
Argentina	77 000	58 000	96 000	95 000	77 000	110 000
Belice	2400	2100	2600	2800	2600	3100

EPIDEMIOLOGÍA

Personas que viven con el VIH (personas mayores de 15 años)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Bolivia (Estado Plurinacional de)	18 000	13 000	26 000	15 000	7 700	23 000
Brasil	...	420 000	510 000	...	520 000	650 000
Chile	33 000	16 000	49 000	39 000	25 000	61 000
Colombia	140 000	100 000	180 000	140 000	100 000	190 000
Costa Rica	5 000	4 700	5 300	9 400	8 500	10 000
Ecuador	39 000	21 000	58 000	51 000	36 000	98 000
El Salvador	25 000	18 000	36 000	24 000	16 000	43 000
Guatemala	46 000	29 000	72 000	53 000	33 000	120 000
Guyana	3 100	1 900	4 900	7 000	4 100	11 000
Honduras	39 000	32 000	47 000	23 000	19 000	30 000
México	190 000	150 000	230 000	170 000	150 000	210 000
Nicaragua	1 300	<1000	2 400	9 500	6 500	15 000
Panamá	20 000	16 000	25 000	16 000	12 000	21 000
Paraguay	3 500	2 200	11 000	13 000	7 200	24 000
Perú	89 000	64 000	120 000	72 000	34 000	230 000
Suriname	3 300	2 700	3 900	3 800	3 400	4 300
Uruguay	8 300	5 800	12 000	13 000	9 600	19 000
Venezuela (República Bolivariana de)	80 000	53 000	120 000	100 000	72 000	160 000
Oriente Medio y África del Norte	130 000	93 000	210 000	250 000	180 000	350 000
Argelia	...	...	...	...	...	...
Djibouti	9 200	7 200	11 000	6 500	5 200	8 000
Egipto	1 900	1 200	3 300	6 300	4 100	9 900
Irán (República Islámica del)	15 000	7 000	29 000	70 000	52 000	100 000
Líbano	...	...	...	...	...	...
Marruecos	8 300	5 900	11 000	29 000	22 000	39 000
Omán	...	...	...	...	...	...
Somalia	25 000	15 000	40 000	26 000	17 000	40 000
Sudán	...	...	...	...	...	...

EPIDEMIOLOGÍA

Personas que viven con el VIH (personas mayores de 15 años)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Túnez	<500	<500	1100	2300	1300	3700
Yemen	3800	1900	7200	18 000	8 300	44 000
América del Norte	970 000	800 000	1 200 000	1 300 000	980 000	1 900 000
Canadá	...	...	...	...	...	...
Estados Unidos de América	...	...	...	...	...	...
Oceanía	35 000	29 000	43 000	48 000	40 000	55 000
Australia	...	...	...	...	...	...
Fiji	<500	<500	<1000	<1000	<1000	1100
Nueva Zelanda	...	...	...	...	...	...
Papua Nueva Guinea	21 000	14 000	29 000	22 000	18 000	28 000
Asia meridional y sudoriental	3 600 000	2 800 000	4 500 000	3 700 000	2 700 000	4 900 000
Afganistán	1500	<1000	5000	4000	1500	13 000
Bangladesh	3900	<500	6700	7600	3000	80 000
Bhután	<500	<500	<500	1000	<500	2600
Camboya	100 000	74 000	180 000	71 000	51 000	130 000
Filipinas	5100	3000	10 000	14 000	11 000	22 000
India ¹	2 300 000	1 900 000	2 700 000	1 900 000	1 600 000	2 400 000
Indonesia	82 000	<100	260 000	590 000	380 000	910 000
Malasia	53 000	38 000	79 000	81 000	59 000	110 000
Maldivas	<100	<100	<100	<100	<100	<100
Myanmar	220 000	190 000	250 000	190 000	160 000	210 000
Nepal	49 000	40 000	61 000	45 000	36 000	60 000
Pakistán	9800	6400	19 000	85 000	48 000	160 000
República Democrática Popular Lao	3200	2400	6000	11 000	9300	12 000
Singapur	...	...	...	...	...	...
Sri Lanka	1800	1100	3500	2900	1900	4800
Tailandia	650 000	610 000	690 000	430 000	390 000	470 000
Viet Nam	160 000	41 000	310 000	250 000	68 000	480 000

EPIDEMIOLOGÍA

Personas que viven con el VIH (personas mayores de 15 años)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
África subsahariana	19 400 000	18 000 000	21 000 000	22 100 000	20 700 000	23 400 000
Angola	110 000	85 000	170 000	220 000	180 000	270 000
Benin	56 000	49 000	63 000	62 000	56 000	70 000
Botswana	290 000	270 000	310 000	330 000	310 000	350 000
Burkina Faso	140 000	120 000	160 000	94 000	81 000	110 000
Burundi	100 000	86 000	120 000	72 000	60 000	88 000
Camerún	450 000	410 000	490 000	540 000	500 000	590 000
Cabo Verde	1100	<1000	1200	<1000	<1000	1100
Chad	170 000	140 000	190 000	180 000	150 000	220 000
Comoras	...	...	...	...	...	...
Congo	77 000	70 000	86 000	61 000	56 000	67 000
Côte d'Ivoire	570 000	510 000	650 000	390 000	340 000	450 000
Eritrea	26 000	19 000	35 000	15 000	12 000	20 000
Etiopía	1 100 000	1 000 000	1 200 000	590 000	540 000	660 000
Gabón	40 000	35 000	45 000	37 000	33 000	44 000
Gambia	6600	4900	8800	13 000	9400	17 000
Ghana	240 000	210 000	280 000	210 000	180 000	240 000
Guinea	58 000	48 000	71 000	100 000	86 000	130 000
Guinea-Bissau	19 000	14 000	26 000	35 000	27 000	48 000
Guinea Ecuatorial	11 000	6000	20 000	28 000	15 000	43 000
Kenya	1 400 000	1 300 000	1 500 000	1 400 000	1 400 000	1 500 000
Lesotho	250 000	240 000	280 000	320 000	300 000	340 000
Liberia	31 000	26 000	36 000	18 000	15 000	22 000
Madagascar	48 000	39 000	59 000	50 000	41 000	60 000
Malawi	910 000	860 000	980 000	950 000	900 000	1 000 000
Malí	94 000	77 000	120 000	84 000	66 000	100 000
Mauritania	8200	6300	11 000	8700	6300	12 000

EPIDEMIOLOGÍA

Personas que viven con el VIH (personas mayores de 15 años)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Mauricio	7300	6700	8100	10 000	9500	12 000
Mozambique	780 000	700 000	900 000	1 400 000	1 200 000	1 600 000
Namibia	160 000	140 000	180 000	200 000	180 000	230 000
Níger	51 000	43 000	62 000	36 000	30 000	45 000
Nigeria	2 400 000	2 000 000	2 800 000	3 000 000	2 700 000	3 300 000
República Centroafricana	...	...	...	...	...	...
República Democrática del Congo	370 000	340 000	410 000	390 000	360 000	430 000
República Unida de Tanzania	1 300 000	1 200 000	1 400 000	1 200 000	1 100 000	1 400 000
Rwanda	200 000	180 000	220 000	180 000	160 000	200 000
Santo Tomé y Príncipe	<1000	<1000	1200	1200	<1000	1500
Senegal	24 000	20 000	29 000	37 000	30 000	44 000
Sierra Leona	25 000	18 000	35 000	52 000	37 000	74 000
Sudáfrica	4 100 000	3 900 000	4 400 000	5 700 000	5 500 000	6 000 000
Sudán del Sur	110 000	52 000	190 000	140 000	88 000	200 000
Swazilandia	130 000	120 000	140 000	190 000	180 000	200 000
Togo	120 000	100 000	140 000	110 000	95 000	130 000
Uganda	830 000	730 000	950 000	1 400 000	1 200 000	1 600 000
Zambia	800 000	750 000	860 000	950 000	900 000	1 000 000
Zimbabwe	1 600 000	1 600 000	1 700 000	1 200 000	1 100 000	1 300 000
Europa occidental y central	590 000	550 000	620 000	860 000	800 000	920 000
Alemania	...	...	...	...	...	...
Austria	...	...	...	...	...	...
Bélgica	...	...	...	...	...	...
Bulgaria	...	...	...	...	...	...
Croacia	...	...	...	...	...	...
Eslovaquia	...	...	...	...	...	...
Eslovenia	...	...	...	...	...	...
España	...	...	...	...	...	...
Dinamarca	...	...	...	...	...	...

EPIDEMIOLOGÍA

Personas que viven con el VIH (personas mayores de 15 años)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Estonia
Finlandia
Francia
Grecia
Hungría
Islandia
Irlanda
Israel
Italia
Letonia
Lituania
Luxemburgo
Malta
Noruega
Países Bajos
Polonia
Portugal
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
Rumania
Serbia
Suecia
Suiza
Turquía
República Checa
MUNDIAL	27 500 000	24 900 000	30 300 000	32 100 000	29 100 000	35 300 000

¹ Las estimaciones para China y la India se basan en las estimaciones nacionales de 2011.

EPIDEMIOLOGÍA

Estimaciones de nuevas infecciones por el VIH (todas las edades)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Caribe	25 000	22 000	28 000	12 000	9400	14 000
Bahamas	<1000	<1000	<1000	<500	<500	<500
Barbados	<200	<200	<200	<100	<100	<100
Cuba	...	...	...	<500	<200	1000
Haití	14 000	12 000	16 000	8500	6900	11 000
Jamaica	2900	2300	3600	1400	<1000	2000
República Dominicana	5900	5000	7100	<500	<200	<1000
Trinidad y Tobago	1300	1200	1600	<1000	<1000	<1000
Asia oriental	68 000	50 000	96 000	81 000	34 000	160 000
China ¹	...	...	...	...	...	...
Japón	...	...	...	...	...	...
Mongolia	...	...	...	...	...	...
República de Corea	...	...	...	...	...	...
República Popular Democrática de Corea	...	...	...	...	...	...
Europa oriental y Asia central	140 000	110 000	180 000	130 000	89 000	190 000
Armenia	<500	<200	1200	<500	<200	<1000
Azerbaiyán	...	...	...	<1000	<500	1600
Belarús	2000	1500	2600	1600	<1000	2400
Federación de Rusia	...	...	...	...	...	...
Georgia	<500	<500	<1000	<1000	<1000	1400
Kazajstán	...	...	...	...	...	...
Kirguistán	<500	<200	<500	1700	<1000	2600
República de Moldova	1700	1200	3900	1800	1400	2500
Tayikistán	<1000	<500	3000	2100	<1000	5500
Ucrania	35 000	30 000	40 000	11 000	7500	15 000
Uzbekistán	...	...	...	2300	1300	3800
América Latina	97 000	78 000	120 000	86 000	57 000	150 000
Argentina	...	...	...	4200	2800	6200
Belice	<500	<500	<500	<200	<100	<200

EPIDEMIOLOGÍA

Estimaciones de nuevas infecciones por el VIH (todas las edades)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2300	1600	3500	1100	<200	1900
Brasil	...	...	...	34 000	27 000	45 000
Chile	...	...	...	2300	1100	6200
Colombia	11 000	7700	15 000	9000	5600	14 000
Costa Rica	...	...	...	<1000	<500	<1000
Ecuador	...	...	...	4200	2400	14 000
El Salvador	...	...	...	1100	<500	3700
Guatemala	...	...	...	3000	1000	15 000
Guyana	...	...	...	<500	<200	<1000
Honduras	...	...	...	<1000	<1000	1700
México	10 000	7400	14 000	9300	6200	14 000
Nicaragua	<500	<200	<500	1500	<1000	2600
Panamá	...	...	...	<1000	<500	1000
Paraguay	...	...	...	1600	<1000	3800
Perú	...	...	...	4600	1000	28 000
Suriname	<500	<500	<500	<500	<200	<500
Uruguay	...	...	...	...	...	...
Venezuela (República Bolivariana de)	...	...	...	6600	3300	12 000
Oriente Medio y África del Norte	21 000	16 000	30 000	32 000	22 000	47 000
Argelia	...	...	...	...	...	...
Djibouti	1700	1400	2200	<500	<200	<1000
Egipto	...	...	...	<1000	<1000	1700
Irán (República Islámica del)	...	...	...	11 000	7400	20 000
Líbano	...	...	...	...	...	...
Marruecos	...	...	...	3400	2200	5100
Omán	...	...	...	...	...	...
Somalia	...	...	...	3300	1800	5900
Sudán	...	...	...	...	...	...

EPIDEMIOLOGÍA

Estimaciones de nuevas infecciones por el VIH (todas las edades)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Túnez	...	...	...	<500	<200	<1000
Yemen	...	...	...	3500	1400	6800
América del Norte	46 000	33 000	63 000	48 000	15 000	100 000
Canadá	...	...	...	...	...	...
Estados Unidos de América	...	...	...	...	...	...
Oceanía	4300	3500	5400	2100	1500	2700
Australia	...	...	...	...	...	...
Fiji	...	...	...	<200	<200	<200
Nueva Zelanda	...	...	...	<200	<100	<500
Papua Nueva Guinea	3500	2600	4600	<1000	<500	1200
Asia meridional y sudoriental	400 000	310 000	520 000	270 000	160 000	440 000
Afganistán	...	...	...	<1000	<200	2400
Bangladesh	<1000	<100	3500	<1000	<500	19 000
Bhután	...	...	...	<200	<100	<1000
Camboya	6000	3200	14 000	1400	<1000	2900
Filipinas	<1000	<500	1600	1800	1100	4000
India ¹	260 000	220 000	310 000	130 000	80 000	230 000
Indonesia	29 000	<100	68 000	76 000	47 000	150 000
Malasia	6200	4200	9500	7400	4800	11 000
Maldivas	...	...	...	<100	<100	<100
Myanmar	25 000	20 000	30 000	7100	5700	8900
Nepal	9500	7100	13 000	1200	<1000	2700
Pakistán	2300	1500	4100	19 000	8700	39 000
República Democrática Popular Lao	...	...	...	1000	<1000	1200
Singapur	...	...	...	<200	<100	<500
Sri Lanka	<500	<200	<1000	<500	<200	<1000
Tailandia	24 000	21 000	38 000	8800	5500	24 000
Viet Nam	31 000	11 000	57 000	13 000	2300	28 000

EPIDEMIOLOGÍA

Estimaciones de nuevas infecciones por el VIH (todas las edades)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
África subsahariana	2 600 000	2 400 000	2 800 000	1 600 000	1 400 000	1 800 000
Angola	19 000	14 000	26 000	28 000	21 000	36 000
Benin	7400	6500	8500	4100	3200	5200
Botswana	27 000	25 000	30 000	12 000	11 000	15 000
Burkina Faso	8400	6700	10 000	5800	3800	8300
Burundi	5600	4500	7100	4600	2400	7500
Camerún	62 000	56 000	70 000	45 000	38 000	53 000
Cabo Verde	...	...	...	<100	<100	<100
Chad	23 000	19 000	31 000	16 000	12 000	21 000
Comoras	...	...	...	...	...	...
Congo	8900	8000	10 000	4700	3800	5800
Côte d'Ivoire	58 000	49 000	70 000	30 000	22 000	39 000
Eritrea	1900	1200	3100	<500	<500	<1000
Etiopía	130 000	110 000	140 000	20 000	14 000	29 000
Gabón	5900	5000	6800	1000	<500	2100
Gambia	1500	1200	2100	<1000	<500	1300
Ghana	28 000	24 000	32 000	8000	4500	12 000
Guinea	...	...	...	10 000	7000	14 000
Guinea-Bissau	4200	3200	5500	3600	2300	5700
Guinea Ecuatorial	...	...	...	2600	1200	4500
Kenya	140 000	130 000	150 000	98 000	91 000	110 000
Lesotho	33 000	30 000	36 000	26 000	23 000	30 000
Liberia	4300	3500	5100	<500	<200	<500
Madagascar	...	...	...	3900	2600	5900
Malawi	110 000	100 000	120 000	66 000	58 000	76 000
Malí	11 000	8700	15 000	4200	1600	7300
Mauritania	...	...	...	<500	<200	<1000

EPIDEMIOLOGÍA

Estimaciones de nuevas infecciones por el VIH (todas las edades)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Mauricio	...	...	...	<1000	<1000	1100
Mozambique	160 000	150 000	190 000	120 000	97 000	150 000
Namibia	23 000	20 000	27 000	10 000	8000	13 000
Níger	7800	6500	9600	1100	<1000	1800
Nigeria	400 000	350 000	470 000	260 000	210 000	310 000
República Centroafricana	...	...	...	...	...	...
República Democrática del Congo	51 000	47 000	57 000	34 000	30 000	40 000
República Unida de Tanzania	130 000	120 000	150 000	83 000	69 000	100 000
Rwanda	17 000	15 000	20 000	7800	5800	11 000
Santo Tomé y Príncipe	<500	<200	<500	<100	<100	<100
Senegal	4700	3900	5700	2000	1300	3000
Sierra Leona	6100	4500	8200	3100	1200	6900
Sudáfrica	640 000	600 000	700 000	370 000	340 000	420 000
Sudán del Sur	...	...	...	15 000	7500	23 000
Swazilandia	17 000	16 000	19 000	12 000	9800	14 000
Togo	18 000	15 000	21 000	4800	2800	7500
Uganda	94 000	82 000	110 000	140 000	110 000	170 000
Zambia	100 000	95 000	110 000	56 000	49 000	64 000
Zimbabwe	130 000	120 000	150 000	69 000	59 000	79 000
Europa occidental y central	...	...	...	29 000	25 000	35 000
Alemania	...	...	...	...	...	...
Austria	...	...	...	...	...	...
Bélgica	...	...	...	...	...	...
Bulgaria	...	...	...	...	...	...
Croacia	...	...	...	...	...	...
Dinamarca	...	...	...	...	...	...
Eslovaquia	...	...	...	...	...	...
Eslovenia	...	...	...	...	...	...
España	...	...	...	...	...	...

EPIDEMIOLOGÍA

Estimaciones de nuevas infecciones por el VIH (todas las edades)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Estonia
Finlandia
Francia
Grecia
Hungría
Islandia
Irlanda
Israel
Italia
Letonia
Lituania
Luxemburgo
Malta
Noruega
Países Bajos
Polonia
Portugal
República Checa
Rumania
Serbia
Suecia
Suiza
Turquía
MUNDIAL	3 400 000	3 100 000	3 700 000	2 300 000	1 900 000	2 700 000

¹ Las estimaciones para China y la India se basan en las estimaciones nacionales de 2011.

EPIDEMIOLOGÍA

Estimaciones de nuevas infecciones por el VIH (mayores de 15 años)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Caribe	22 000	19 000	24 000	11 000	9100	14 000
Bahamas	<1000	<1000	<1000	<500	<500	<500
Barbados	<200	<200	<200	<100	<100	<100
Cuba	...	...	...	<500	<200	<1000
Haití	11 000	9700	13 000	8200	6600	10 000
Jamaica	2700	2100	3300	1400	<1000	1900
República Dominicana	5200	4400	6300	<500	<200	<1000
Trinidad y Tobago	1300	1200	1500	<500	<500	<1000
Asia oriental	67 000	49 000	95 000	80 000	34 000	150 000
China ¹	...	...	...	...	...	...
Japón	...	...	...	...	...	...
Mongolia	...	...	...	...	...	...
República de Corea	...	...	...	...	...	...
República Popular Democrática de Corea	...	...	...	...	...	...
Europa oriental y Asia central	140 000	110 000	170 000	130 000	89 000	190 000
Armenia	<500	<200	1200	<500	<200	<1000
Azerbaiyán	...	...	...	<1000	<500	1600
Belarús	2000	1500	2600	1600	<1000	2400
Federación de Rusia	...	...	...	...	...	...
Georgia	<500	<500	<1000	<1000	<1000	1400
Kazajstán	...	...	...	...	...	...
Kirguistán	<500	<200	<500	1700	<1000	2600
República de Moldova	1600	1200	3900	1800	1400	2400
Tayikistán	<1000	<500	3100	2000	<1000	5200
Ucrania	34 000	29 000	39 000	11 000	7400	15 000
Uzbekistán	...	...	...	2300	1300	3800
América Latina	90 000	72 000	110 000	84 000	56 000	150 000
Argentina	...	...	...	4200	2800	6100
Belice	<500	<500	<500	<200	<100	<200

EPIDEMIOLOGÍA

Estimaciones de nuevas infecciones por el VIH (mayores de 15 años)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2200	1400	3300	1000	<100	1800
Brasil	...	...	...	...	...	...
Chile	...	...	...	2300	1100	6200
Colombia	9900	7100	14 000	8700	5400	13 000
Costa Rica	...	...	...	<1000	<500	<1000
Ecuador	...	...	...	4200	2400	13 000
El Salvador	...	...	...	1000	<500	3400
Guatemala	...	...	...	2500	<1000	13 000
Guyana	...	...	...	<500	<200	<1000
Honduras	...	...	...	<1000	<1000	1500
México	9800	6900	13 000	9200	6100	14 000
Nicaragua	<500	<200	<500	1500	<1000	2600
Panamá	...	...	...	<1000	<500	1000
Paraguay	...	...	...	1500	<1000	3700
Perú	...	...	...	4500	1000	27 000
Suriname	<500	<500	<500	<500	<200	<500
Uruguay	...	...	...	...	...	...
Venezuela (República Bolivariana de)	...	...	...	6300	3200	12 000
Oriente Medio y África del Norte	18 000	14 000	25 000	29 000	20 000	43 000
Argelia	...	...	...	...	...	...
Djibouti	1600	1200	2000	<200	<200	<500
Egipto	...	...	...	<1000	<1000	1600
Irán (República Islámica del)	...	...	...	11 000	7300	19 000
Líbano	...	...	...	...	...	...
Marruecos	...	...	...	3400	2200	5000
Omán	...	...	...	...	...	...
Somalia	...	...	...	2600	1300	4700
Sudán	...	...	...	...	...	...

EPIDEMIOLOGÍA

Estimaciones de nuevas infecciones por el VIH (mayores de 15 años)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Túnez	...	...	...	<500	<200	<1000
Yemen	...	...	...	3200	1300	6000
América del Norte	46 000	33 000	63 000	48 000	15 000	100 000
Canadá	...	...	...	...	...	...
Estados Unidos de América	...	...	...	...	...	...
Oceanía	3900	3100	4800	1800	1200	2400
Australia	...	...	...	...	...	...
Fiji	...	...	...	<200	<200	<200
Nueva Zelanda	...	...	...	...	...	...
Papua Nueva Guinea	3000	2200	4100	<500	<500	<1000
Asia meridional y sudoriental	370 000	280 000	480 000	250 000	140 000	410 000
Afganistán	...	...	...	<1000	<200	2200
Bangladesh	<500	<100	3400	<1000	<500	18 000
Bhután	...	...	...	<200	<100	<1000
Camboya	4900	2500	12 000	1200	<100	<100
Filipinas	<1000	<500	1500	1700	1100	3900
India ¹	240 000	190 000	280 000	120 000	70 000	210 000
Indonesia	29 000	<100	67 000	72 000	44 000	140 000
Malasia	6100	4100	9400	7300	4700	11 000
Maldivas	...	...	...	<100	<100	<100
Myanmar	24 000	19 000	29 000	6400	5000	8000
Nepal	8900	6600	12 000	<1000	<500	2000
Pakistán	2200	1500	4000	18 000	8400	38 000
República Democrática Popular Lao	...	...	...	<1000	<1000	1100
Singapur	...	...	...	...	...	...
Sri Lanka	<500	<200	<1000	<500	<200	<1000
Tailandia	23 000	20 000	36 000	8700	5400	23 000
Viet Nam	30 000	11 000	55 000	13 000	2200	27 000

EPIDEMIOLOGÍA

Estimaciones de nuevas infecciones por el VIH (mayores de 15 años)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
África subsahariana	2 100 000	1 900 000	2 200 000	1 400 000	1 200 000	1 500 000
Angola	16 000	12 000	21 000	23 000	17 000	30 000
Benin	5900	5100	6900	3400	2500	4300
Botswana	24 000	22 000	26 000	12 000	10 000	14 000
Burkina Faso	3800	2600	5400	4500	2800	6600
Burundi	2000	1100	2900	3300	1600	5900
Camerún	53 000	47 000	60 000	39 000	33 000	46 000
Cabo Verde	...	...	...	<100	<100	<100
Chad	18 000	14 000	24 000	12 000	8200	16 000
Comoras	...	...	...	...	...	...
Congo	6600	5900	7600	3400	2700	4300
Côte d'Ivoire	46 000	37 000	56 000	25 000	19 000	33 000
Eritrea	1200	<1000	2500	<500	<200	<1000
Etiopía	87 000	74 000	100 000	11 000	4800	18 000
Gabón	5200	4300	6000	<1000	<500	1700
Gambia	1300	1000	1800	<1000	<500	1200
Ghana	23 000	19 000	27 000	7100	4000	11 000
Guinea	...	...	...	8500	5400	12 000
Guinea-Bissau	3600	2700	4700	2800	1700	4500
Guinea Ecuatorial	...	...	...	2000	<1000	3500
Kenya	97 000	90 000	110 000	85 000	80 000	96 000
Lesotho	27 000	24 000	30 000	23 000	20 000	26 000
Liberia	3600	2900	4400	<100	<100	<100
Madagascar	...	...	...	2900	1800	4500
Malawi	83 000	78 000	91 000	55 000	49 000	63 000
Malí	8200	6000	11 000	3000	<1000	5500
Mauritania	...	...	...	<200	<100	<500

EPIDEMIOLOGÍA

Estimaciones de nuevas infecciones por el VIH (mayores de 15 años)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Mauricio	...	...	...	<1000	<1000	1100
Mozambique	140 000	130 000	160 000	100 000	85 000	130 000
Namibia	20 000	18 000	23 000	9700	74 00	12 000
Níger	6200	5100	7600	<200	<100	<500
Nigeria	350 000	290 000	400 000	200 000	160 000	250 000
República Centroafricana	...	...	...	...	...	...
República Democrática del Congo	38 000	34 000	42 000	24 000	21 000	28 000
República Unida de Tanzania	91 000	80 000	100 000	69 000	58 000	85 000
Rwanda	11 000	8800	13 000	6900	5100	9300
Santo Tomé y Príncipe	<500	<200	<500	<100	<100	<100
Senegal	4000	3300	4800	1300	<1000	2100
Sierra Leona	5500	4100	7400	2800	1000	6100
Sudáfrica	560 000	530 000	620 000	350 000	320 000	390 000
Sudán del Sur	...	...	...	12 000	6000	19 000
Swazilandia	14 000	13 000	15 000	10 000	8400	12 000
Togo	15 000	12 000	18 000	4100	2300	6500
Uganda	69 000	59 000	81 000	120 000	100 000	150 000
Zambia	75 000	70 000	81 000	46 000	41 000	54 000
Zimbabwe	97 000	87 000	110 000	59 000	51 000	69 000
Europa occidental y central	...	...	...	29 000	25 000	34 000
Alemania	...	...	...	...	...	...
Austria	...	...	...	...	...	...
Bélgica	...	...	...	...	...	...
Bulgaria	...	...	...	...	...	...
Croacia	...	...	...	...	...	...
Dinamarca	...	...	...	...	...	...
Eslovaquia	...	...	...	...	...	...
Eslovenia	...	...	...	...	...	...

EPIDEMIOLOGÍA

Estimaciones de nuevas infecciones por el VIH (mayores de 15 años)

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
España
Estonia
Finlandia
Francia
Grecia
Hungría
Islandia
Irlanda
Israel
Italia
Letonia
Lituania
Luxemburgo
Malta
Noruega
Países Bajos
Polonia
Portugal
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
Rumania
Serbia
Suecia
Suiza
Turquía
República Checa
MUNDIAL	2 800 000	2 600 000	3 100 000	2 000 000	1 700 000	2 400 000

¹ Las estimaciones para China y la India se basan en las estimaciones nacionales de 2011.

EPIDEMIOLOGÍA

Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH,¹ 2012

	Mujeres			Hombres		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Caribe	0,5	0,4	0,6	0,3	0,3	0,4
Bahamas	1,8	1,4	2,2	1,3	1,0	1,6
Barbados	0,2	0,2	0,3	0,4	0,3	0,5
Cuba	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Haití	0,9	0,8	1,1	0,6	0,4	0,8
Jamaica	0,5	0,4	0,6	0,9	0,5	1,5
República Dominicana	0,2	0,1	0,3	0,1	<0,1	0,2
Trinidad y Tobago	0,9	0,7	1,2	0,6	0,5	0,7
Asia oriental	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	0,1
China ²	...	...	...	...	...	...
Japón	...	...	...	...	...	...
Mongolia	...	...	...	...	...	...
República de Corea	...	...	...	...	...	...
República Popular Democrática de Corea	...	...	...	...	...	...
Europa oriental y Asia central	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2	0,4
Armenia	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	0,1
Azerbaiyán	<0,1	<0,1	<0,1	0,2	0,1	0,3
Belarús	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2	0,4
Federación de Rusia	...	...	...	...	...	...
Georgia	0,1	<0,1	0,2	0,3	0,2	0,5
Kazajstán	...	...	...	...	...	...
Kirguistán	<0,1	<0,1	<0,1	0,2	<0,1	0,2
República de Moldova	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,2
Tayikistán	0,1	<0,1	0,3	0,1	<0,1	0,3
Ucrania	0,5	0,3	0,7	0,4	0,3	0,5
Uzbekistán	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
América Latina	0,1	<0,1	0,2	0,2	0,1	0,4
Argentina	0,1	<0,1	0,2	0,2	0,1	0,3
Belice	0,6	0,5	0,7	0,5	0,3	0,8

EPIDEMIOLOGÍA

Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH,¹ 2012

	Mujeres			Hombres		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Bolivia (Estado Plurinacional de)	<0,1	<0,1	0,2	0,1	<0,1	0,3
Brasil	...	0,1	0,1	...	0,2	0,4
Chile	<0,1	<0,1	0,1	0,2	0,1	0,6
Colombia	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2	0,5
Costa Rica	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2
Ecuador	0,2	0,1	0,5	0,4	0,2	1,3
El Salvador	0,2	0,1	0,5	0,3	0,1	0,8
Guatemala	0,2	0,1	0,8	0,3	0,1	1,1
Guyana	0,8	0,4	1,5	0,5	0,2	1,1
Honduras	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,4
México	<0,1	<0,1	<0,1	0,1	<0,1	0,2
Nicaragua	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2	0,5
Panamá	0,3	0,2	0,4	0,4	0,2	0,6
Paraguay	0,3	0,1	0,6	0,2	<0,1	0,5
Perú	0,2	<0,1	0,6	0,2	<0,1	1,1
Suriname	0,7	0,5	0,9	0,4	0,3	0,7
Uruguay	0,2	0,1	0,4	0,5	0,3	0,9
Venezuela (República Bolivariana de)	0,3	0,1	0,4	0,3	0,2	0,6
Oriente Medio y África del Norte	<0,1	<0,1	0,1	<0,1	<0,1	0,2
Argelia	...	...	...	...	...	...
Djibouti	0,3	0,2	0,5	0,2	0,1	0,2
Egipto	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Irán (República Islámica del)	<0,1	<0,1	0,2	0,1	<0,1	0,2
Líbano	...	...	...	...	...	...
Marruecos	<0,1	<0,1	0,1	0,1	<0,1	0,2
Omán	...	...	...	...	...	...
Somalia	0,2	0,1	0,4	0,2	<0,1	0,3
Sudán	...	...	...	...	...	...

EPIDEMIOLOGÍA

Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH,¹ 2012

	Mujeres			Hombres		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Túnez	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Yemen	0,1	<0,1	0,3	0,1	<0,1	0,3
América del Norte	0,1	<0,1	0,2	0,3	0,1	0,5
Canadá	...	...	...	...	...	...
Estados Unidos de América	...	...	...	...	...	...
Oceanía	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	0,1
Australia	...	...	...	...	...	...
Fiji	0,1	<0,1	0,2	0,1	<0,1	0,2
Nueva Zelanda	...	...	...	...	...	...
Papua Nueva Guinea	0,1	<0,1	0,2	<0,1	<0,1	0,1
Asia meridional y sudoriental	0,1	<0,1	0,2	0,1	<0,1	0,2
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	<0,1	<0,1	0,2	0,1	<0,1	0,4
Camboya	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,2
Filipinas	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
India ²	0,1	<0,1	0,2	0,1	<0,1	0,2
Indonesia	0,5	0,3	0,8	0,4	0,2	0,8
Malasia	<0,1	<0,1	<0,1	0,1	<0,1	0,2
Maldivas	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Myanmar	0,1	<0,1	0,1	<0,1	<0,1	0,2
Nepal	<0,1	<0,1	0,1	<0,1	<0,1	0,2
Pakistán	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
República Democrática Popular Lao	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,3
Singapur	...	...	...	...	...	...
Sri Lanka	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Tailandia	0,3	0,2	0,4	0,3	0,2	0,6
Viet Nam	0,1	<0,1	0,2	0,2	<0,1	0,6

EPIDEMIOLOGÍA

Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH,¹ 2012

	Mujeres			Hombres		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
África subsahariana	2,5	2,3	3,0	1,2	0,9	1,6
Angola	1,2	0,9	1,5	0,6	0,4	0,9
Benin	0,4	0,3	0,5	0,2	0,2	0,3
Botswana	6,7	5,8	8,4	3,7	2,3	5,5
Burkina Faso	0,5	0,4	0,6	0,4	0,3	0,5
Burundi	0,6	0,4	0,8	0,4	0,3	0,6
Camerún	1,8	1,6	2,3	1,0	0,6	1,4
Cabo Verde	<0,1	<0,1	0,2	<0,1	<0,1	0,1
Chad	1,1	0,8	1,5	0,6	0,4	0,9
Comoras	...	...	...	...	...	...
Congo	1,3	1,1	1,6	0,8	0,6	1,1
Côte d'Ivoire	1,2	1,0	1,6	0,7	0,5	1,0
Eritrea	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,3
Etiopía	0,5	0,3	0,6	0,3	0,2	0,3
Gabón	1,6	1,1	2,6	0,4	0,2	0,6
Gambia	0,5	0,3	0,8	0,2	0,1	0,5
Ghana	0,5	0,4	0,6	0,3	0,2	0,4
Guinea	0,8	0,6	1,1	0,4	0,2	0,6
Guinea-Bissau	1,7	1,1	2,6	0,9	0,5	1,5
Guinea Ecuatorial	3,1	1,6	5,5	1,6	0,7	3,1
Kenya	3,6	3,0	4,6	1,8	1,5	2,3
Lesotho	10,7	9,4	13,0	5,8	3,8	8,4
Liberia	0,1	<0,1	0,2	<0,1	<0,1	0,1
Madagascar	0,3	0,2	0,4	0,3	0,2	0,4
Malawi	4,5	4,0	5,4	2,7	2,0	3,7
Malí	0,3	0,2	0,5	0,2	<0,1	0,3
Mauritania	0,2	0,1	0,4	0,1	<0,1	0,2
Mauricio	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,5

EPIDEMIOLOGÍA

Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH,¹ 2012

	Mujeres			Hombres		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Mozambique	6,6	5,7	8,1	2,8	2,1	3,8
Namibia	4,1	3,2	5,5	2,2	1,4	3,4
Níger	0,1	<0,1	0,2	<0,1	<0,1	0,1
Nigeria	1,3	1,1	1,6	0,7	0,4	1,0
República Centrafricana	...	...	...	...	...	...
República Democrática del Congo	0,8	0,7	1,0	0,4	0,3	0,6
República Unida de Tanzania	3,6	3,1	4,6	1,8	1,3	2,6
Rwanda	1,3	1,2	1,6	1,0	0,8	1,2
Santo Tomé y Príncipe	0,4	0,3	0,7	0,3	0,1	0,6
Senegal	0,3	0,2	0,4	0,1	<0,1	0,2
Sierra Leona	1,0	0,6	1,7	0,3	0,1	0,5
Sudáfrica	13,9	12,9	16,8	3,9	2,5	5,7
Sudán del Sur	1,2	0,7	2,0	0,6	0,3	1,2
Swazilandia	20,0	17,2	24,5	10,3	6,7	14,7
Togo	0,9	0,7	1,3	0,5	0,3	0,8
Uganda	4,0	3,4	4,9	2,3	1,6	3,2
Zambia	4,6	4,1	5,6	3,5	2,5	4,9
Zimbabwe	6,3	5,6	7,5	3,9	2,9	5,2
Europa occidental y central	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	0,1
Alemania	...	...	...	...	...	...
Austria	...	...	...	...	...	...
Bélgica	...	...	...	...	...	...
Bulgaria	...	...	...	...	...	...
Croacia	...	...	...	...	...	...
Dinamarca	...	...	...	...	...	...
Eslovaquia	...	...	...	...	...	...
Eslovenia	...	...	...	...	...	...
España	...	...	...	...	...	...

EPIDEMIOLOGÍA

Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH,¹ 2012

	Mujeres			Hombres		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Estonia
Finlandia
Francia
Grecia
Hungría
Islandia
Irlanda
Israel
Italia
Letonia
Lituania
Luxemburgo
Malta
Noruega
Países Bajos
Polonia
Portugal
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
República Checa
Rumania
Serbia
Suecia
Suiza
Turquía
MUNDIAL	0,5	0,4	0,6	0,3	0,2	0,4

¹ Para conocer la definición del indicador, diríjase a <http://www.indicatorregistry.org/node/844>.

² Las estimaciones para China y la India se basan en las estimaciones nacionales de 2011.

EPIDEMIOLOGÍA

Número estimado de muertes por el sida

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Caribe	24 000	21 000	27 000	11 000	9400	14 000
Bahamas	<500	<500	<500	<500	<500	<500
Barbados	<100	<100	<100	<100	<100	<100
Cuba	<500	<200	<500	<100	<100	<100
Haití	15 000	14 000	17 000	7500	6200	8900
Jamaica	2700	2300	3400	1300	<1000	1800
República Dominicana	4600	3900	5500	1900	1400	2600
Trinidad y Tobago	<1000	<500	<1000	<500	<500	<1000
Asia oriental	18 000	12 000	35 000	41 000	25 000	64 000
China ¹	...	...	...	...	...	...
Japón	...	...	...	...	...	...
Mongolia	...	...	...	...	...	...
República de Corea	...	...	...	...	...	...
República Popular Democrática de Corea	...	...	...	...	...	...
Europa oriental y Asia central	36 000	26 000	47 000	91 000	66 000	120 000
Armenia	<100	<100	<200	<500	<200	<500
Azerbaiján	<200	<100	<200	<1000	<500	<1000
Belarús	<500	<200	<500	1200	1000	1500
Federación de Rusia	...	...	...	...	...	...
Georgia	<100	<100	<100	<200	<200	<500
Kazajstán	...	...	...	...	...	...
Kirguistán	<100	<100	<200	<500	<200	<1000
República de Moldova	<1000	<1000	<1000	1300	<1000	1800
Tayikistán	<100	<100	<200	<1000	<500	<1000
Ucrania	8600	6900	10 000	18 000	15 000	22 000
Uzbekistán	1800	<1000	2900	2400	1700	3500
América Latina	82 000	63 000	100 000	52 000	35 000	75 000
Argentina	2900	1700	4300	3700	2200	5300
Belice	<200	<100	<200	<200	<100	<200

EPIDEMIOLOGÍA

Número estimado de muertes por el sida

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Bolivia (Estado Plurinacional de)	<1000	<1000	1700	1300	<1000	2000
Brasil	...	18 000	27 000	...	11 000	19 000
Chile	...	...	...	...	...	...
Colombia	8700	6400	12 000	6500	3800	10 000
Costa Rica	<200	<200	<200	<500	<500	<500
Ecuador	2800	1100	4700	2700	1600	4400
El Salvador	1600	1100	2400	<1000	<500	2100
Guatemala	2000	1100	3200	3400	1800	7100
Guyana	<200	<100	<500	<100	<100	<500
Honduras	3600	3000	4400	1700	1300	2200
México	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	<100	<100	<200	<200	<100	<500
Panamá	1700	1300	2100	<1000	<500	<1000
Paraguay	<500	<200	<1000	<500	<100	<1000
Perú	9300	4900	15 000	4100	1700	10 000
Suriname	<500	<200	<500	<200	<200	<200
Uruguay	...	...	...	...	...	...
Venezuela (República Bolivariana de)	6800	4100	11 000	3800	1400	7900
Oriente Medio y África del Norte	8300	4600	14 000	17 000	12 000	26 000
Argelia	...	...	...	...	...	...
Djibouti	<1000	<500	<1000	<1000	<1000	1000
Egipto	<200	<100	<500	<500	<200	<1000
Irán (República Islámica del)	<500	<200	1200	4600	3200	6400
Líbano	...	...	...	...	...	...
Marruecos	<500	<500	<500	1200	<1000	1800
Omán	...	...	...	...	...	...
Somalia	2000	<1000	3300	2500	1700	3900
Sudán	...	...	...	...	...	...

EPIDEMIOLOGÍA

Número estimado de muertes por el sida

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Túnez	<100	<100	<100	<100	<100	<200
Yemen	<500	<100	<500	<1000	<500	2400
América del Norte	19 000	15 000	24 000	20 000	16 000	27 000
Canadá	...	...	...	...	...	...
Estados Unidos de América	...	...	...	...	...	...
Oceanía	1500	<1000	2200	1200	<1000	1800
Australia	...	...	...	...	...	...
Fiji	<100	<100	<100	<100	<100	<100
Nueva Zelanda	...	...	...	...	...	...
Papua Nueva Guinea	1300	<1000	2000	<1000	<1000	1600
Asia meridional y sudoriental	220 000	160 000	320 000	220 000	150 000	310 000
Afganistán	<200	<100	<500	<500	<100	<1000
Bangladesh	<200	<100	<1000	<500	<200	2300
Bhután	<100	<100	<100	<100	<100	<200
Camboya	6000	4500	9500	2700	1900	4700
Filipinas	<500	<200	<1000	<500	<200	<1000
India ¹	130 000	99 000	210 000	140 000	100 000	170 000
Indonesia	1300	<100	41 000	27 000	16 000	42 000
Malasia	4200	3000	6000	5200	3100	8000
Maldivas	<100	<100	<100	<100	<100	<100
Myanmar	9800	8500	11 000	12 000	9700	14 000
Nepal	1600	1200	2200	4100	3100	5600
Pakistán	<500	<500	<1000	3500	2100	6600
República Democrática Popular Lao	<100	<100	<500	<500	<500	<1000
Singapur	...	...	...	...	...	...
Sri Lanka	<100	<100	<200	<200	<200	<500
Tailandia	61 000	54 000	67 000	21 000	18 000	24 000
Viet Nam	5500	<1000	12 000	12 000	2500	24 000

EPIDEMIOLOGÍA

Número estimado de muertes por el sida

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
África subsahariana	1 500 000	1 400 000	1 700 000	1 200 000	1 100 000	1 300 000
Angola	8400	6200	13 000	13 000	9200	17 000
Benin	4100	3400	4900	3100	2500	3900
Botswana	21 000	19 000	23 000	5700	5000	6800
Burkina Faso	19 000	17 000	23 000	5500	4100	7100
Burundi	13 000	11 000	16 000	4800	3600	6300
Camerún	29 000	26 000	33 000	35 000	30 000	40 000
Cabo Verde	<200	<100	<200	<100	<100	<100
Chad	14 000	11 000	16 000	14 000	12 000	19 000
Comoras	...	...	...	...	...	...
Congo	9000	8000	10 000	5200	4500	5900
Côte d'Ivoire	46 000	40 000	55 000	31 000	26 000	38 000
Eritrea	2700	1400	3800	1200	<1000	1900
Etiopía	100 000	89 000	110 000	47 000	40 000	56 000
Gabón	2400	2000	2800	2300	1900	2900
Gambia	<500	<500	<500	<1000	<500	<1000
Ghana	19 000	16 000	24 000	12 000	8900	15 000
Guinea	3300	2500	4500	5100	3700	6800
Guinea-Bissau	<1000	<1000	1300	2300	1600	3100
Guinea Ecuatorial	<1000	<500	1300	1400	<500	2900
Kenya	130 000	120 000	140 000	57 000	51 000	65 000
Lesotho	16 000	15 000	18 000	15 000	14 000	17 000
Liberia	2000	1600	2500	1700	1300	2100
Madagascar	4600	3800	5700	6200	5300	7200
Malawi	86 000	81 000	95 000	46 000	40 000	52 000
Malí	7800	5500	10 000	4900	3300	6800
Mauritania	<500	<500	<1000	<1000	<1000	1100

EPIDEMIOLOGÍA

Número estimado de muertes por el sida

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Mauricio	<500	<500	<1000	<1000	<1000	<1000
Mozambique	39 000	35 000	46 000	77 000	65 000	93 000
Namibia	9300	7900	11 000	5000	3400	7100
Níger	3200	2600	3900	3400	2600	4300
Nigeria	150 000	120 000	200 000	240 000	210 000	280 000
República Centroafricana	...	...	...	...	...	...
República Democrática del Congo	31 000	28 000	36 000	32 000	29 000	36 000
República Unida de Tanzania	120 000	100 000	130 000	80 000	69 000	94 000
Rwanda	23 000	21 000	26 000	5600	4200	7500
Santo Tomé y Príncipe	<100	<100	<100	<100	<100	<200
Senegal	1300	1100	1600	1900	1400	2500
Sierra Leona	1100	<1000	1700	3300	2200	5100
Sudáfrica	200 000	190 000	230 000	240 000	220 000	270 000
Sudán del Sur	6900	1900	17 000	13 000	8400	20 000
Swazilandia	7700	6900	8700	5500	4800	6300
Togo	7900	6500	9800	7200	5500	9500
Uganda	110 000	94 000	120 000	63 000	52 000	81 000
Zambia	77 000	72 000	84 000	30 000	26 000	36 000
Zimbabwe	160 000	150 000	170 000	39 000	34 000	45 000
Europa occidental y central	8100	7300	8700	7600	6900	8300
Alemania	...	...	...	...	...	...
Austria	...	...	...	...	...	...
Bélgica	...	...	...	...	...	...
Bulgaria	...	...	...	...	...	...
Croacia	...	...	...	...	...	...
Dinamarca	...	...	...	...	...	...
Eslovaquia	...	...	...	...	...	...
Eslovenia	...	...	...	...	...	...

EPIDEMIOLOGÍA

Número estimado de muertes por el sida

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
España
Estonia
Finlandia
Francia
Grecia
Hungría
Islandia
Irlanda
Israel
Italia
Letonia
Lituania
Luxemburgo
Malta
Noruega
Países Bajos
Polonia
Portugal
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
República Checa
Rumania
Serbia
Suecia
Suiza
Turquía
MUNDIAL	1 900 000	1 700 000	2 200 000	1 600 000	1 400 000	1 900 000

¹ Las estimaciones para China y la India se basan en las estimaciones nacionales de 2011.

REDUCIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

Pruebas del VIH, múltiples parejas sexuales y uso de preservativos

Población que se realizó una prueba del VIH y recibió los resultados de la prueba en los últimos 12 meses¹

Porcentaje de adultos de 15 a 49 años que informaron que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses²

Porcentaje de adultos de 15 a 49 años que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses que informaron haber usado un preservativo en la última relación sexual³

	Año, fuente	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Caribe							
Haití	2012, EDS	20,6	13,4	1,3	23,0	43,2	43,3
República Dominicana	2007, EDS	20,5	18,6	3,0	24,3	34,9	45,0
Europa oriental y Asia central							
Armenia	2010, EDS	1,9	0,5	0	15,2	...	72,3
Azerbaiyán	2006, EDS			0	6,1	...	26,0
República de Moldova	2005, EDS	11,9	10,1	1,3	11,3	27,4	71,5
Ucrania	2007, EDS	12,3	7,2	2,3	12,9	48,0	46,4
América Latina							
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2008, EDS	...	1,9	...	12,0	...	35,2
Colombia	2010, EDS	8,9	...	3,9	...	33,7	...
Guyana	2009, EDS	27,0	21,6	1,3	9,9	47,9	65,4
Honduras	2005-06, EDS	...	...	0,7	...	26,5	...
Asia meridional y sudoriental							
Camboya	2010, EDS	8,0	6,1	0	1,5	...	39,5
India	2005-06, NFHS	1,2	1,4	0,1	1,3	11,8	22,7
Nepal	2011, EDS	2,9	7,5	0,1	3,8	...	26,5
Timor-Leste	2009, EDS	...	...	0	1,4	...	19,1
Viet Nam	2005, PAIS	2,0	2,6	...	...	...	...
África subsahariana							
Benin	2012, EDS	14,6	5,2	1,3	21,2	29,9	22,1
Burkina Faso	2010, EDS	11,2	8,4	0,6	16,6	62,3	26,5
Burundi	2010, EDS	18,7	11,7	0,3	3,1	14,3	14,3
Camerún	2011, MICS	22,3	20,4	...	...	37,3	43,0
Cabo Verde	2012, EIS	47,3	27,9	5,0	34,4	51,1	73,2
Congo	2009, EIS	8,5	7,1	6,8	28,4	29,0	27,9
Côte d'Ivoire	2005, EIS	3,7	3,2	3,6	23,7	40,7	37,5
Eritrea	2012, EDS	41,5	41,7	56,4	41,3	2,3	18,2

REDUCIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

Pruebas del VIH, múltiples parejas sexuales y uso de preservativos

Población que se realizó una prueba del VIH y recibió los resultados de la prueba en los últimos 12 meses¹

Porcentaje de adultos de 15 a 49 años que informaron que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses²

Porcentaje de adultos de 15 a 49 años que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses que informaron haber usado un preservativo en la última relación sexual³

	Año, fuente	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Etiopía	2011, EDS	20,0	20,7	0,4	3,5	47,1	15,5
Kenya	2008-09, EDS	29,3	22,8	1,2	9,3	31,8	37,0
Gabón	2012, EDS	10,1	29,0	...	...	44,0	51,1
Ghana	2008, EDS	6,8	4,1	1,0	11,3	18,1	26,2
Guinea	2005, EDS	1,1	2,9	2,0	24,7	19,7	24,4
Lesotho	2009, EDS	42,0	24,0	6,4	21,9	38,5	52,3
Liberia	2007, EDS	1,6	2,3	5,8	18,0	13,5	22,3
Madagascar	2008-09, EDS	4,2	3,6	2,1	15,5	7,6	7,4
Malawi	2010, EDS	...	31,3	0,7	9,2	27,3	24,5
Malí	2006, EDS	3,1	2,7	1,2	15,2	8,1	12,2
Mozambique	2011, EDS	25,9	14,2	2,8	29,5	30,6	25,5
Namibia	2006, EDS	28,6	17,6	1,7	11,2	65,7	74,4
Níger	2006, EDS	0,9	1,6	0,7	12,3	7,6	6,6
Nigeria	2008, EDS	6,6	6,5	1,0	9,9	22,9	33,1
República Democrática del Congo	2007, EDS	4,1	3,8	3,0	16,8	8,5	15,9
República Unida de Tanzania	2010, EDS	29,5	25,0	3,5	20,7	27,2	23,6
Rwanda	2010-11, EDS	38,6	37,7	0,6	3,9	28,9	27,5
Santo Tomé y Príncipe	2008-09, EDS	31,4	22,8	1,0	16,5	...	32,9
Senegal	2010-11, EDS	13,6	9,0	0,5	8,4	22,3	20,7
Sierra Leona	2008, EDS	4,1	3,4	3,5	15,7	6,8	15,2
Swazilandia	2006-07, EDS	21,9	8,9	1,6	13,6	55,0	55,8
Uganda	2006, EDS	12,0	10,4	1,8	20,5	23,9	20,4
Zambia	2007, EDS	18,5	11,7	1,2	14,4	33,1	28,0
Zimbabue	2010-11, EDS	33,6	20,5	1,1	10,6	48,0	33,1
Europa occidental y central							
Albania	2008-09, EDS	0,2	0,6	0,1	5,4	...	36,9
Bosnia y Herzegovina	2012, MICS	...	...	...	...	17,1	43,5

¹ Para conocer la definición del indicador, diríjase a <http://www.indicatorregistry.org/node/843>.

² Para conocer la definición del indicador, diríjase a <http://www.indicatorregistry.org/node/661>.

³ Para conocer la definición del indicador, diríjase a <http://www.indicatorregistry.org/node/842>.

REDUCIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

Trabajadores sexuales: estimación del tamaño de la población

	Estimación del tamaño de la población	Año en que se realizó la estimación
Caribe		
Jamaica	14 957	2011
Europa oriental y Asia central		
Armenia	6200	2010
Azerbaiyán	25 054	2011
Belarús	50 000	2012
Kazajstán	20 270	2012
Kirguistán	[5900–8100]	2010
República de Moldova	14 768	2011
Tayikistán	12 500	2009
América Latina		
Argentina	72 000	2012
Belice	[346–595]	2012
El Salvador	13 292	2011
Guatemala	21 845	2011
Nicaragua	11 543	2012
Panamá	[5000–10 000]	2012
Paraguay	1252	2011
Perú	35 560	2010
Oriente Medio y África del Norte		
Djibouti	2865	2012
Egipto	24 000	2011
Marruecos	66 000	2010
Túnez	25 000	2012
Oceanía		
Australia	25 000	2011
Fiji	857	2012
Asia meridional y sudoriental		
Bangladesh	[63 600–74 300]	2009
Malasia	60 000	2010
Myanmar	43 432	2012

	Estimación del tamaño de la población	Año en que se realizó la estimación
Nepal	26 878	2011
Pakistán	136 000	2009
Sri Lanka	41 000	2010
Tailandia	123 530	2012
Viet Nam	65 166	2011
África subsahariana		
Benin	12 789	2012
Cabo Verde	1096	2011
Chad	1171	2009
Comoras	200	2012
Gambia	3100	2009
Ghana	51 937	2011
Guinea	4796	2012
Guinea-Bissau	3138	2012
Guinea Ecuatorial	5791	2012
Kenya	133 675 [76 654–208 711]	2012
Liberia	1822	2011
Mauricio	9000	2012
Níger	27 471	2012
Nigeria	459 887	2012
Rwanda	12 278	2012
Senegal	4200	2012
Togo	8000	2009
Europa occidental y central		
Serbia	3901	2011

Nota: el ONUSIDA no solicitó fuentes ni métodos para las estimaciones del tamaño de las poblaciones clave. Estos datos se presentan como reflejo del compromiso de los países que proporcionan informes relativos a las estimaciones de los tamaños poblacionales. El ONUSIDA no garantiza la precisión de estas estimaciones. En caso de que se usen de forma secundaria, dicho uso debe considerarse detenidamente.

REDUCIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

Porcentaje de trabajadores sexuales que informaron haber utilizado un preservativo con su último cliente¹

	2009	2012
Caribe		
Cuba	56	70
Haití	90	90
Jamaica	97	91
República Dominicana	81	85
Asia oriental		
Mongolia	90	80
Europa oriental y Asia central		
Belarús	70	85
Kazajstán	96	97
Kirguistán	94	88
Tayikistán	84	71
América Latina		
Argentina	99	96
Colombia	...	98
El Salvador	...	97
Guatemala	96	99
Guyana	61	94
Honduras	80	79
Nicaragua	74	96
Panamá	76	99
Oriente Medio y África del Norte		
Marruecos	54	50
Túnez	52	55
Oceanía		
Papua Nueva Guinea	50	80
Asia meridional y sudoriental		
Afganistán	58	51

	2009	2012
Indonesia	68	58
Malasia	61	84
Pakistán	38	35
República Democrática Popular Lao	94	92
Viet Nam	78	83
África subsahariana		
Benin	25	85
Burkina Faso	99	98
Burundi	82	91
Camerún	73	73
Côte d'Ivoire	97	93
Eritrea	45	71
Gabón	76	58
Guinea	65	77
Guinea-Bissau	93	93
Níger	85	95
República Democrática del Congo	62	32
Senegal	97	94
Togo	88	91
Europa occidental y central		
Bosnia y Herzegovina	76	88
Estonia	94	98
Ex República Yugoslava de Macedonia	78	89
Montenegro	72	78
Rumania	98	89
Serbia	91	91

Nota: los datos publicados en este anexo son solo los datos incluidos en el análisis de tendencias del texto, es decir, de países que informan un mínimo de 3 puntos de datos únicos desde 2007. Todos los datos informados por los países están disponibles en la base de datos en línea de AIDSinfo (www.aidsinfoonline.org).

¹ Para conocer la definición del indicador, diríjase a <http://www.indicatorregistry.org/node/663>.

REDUCIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

Porcentaje de profesionales del sexo que viven con el VIH¹

	2009	2012
Caribe		
Cuba	0,3	1,0
Haití	5,3	8,4
Jamaica	4,9	4,6
República Dominicana	4,8	3,7
Europa oriental y Asia central		
Azerbaiyán	1,7	0,2
Belarús	6,4	0,7
Kazajstán	1,3	1,2
Kirguistán	1,6	3,5
Tayikistán	2,8	3,7
América Latina		
Argentina	5,4	5,4
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,4	0,6
Brasil	5,2	4,9
Chile	0,7	0,3
Guyana	16,6	16,6
Honduras	2,3	2,8
Paraguay	1,8	2,0
Oriente Medio y África del Norte		
Túnez	0,4	0,6
Oceanía		
Papua Nueva Guinea	5,9	17,8
Asia meridional y sudoriental		
Afganistán	0	0,3

	2009	2012
Indonesia	10,2	9,0
Malasia	10,5	4,2
Myanmar	18,1	7,1
Pakistán	2,3	2,4
República Democrática Popular Lao	0,5	1,0
Viet Nam	3,2	2,7
África subsahariana		
Benin	24,7	21,0
Burkina Faso	8,9	16,4
Burundi	39,8	26,5
Camerún	35,5	36,8
Chad	20,0	20,0
Côte d'Ivoire	35,5	28,7
Eritrea	7,8	6,0
Guinea	32,7	16,7
Guinea-Bissau	39,6	39,0
Níger	35,6	17,3
Senegal	19,8	18,5
Togo	29,3	13,1
Europa occidental y central		
Bosnia y Herzegovina	0	0,5
Estonia	7,7	6,2
Lituania	0	0,3
Montenegro	0,8	0
Serbia	2,2	2,0

Nota: los datos publicados en este anexo son solo los datos incluidos en el análisis de tendencias del texto, es decir, de países que informan un mínimo de 3 puntos de datos únicos desde 2007. Todos los datos informados por los países están disponibles en la base de datos en línea de AIDSinfo (www.aidsinfoonline.org).

¹ Para conocer la definición del indicador, dirjase a <http://www.indicatorregistry.org/node/847>.

REDUCIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: estimación del tamaño de la población

	Estimación del tamaño de la población	Año en que se realizó la estimación
Caribe		
Jamaica	38 138	2011
Europa oriental y Asia central		
Armenia	6600	2010
Azerbaiyán	6572	2011
Belarús	55 000	2012
Kazajstán	31 940	2012
República de Moldova	22 285	2011
América Latina		
Argentina	300 000	2012
El Salvador	19 688	2011
Guatemala	109 152	2011
Nicaragua	40 956	2012
Panamá	[30 335–43 336]	2012
Paraguay	24 159	2011
Perú	435 426	2010
Oriente Medio y África del Norte		
Egipto	48 000	2011
Marruecos	44 000	2010
Túnez	28 000	2012
América del Norte		
Canadá	369 532 [312 681–426 384]	2011
Asia meridional y sudoriental		
Bangladesh	[21 833–110 581]	2010

	Estimación del tamaño de la población	Año en que se realizó la estimación
Nepal	256 600	2011
Sri Lanka	31 000	2010
Tailandia	550 571	2012
Viet Nam	285 388	2011
África subsahariana		
Benin	1382	2012
Comoras	66	2012
Gambia	150	2009
Ghana	30 583	2011
Guinea	613	2012
Guinea-Bissau	7048	2012
Kenya	13 000	2012
Liberia	711	2011
Mauricio	9000	2012
Níger	10 205	2012
Nigeria	25 476	2012
Senegal	1840	2012
Seychelles	266	2011
Togo	751	2011
Europa occidental y central		
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	424 200	2011
Serbia	55 447	2011

Nota: el ONUSIDA no solicitó fuentes ni métodos para las estimaciones del tamaño de las poblaciones clave. Estos datos se presentan como reflejo del compromiso de los países que proporcionan informes relativos a las estimaciones de los tamaños poblacionales. El ONUSIDA no garantiza la precisión de estas estimaciones. En caso de que se usen de forma secundaria, dicho uso debe considerarse detenidamente.

REDUCIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

Porcentaje de hombres que informaron haber utilizado un preservativo la última vez que tuvieron sexo anal con otro hombre¹

	2009	2012
Caribe		
Cuba	52	59
Haití	73	73
Jamaica	73	77
República Dominicana	66	40
Asia oriental		
Mongolia	78	70
Europa oriental y Asia central		
Belarús	61	63
Georgia	62	73
Kazajstán	76	86
América Latina		
Brasil	48	60
Costa Rica	65	56
El Salvador	55	57
Guatemala	78	61
Honduras	47	71
Nicaragua	36	51
Panamá	86	48
Paraguay	63	74
Oriente Medio y África del Norte		
Egipto	13	20
Túnez	40	29
Oceanía		
Papua Nueva Guinea	51	63

	2009	2012
Asia meridional y sudoriental		
Bangladesh	31	26
Indonesia	57	60
Malasia	21	77
Nepal	75	75
Viet Nam	66	67
África subsahariana		
Burkina Faso	52	58
Camerún	43	57
Côte d'Ivoire	42	70
Senegal	76	76
Togo	72	47
Europa occidental y central		
Bosnia y Herzegovina	56	20
Bulgaria	70	66
Estonia	47	42
Ex República Yugoslava de Macedonia	56	49
Letonia	50	40
Lituania	47	48
Rumania	43	42
Serbia	67	58

Nota: los datos publicados en este anexo son solo los datos incluidos en el análisis de tendencias del texto, es decir, de países que informan un mínimo de 3 puntos de datos únicos desde 2007. Todos los datos informados por los países están disponibles en la base de datos en línea de AIDSinfo (www.aidsinfoonline.org).

¹ Para conocer la definición del indicador, diríjase a <http://www.indicatorregistry.org/node/664>.

REDUCIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que viven con el VIH¹

	2009	2012
Caribe		
Cuba	0,7	7,4
Jamaica	31,8	37,6
República Dominicana	10,7	7,1
Asia oriental		
Mongolia	1,8	10,7
Europa oriental y Asia central		
Belarús	2,7	1,3
Georgia	3,6	13,0
Kazajstán	0,3	0,6
América Latina		
Argentina	11,8	15,7
Brasil	12,6	10,5
Costa Rica	12,7	10,9
El Salvador	9,8	10,2
Guatemala	7,6	13,3
Guyana	19,4	19,4
Honduras	6,6	6,8
Nicaragua	4,2	6,6
Perú	10,1	12,4
Oriente Medio y África del Norte		
Egipto	5,6	4,1

	2009	2012
Líbano	1,0	1,2
Túnez	4,8	10,1
Asia meridional y sudoriental		
Indonesia	5,2	8,5
Malasia	3,9	12,6
República Democrática Popular Lao	5,6	18,2
Tailandia	13,5	7,1
Viet Nam	16,7	16,7
África subsahariana		
Côte d'Ivoire	24,5	18,8
Sudáfrica	13,2	9,9
Europa occidental y central		
Bosnia y Herzegovina	0,7	1,2
Bulgaria	3,3	0,6
Letonia	4,0	7,8
Lituania	0	2,6
Ex República Yugoslava de Macedonia	2,8	0,5
Rumania	4,4	5,0
Serbia	6,1	4,4

Nota: Los datos publicados en este anexo son solo los datos incluidos en el análisis de tendencias del texto, es decir, de países que informan un mínimo de 3 puntos de datos únicos desde 2007. Todos los datos informados por los países están disponibles en la base de datos en línea de AIDSinfo (www.aidsinfoonline.org).

¹ Para conocer la definición del indicador, diríjase a <http://www.indicatorregistry.org/node/850>.

REDUCIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

Personas que se inyectan drogas: estimación del tamaño de la población

	Estimación del tamaño de la población	Año en que se realizó la estimación
Europa oriental y Asia central		
Armenia	12 700	2010
Azerbaiyán	71 283	2011
Belarús	75 000	2012
Kazajstán	116 840	2012
República de Moldova	31 562	2011
Tayikistán	25 000	2009
América Latina		
México	164 157	2011
Oriente Medio y África del Norte		
Egipto	100 000	2011
Marruecos	5000	2012
Túnez	9000	2012
América del Norte		
Canadá	112 930 [89 432–135 591]	2011
Asia meridional y sudoriental		
Bangladesh	[21 800–23 800]	2009
Nepal	31 308	2011
Pakistán	914 000	2009

	Estimación del tamaño de la población	Año en que se realizó la estimación
Sri Lanka	1200	2012
Tailandia	40 300	2011
Viet Nam	217 432	2011
África subsahariana		
Benin	35	2012
Cabo Verde	15	2011
Kenya	18 327	2012
Liberia	457	2011
Madagascar	14 445	2011
Mauricio	10 000	2011
Níger	670	2012
Nigeria	11 692	2012
Senegal	1324	2011
Seychelles	345	2011
Togo	390	2011
Europa occidental y central		
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	547 500	2011
Rumania	19 265	2011
Serbia	30 383	2011

Nota: el ONUSIDA no solicitó fuentes ni métodos para las estimaciones del tamaño de las poblaciones clave. Estos datos se presentan como reflejo del compromiso de los países que proporcionan informes relativos a las estimaciones de los tamaños poblacionales. El ONUSIDA no garantiza la precisión de estas estimaciones. En caso de que se usen de forma secundaria, dicho uso debe considerarse detenidamente.

REDUCIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

Número de jeringas distribuidas por persona que se inyecta drogas por año por programas de distribución de agujas y jeringas¹

	2010	2011	2012
Asia oriental			
China	...	180	193
Europa oriental y Asia central			
Armenia	16	28	28
Azerbaiyán	...	49	37
Belarús	47	48	21
Georgia	27	22	23
Kazajstán	176	154	190
Kirguistán	...	151	253
República de Moldova	66	58	60
Tayikistán	104	88	199
Ucrania	62	75	...
Uzbekistán	...	173	124
América Latina			
México	3	7	12
Oriente Medio y África del Norte			
Irán (República Islámica del)	...	30	74
Marruecos	...	13	45
Túnez	...	15	9
Oceanía			
Australia	...	203	203
Nueva Zelanda	...	277	...
Asia meridional y sudoriental			
Afganistán	35	80	119
Bangladesh	214	264	237
Camboya	44	120	35
India	228	387	163
Indonesia	10	7	22
Malasia	17	116	94
Myanmar	92	118	116
Nepal	57	71	36

REDUCIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

Número de jeringas distribuidas por persona que se inyecta drogas por año por programas de distribución de agujas y jeringas¹

	2010	2011	2012
Pakistán	...	42	98
República Democrática Popular Lao	...	...	182
Tailandia	...	10	12
Viet Nam	141	140	180
África subsahariana			
Madagascar	...	543	632
Mauricio	52	31	28
Senegal	...	10	6
Europa occidental y central			
Albania	...	90	...
Bosnia y Herzegovina	51	26	51
Bulgaria	...	34	34
Chipre	...	<1	...
Estonia	...	153	...
Ex República Yugoslava de Macedonia	49	23	28
Finlandia	...	202	...
Grecia	...	7	56
Hungría	66	114	74
Letonia	17	19	...
Lituania	...	32	...
Luxemburgo	...	124	...
Malta	...	302	...
Noruega	...	254	...
Polonia	...	78	47
República Checa	...	202	...
Rumania	55	49	52
Serbia	26	69	38
Suecia	...	214	...
Suiza	...	88	...

¹ Para conocer la definición del indicador, diríjase a <http://www.indicatorregistry.org/node/851>.

REDUCIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

Porcentaje de personas que se inyectan drogas que informaron haber usado un preservativo en su última relación sexual¹

	2009	2012
Europa oriental y Asia central		
Belarús	59	53
Georgia	78	34
Kazajstán	46	51
Kirguistán	53	49
República de Moldova	36	23
Tayikistán	28	52
Uzbekistán	26	43
América Latina		
Brasil	70	41
México	28	58
Paraguay	22	45
Oriente Medio y África del Norte		
Irán (República Islámica del)	33	15
Marruecos	13	31
Túnez	35	19
América del Norte		
Canadá	39	36
Oceanía		
Australia	27	19

	2009	2012
Asia meridional y sudoriental		
Afganistán	35	23
Bangladesh	43	45
Indonesia	36	52
Malasia	28	27
Nepal	51	47
Pakistán	31	23
Tailandia	42	49
Viet Nam	52	49
África subsahariana		
Benin	30	53
Mauricio	31	25
Europa occidental y central		
Bosnia y Herzegovina	30	31
Bulgaria	38	59
Estonia	66	36
Ex República Yugoslava de Macedonia	51	54
Rumania	17	56
Serbia	29	31
Suecia	7	8
Suiza	50	48

Nota: los datos publicados en este anexo son solo los datos incluidos en el análisis de tendencias del texto, es decir, de países que informan un mínimo de 3 puntos de datos únicos desde 2007. Todos los datos informados por los países están disponibles en la base de datos en línea de AIDSinfo (www.aidsinfoonline.org).

¹ Para conocer la definición del indicador, diríjase a <http://www.indicatorregistry.org/node/852>.

REDUCIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

Porcentaje de personas que se inyectan drogas que informaron haber usado material de inyección estéril la última vez que se inyectaron¹

	2009	2012
Europa oriental y Asia central		
Belarús	87	89
Georgia	48	83
Kazajstán	63	58
República de Moldova	99	100
Tayikistán	63	94
Uzbekistán	82	80
América Latina		
Brasil	54	54
México	40	41
Paraguay	71	92
Oriente Medio y África del Norte		
Irán (República Islámica del)	74	92
Marruecos	7	67
Túnez	78	88
Oceanía		
Australia	80	79

	2009	2012
Asia meridional y sudoriental		
Afganistán	94	78
Bangladesh	32	36
Indonesia	88	87
Malasia	83	98
Nepal	99	95
Pakistán	77	66
Tailandia	63	80
Viet Nam	95	96
África subsahariana		
Benin	31	71
Mauricio	72	89
Europa occidental y central		
Albania	82	75
Bosnia y Herzegovina	87	92
Ex República Yugoslava de Macedonia	73	92
Lituania	98	77
Montenegro	24	95
Rumania	85	16
Serbia	80	85
Suecia	58	65

Nota: los datos publicados en este anexo son solo los datos incluidos en el análisis de tendencias del texto, es decir, de países que informan un mínimo de 3 puntos de datos únicos desde 2007. Todos los datos informados por los países están disponibles en la base de datos en línea de AIDSinfo (www.aidsinfoonline.org).

¹ Para conocer la definición del indicador, dirijase a <http://www.indicatorregistry.org/node/853>.

REDUCIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

Porcentaje de personas que se inyectan drogas que viven con el VIH¹

	2009	2012
Europa oriental y Asia central		
Belarús	13,7	17,1
Georgia	2,2	3,0
Kazajstán	2,9	4,0
Kirguistán	14,3	14,6
República de Moldova	16,4	7,9
Tayikistán	17,6	13,5
América Latina		
Brasil	5,9	5,9
México	5,0	5,8
Oriente Medio y África del Norte		
Irán (República Islámica del)	14,3	13,6
Marruecos	2,1	11,4
Túnez	3,1	3,0
América del Norte		
Canadá	12,7	10,9
Oceanía		
Australia	1,5	1,2
Nueva Zelanda	0,3	0,4
Asia meridional y sudoriental		
Afganistán	7,1	4,4
Bangladesh	1,6	1,1
Indonesia	52,4	36,4

	2009	2012
Malasia	22,1	18,9
Myanmar	36,3	18,0
Nepal	20,7	6,3
Pakistán	20,8	27,2
Tailandia	38,7	25,2
Viet Nam	18,4	11,6
África subsahariana		
Mauricio	47,1	51,6
Europa occidental y central		
Albania	0	0,5
Bosnia y Herzegovina	0,4	0,3
Bulgaria	6,8	7,0
Estonia	62,5	52,4
Ex República Yugoslava de Macedonia	0,8	0
Letonia	22,6	11,2
Lituania	8,0	4,6
Luxemburgo	1,8	2,4
Montenegro	0	0,3
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	1,6	1,0
Rumania	1,1	6,9
Serbia	4,8	1,7
Suiza	10,9	7,3

Nota: los datos publicados en este anexo son solo los datos incluidos en el análisis de tendencias del texto, es decir, de países que informan un mínimo de 3 puntos de datos únicos desde 2007. Todos los datos informados por los países están disponibles en la base de datos en línea de AIDSinfo (www.aidsinfoonline.org).

¹ Para conocer la definición del indicador, diríjase a <http://www.indicatorregistry.org/node/855>.

ELIMINAR LAS INFECCIONES POR EL VIH EN LOS NIÑOS Y REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO O EL PUERPERIO

Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres VIH-positivas que recibieron una prueba virológica del VIH en el transcurso de los 2 meses desde el parto^{1,2}

	2012
Caribe	
Antigua y Barbuda	14
Bahamas	90
Haití	70
República Dominicana	44
Santa Lucía	50
San Vicente y las Granadinas	74
Trinidad y Tobago	27
Asia oriental	
China	34
Mongolia	100
Europa oriental y Asia central	
Armenia	54
Azerbaiyán	97
Belarús	78
Georgia	100
Kazajstán	98
Kirguistán	15
República de Moldova	95
Uzbekistán	45
América Latina	
Argentina	70
Brasil	21
Chile	97
Colombia	68
Costa Rica	100
Ecuador	90

	2012
El Salvador	11
Guatemala	14
Guyana	39
Honduras	39
Nicaragua	55
Panamá	35
Paraguay	43
Perú	17
Uruguay	100
Venezuela (República Bolivariana de)	26
Oriente Medio y África del Norte	
Argelia	100
Djibouti	28
Emiratos Árabes Unidos	100
Egipto	100
Irán (República Islámica del)	46
Libano	9
Marruecos	47
Omán	52
Túnez	7
Yemen	20
Oceanía	
Australia	100
Fiji	71
Micronesia (Estados Federados de)	0
Nueva Zelanda	100
Papua Nueva Guinea	31

ELIMINAR LAS INFECCIONES POR EL VIH EN LOS NIÑOS Y REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO O EL PUERPERIO

Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres VIH-positivas que recibieron una prueba virológica del VIH en el transcurso de los 2 meses desde el parto^{1,2}

	2012		2012
Samoa	1	Guinea	0
Asia meridional y sudoriental		Kenya	39
Camboya	33	Liberia	93
Filipinas	3	Madagascar	0
Malasia	100	Malawi	4
Myanmar	7	Malí	19
Pakistán	0	Mauricio	18
República Democrática Popular Lao	7	Mozambique	35
Sri Lanka	40	Namibia	62
Tailandia	77	República Democrática del Congo	3
Viet Nam	24	República Unida de Tanzania	32
África subsahariana		Rwanda	75
Angola	9	Senegal	10
Benin	26	Sierra Leona	3
Botswana	39	Togo	13
Burkina Faso	40	Zambia	74
Burundi	8	Zimbabwe	36
Camerún	46	Europa occidental y central	
Cabo Verde	63	Albania	0
Chad	3	Bosnia y Herzegovina	100
Comoras	0	Bulgaria	100
Congo	8	Eslovaquia	100
Côte d'Ivoire	15	España	100
Etiopía	19	Polonia	100
Gabón	47	Rumania	96
Ghana	16	Serbia	100

¹ Para conocer la definición del indicador, dirjase a <http://www.indicatorregistry.org/node/857>.

² Sobre la base de los datos informados por los países en el Informe mundial de avances en la lucha contra el sida de 2013.

ELIMINAR LAS INFECCIONES POR EL VIH EN LOS NIÑOS Y REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO O EL PUERPERIO

Nuevas infecciones por el VIH en los niños

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Caribe	3500	3000	4000	<500	<500	<1000
Bahamas
Barbados
Cuba
Haití	2500	2100	2900	<500	<500	<1000
Jamaica
República Dominicana
Trinidad y Tobago
Asia oriental	1000	<1000	1500	1500	<1000	3300
China ¹
Japón
Mongolia
República de Corea
República Popular Democrática de Corea
Europa oriental y Asia central	3700	2900	4700	<1000	<500	1200
Armenia
Azerbaiyán
Belarús
Federación de Rusia
Georgia
Kazajstán
Kirguistán
República de Moldova
Tayikistán
Ucrania
Uzbekistán
América Latina	7400	6000	9000	2000	<1000	4600
Argentina
Belize

ELIMINAR LAS INFECCIONES POR EL VIH EN LOS NIÑOS Y REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO O EL PUERPERIO

Nuevas infecciones por el VIH en los niños

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Bolivia (Estado Plurinacional de)
Brasil
Chile
Colombia
Costa Rica
Ecuador
El Salvador
Guatemala
Guyana
Honduras
México
Nicaragua
Panamá
Paraguay
Perú
Suriname
Uruguay
Venezuela (República Bolivariana de)
Oriente Medio y África del Norte	2600	1700	4200	3000	2000	4600
Argelia
Djibouti	<200	<200	<500	<200	<100	<200
Egipto
Irán (República Islámica del)
Líbano
Marruecos
Omán
Somalia
Sudán

ELIMINAR LAS INFECCIONES POR EL VIH EN LOS NIÑOS Y REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO O EL PUERPERIO

Nuevas infecciones por el VIH en los niños

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Túnez
Yemen
América del Norte	<200	<200	<500	<200	<200	<500
Canadá
Estados Unidos de América
Oceanía	<500	<500	<1000	<500	<200	<500
Australia
Fiji
Nueva Zelanda
Papua Nueva Guinea	<500	<500	<1000	<500	<200	<500
Asia meridional y sudoriental	30 000	26 000	42 000	21 000	16 000	32 000
Afganistán
Bangladesh
Bhután
Camboya
Filipinas
India ¹
Indonesia
Malasia
Maldivas
Myanmar
Nepal
Pakistán
República Democrática Popular Lao
Singapur
Sri Lanka
Tailandia
Viet Nam

ELIMINAR LAS INFECCIONES POR EL VIH EN LOS NIÑOS Y REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO O EL PUERPERIO

Nuevas infecciones por el VIH en los niños

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
África subsahariana	500 000	460 000	560 000	230 000	200 000	280 000
Angola	3600	2600	5300	5100	4000	6600
Benin	1500	1300	1800	<1000	<1000	<1000
Botswana	3200	2900	3500	<500	<500	<1000
Burkina Faso	4600	3800	5500	1300	<1000	1800
Burundi	3600	3000	4500	1300	<1000	1800
Camerún	9700	8500	11 000	5800	4600	7100
Cabo Verde	...	...	...	...	...	...
Chad	5200	4300	6200	4100	3200	5500
Comoras	...	...	...	...	...	...
Congo	2300	2000	2600	1300	1100	1500
Côte d'Ivoire	13 000	11 000	15 000	4700	3400	6400
Eritrea	<1000	<500	<1000	<200	<100	<500
Etiopía	39 000	33 000	45 000	9500	7300	12 000
Gabón	<1000	<1000	<1000	<500	<200	<500
Gambia	...	...	...	...	...	...
Ghana	5200	4400	6200	<1000	<1000	1500
Guinea	...	...	...	...	...	...
Guinea-Bissau	<1000	<500	<1000	<1000	<1000	1200
Guinea Ecuatorial	...	...	...	...	...	...
Kenya	40 000	35 000	45 000	13 000	10 000	17 000
Lesotho	6100	5500	6600	3700	3100	4300
Liberia	<1000	<1000	<1000	<500	<200	<500
Madagascar	...	...	...	...	...	...
Malawi	28 000	25 000	31 000	11 000	8200	14 000
Malí	...	...	...	...	...	...
Mauritania	...	...	...	...	...	...

ELIMINAR LAS INFECCIONES POR EL VIH EN LOS NIÑOS Y REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO O EL PUERPERIO

Nuevas infecciones por el VIH en los niños

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Mauricio	...	...	...	...	...	...
Mozambique	21 000	19 000	25 000	14 000	11 000	20 000
Namibia	3100	2600	3700	<1000	<1000	1200
Níger	...	...	...	...	...	...
Nigeria	58 000	48 000	70 000	59 000	49 000	70 000
República Centroafricana	...	...	...	...	...	...
República Democrática del Congo	14 000	12 000	16 000	11 000	9300	12 000
República Unida de Tanzania	42 000	37 000	48 000	14 000	8600	21 000
Rwanda	6400	5600	7300	<1000	<500	1500
Santo Tomé y Príncipe	...	...	...	...	...	...
Senegal	...	...	...	...	...	...
Sierra Leona	<1000	<500	<1000	<500	<500	<1000
Sudáfrica	75 000	67 000	82 000	21 000	19 000	32 000
Sudán del Sur	...	...	...	...	...	...
Swazilandia	3600	3200	3900	1600	1300	2000
Togo	3000	2400	3600	<1000	<500	1200
Uganda	25 000	21 000	30 000	15 000	10 000	22 000
Zambia	27 000	24 000	30 000	9400	8300	11 000
Zimbabwe	37 000	34 000	41 000	9300	7000	12 000
Europa occidental y central	...	...	...	<200	<100	<200
Alemania	...	...	...	...	...	...
Austria	...	...	...	...	...	...
Bélgica	...	...	...	...	...	...
Bulgaria	...	...	...	...	...	...
Croacia	...	...	...	...	...	...
Dinamarca	...	...	...	...	...	...
Eslovaquia	...	...	...	...	...	...
Eslovenia	...	...	...	...	...	...

ELIMINAR LAS INFECCIONES POR EL VIH EN LOS NIÑOS Y REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO O EL PUERPERIO

Nuevas infecciones por el VIH en los niños

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
España
Estonia
Finlandia
Francia
Grecia
Hungría
Islandia
Irlanda
Israel
Italia
Letonia
Lituania
Luxemburgo
Malta
Noruega
Países Bajos
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
República Checa
Polonia
Portugal
Rumania
Serbia
Suecia
Suiza
Turquía
MUNDIAL	550 000	500 000	620 000	260 000	230 000	320 000

¹ Las estimaciones para China y la India se basan en las estimaciones nacionales de 2011.

ELIMINAR LAS INFECCIONES POR EL VIH EN LOS NIÑOS Y REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO O EL PUERPERIO

Prevención de la transmisión materno infantil del VIH,¹ 2012

Número de mujeres embarazadas que viven con el VIH que recibieron medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil²

Número estimado de mujeres embarazadas que viven con el VIH que necesitan medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil

Porcentaje estimado de mujeres embarazadas que viven con el VIH que recibieron medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil

		estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Caribe	6913	6700	5700	7700	>95	89	>95
Bahamas	87	...	...	...	...	...	...
Barbados	24	...	...	...	...	...	...
Cuba	106	...	...	...	...	...	...
Haití	4889	5000	4200	5700	>95	85	>95
Jamaica	295	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	1300	...	...	...	...	...	...
Trinidad y Tobago	212	...	...	...	...	...	...
Asia oriental	2361	9000	5900	14 000	26	17	42
China ³	...	...	...	...	...	...	...
Japón	...	...	...	...	...	...	...
Mongolia	5	...	...	...	...	...	...
República de Corea	...	...	...	...	...	...	...
República Popular Democrática de Corea	...	...	...	...	...	...	...
Europa oriental y Asia central	19 619	12 000	8800	17 000	>95	>95	>95
Armenia	13	...	...	...	...	...	...
Azerbaiyán	35	...	...	...	...	...	...
Belarús	203	...	...	...	...	...	...
Federación de Rusia	...	...	...	...	...	...	...
Georgia	24	...	...	...	...	...	...
Kazajstán	302	...	...	...	...	...	...
Kirguistán	111	...	...	...	...	...	...
República de Moldova	141	...	...	...	...	...	...
Tayikistán	62	...	...	...	...	...	...
Ucrania	5220	...	...	...	...	...	...

ELIMINAR LAS INFECCIONES POR EL VIH EN LOS NIÑOS Y REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO O EL PUERPERIO

Prevención de la transmisión materno infantil del VIH,¹ 2012

Número de mujeres embarazadas que viven con el VIH que recibieron medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil²

Número estimado de mujeres embarazadas que viven con el VIH que necesitan medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil

Porcentaje estimado de mujeres embarazadas que viven con el VIH que recibieron medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil

		estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Uzbekistán	508	...	...	...	...	...	...
América Latina	14 810	18 000	13 000	26 000	83	61	>95
Argentina	1612	...	...	...	...	...	...
Belice	40	...	...	...	...	...	...
Bolivia (Estado Plurinacional de)	163	...	...	...	...	...	...
Brasil	...	...	...	...	...	...	...
Chile	157	...	...	...	...	...	...
Colombia	854	...	...	...	...	...	...
Costa Rica	37	...	...	...	...	...	...
Ecuador	550	...	...	...	...	...	...
El Salvador	166	...	...	...	...	...	...
Guatemala	252	...	...	...	...	...	...
Guyana	152	...	...	...	...	...	...
Honduras	238	...	...	...	...	...	...
México	773	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	141	...	...	...	...	...	...
Panamá	187	...	...	...	...	...	...
Paraguay	215	...	...	...	...	...	...
Perú	696	...	...	...	...	...	...
Suriname	107	...	...	...	...	...	...
Uruguay	139	...	...	...	...	...	...
Venezuela (República Bolivariana de)	690	...	...	...	...	...	...
Oriente Medio y África del Norte	710	8400	5900	13 000	8	6	13
Argelia	121	...	...	...	...	...	...
Djibouti	63	<500	<500	<500	20	15	26

ELIMINAR LAS INFECCIONES POR EL VIH EN LOS NIÑOS Y REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO O EL PUERPERIO

Prevención de la transmisión materno infantil del VIH,¹ 2012

Número de mujeres embarazadas que viven con el VIH que recibieron medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil²

Número estimado de mujeres embarazadas que viven con el VIH que necesitan medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil

Porcentaje estimado de mujeres embarazadas que viven con el VIH que recibieron medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil

		estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Egipto	9	...	...	...	...	...	...
Irán (República Islámica del)	115	...	...	...	...	...	...
Líbano	5	...	...	...	...	...	...
Marruecos	195	...	...	...	...	...	...
Omán	22	...	...	...	...	...	...
Somalia	57	...	...	...	...	...	...
Sudán	90	...	...	...	...	...	...
Túnez	9	...	...	...	...	...	...
Yemen	20	...	...	...	...	...	...
América del Norte	...	6400	3600	11 000	>95	55	>95
Canadá	...	...	...	...	...	...	...
Estados Unidos de América	...	...	...	...	...	...	...
Oceanía	496	1000	<1000	1300	49	38	63
Australia	...	...	...	...	...	...	...
Fiji	14	...	...	...	...	...	...
Nueva Zelandia	...	...	...	...	...	...	...
Papua Nueva Guinea	328	<1000	<1000	1100	39	29	51
Asia meridional y sudoriental	11 820	66 000	52 000	92 000	18	14	25
Afganistán	7	...	...	...	...	...	...
Bangladesh	16	...	...	...	...	...	...
Bhután	9	...	...	...	...	...	...
Camboya	1058	...	...	...	...	...	...
Filipinas	19	...	...	...	...	...	...
India ³	...	...	...	...	...	...	...
Indonesia	1048	...	...	...	...	...	...

ELIMINAR LAS INFECCIONES POR EL VIH EN LOS NIÑOS Y REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO O EL PUERPERIO

Prevención de la transmisión materno infantil del VIH,¹ 2012

Número de mujeres embarazadas que viven con el VIH que recibieron medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil²

Número estimado de mujeres embarazadas que viven con el VIH que necesitan medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil

Porcentaje estimado de mujeres embarazadas que viven con el VIH que recibieron medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil

		estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Malasia	342	...	...	...	...	...	...
Maldivas		...	...	...	...	...	...
Myanmar	2890	...	...	...	...	...	...
Nepal	110	...	...	...	...	...	...
Pakistán	55	...	...	...	...	...	...
República Democrática Popular Lao	49	...	...	...	...	...	...
Singapur		...	...	...	...	...	...
Sri Lanka	5	...	...	...	...	...	...
Tailandia	4918	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	1294	...	...	...	...	...	...
África subsahariana	861 036	1 400 000	1 200 000	1 500 000	64	58	70
Angola	2656	15 000	12 000	19 000	17	14	22
Benin	1349	3400	2900	4000	40	34	47
Botswana	12 207	13 000	11 000	14 000	>95	86	>95
Burkina Faso	3582	5400	4400	6700	66	53	81
Burundi	2742	5100	3900	6500	54	41	69
Camerún	17 362	27 000	23 000	31 000	64	56	73
Cabo Verde	244	...	...	...	...	...	...
Chad	1680	12 000	10 000	16 000	14	11	18
Comoras	3	...	...	...	...	...	...
Congo	579	3100	2700	3500	19	17	22
Côte d'Ivoire	13 294	20 000	16 000	24 000	68	55	84
Eritrea	291	<1000	<500	<1000	46	34	69
Etiopía	15 828	38 000	32 000	46 000	41	35	49
Gabón	1064	1500	1300	1900	70	57	87
Gambia	1068	...	...	...	...	...	...

ELIMINAR LAS INFECCIONES POR EL VIH EN LOS NIÑOS Y REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO O EL PUERPERIO

Prevención de la transmisión materno infantil del VIH,¹ 2012

Número de mujeres embarazadas que viven con el VIH que recibieron medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil²

Número estimado de mujeres embarazadas que viven con el VIH que necesitan medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil

Porcentaje estimado de mujeres embarazadas que viven con el VIH que recibieron medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil

		estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Ghana	8957	9500	7800	11 000	95	77	>95
Guinea	2755	6300	5000	8000	44	34	55
Guinea-Bissau	738	2200	1600	3100	33	25	46
Guinea Ecuatorial	340	...	...	...	...	...	...
Kenya	45 397	86 000	76 000	97 000	53	47	60
Lesotho	9153	16 000	14 000	17 000	58	52	64
Liberia	850	<1000	<1000	1300	87	69	>95
Madagascar	77	...	...	...	...	...	...
Malawi	40 770	68 000	61 000	75 000	60	54	67
Malí	3339	...	...	...	...	...	...
Mauritania	554	...	...	...	...	...	...
Mauricio	95	...	...	...	...	...	...
Mozambique	80 779	94 000	81 000	110 000	86	74	>95
Namibia	7619	8100	6700	9700	94	78	>95
Níger	707	...	...	...	...	...	...
Nigeria	33 323	200 000	170 000	230 000	17	15	19
República Centrafricana	...	...	...	...	...	...	...
República Democrática del Congo	4176	32 000	28 000	37 000	13	11	15
República Unida de Tanzania	73 955	97 000	83 000	110 000	77	66	89
Rwanda	9057	10 000	9000	12 000	87	75	>95
Santo Tomé y Príncipe	36	...	...	...	...	...	...
Senegal	1000	...	...	...	...	...	...
Sierra Leona	3018	3200	2300	4800	93	67	>95
Sudáfrica	234 952	280 000	260 000	310 000	83	75	90

ELIMINAR LAS INFECCIONES POR EL VIH EN LOS NIÑOS Y REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO O EL PUERPERIO

Prevención de la transmisión materno infantil del VIH,¹ 2012

Número de mujeres embarazadas que viven con el VIH que recibieron medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil²

Número estimado de mujeres embarazadas que viven con el VIH que necesitan medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil

Porcentaje estimado de mujeres embarazadas que viven con el VIH que recibieron medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil

		estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Sudán del Sur	1002	7500	4600	12 000	13	8	21
Swazilandia	10 167	12 000	11 000	13 000	83	75	92
Togo	4411	5100	4200	6300	86	70	>95
Uganda	73 870	100 000	88 000	120 000	72	62	86
Zambia	76 963	79 000	71 000	88 000	>95	87	>95
Zimbabwe	55 849	68 000	60 000	76 000	82	72	91
Europa occidental y central	...	4800	4000	5800	>95	81	>95
Alemania	...	...	...	...	...	...	...
Austria	...	...	...	...	...	...	...
Bélgica	...	...	...	...	...	...	...
Bulgaria	...	...	...	...	...	...	...
Croacia	...	...	...	...	...	...	...
Dinamarca	...	...	...	...	...	...	...
Eslovaquia	...	...	...	...	...	...	...
Eslovenia	...	...	...	...	...	...	...
España	...	...	...	...	...	...	...
Estonia	...	...	...	...	...	...	...
Finlandia	...	...	...	...	...	...	...
Francia	...	...	...	...	...	...	...
Grecia	...	...	...	...	...	...	...
Hungría	...	...	...	...	...	...	...
Islandia	...	...	...	...	...	...	...
Irlanda	...	...	...	...	...	...	...
Israel	...	...	...	...	...	...	...
Italia	...	...	...	...	...	...	...

ELIMINAR LAS INFECCIONES POR EL VIH EN LOS NIÑOS Y REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO O EL PUERPERIO

Prevención de la transmisión materno infantil del VIH,¹ 2012

	Número de mujeres embarazadas que viven con el VIH que recibieron medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil ²	Número estimado de mujeres embarazadas que viven con el VIH que necesitan medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil			Porcentaje estimado de mujeres embarazadas que viven con el VIH que recibieron medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil		
		estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Letonia
Lituania
Luxemburgo
Malta
Noruega
Países Bajos
Polonia
Portugal
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
República Checa
Rumania
Serbia
Suecia
Suiza
Turquía
Países de ingresos bajos y medios	928 883	1 500 000	1 300 000	1 600 000	62	57	70

¹ Para conocer la definición del indicador, dirijase a <http://www.indicatorregistry.org/node/856>. El indicador no incluye a las mujeres que recibieron una dosis única de nevirapina.

² El número de mujeres que recibieron medicamentos antirretrovirales se basa en los archivos nacionales de Spectrum. Para los países que no tienen archivos nacionales de Spectrum, se incluyen los valores notificados en el Informe mundial de avances en la lucha contra el sida.

³ Las estimaciones para China y la India se basan en las estimaciones nacionales de 2011.

PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS
A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

Retención de 12 meses con tratamiento antirretroviral,¹ 2012

	Porcentaje de adultos y niños con VIH que continúan con el tratamiento 12 meses después de iniciar el tratamiento antirretroviral	Número total de adultos y niños en la cohorte o el estudio que iniciaron el tratamiento antirretroviral
Caribe		
Antigua y Barbuda	92	269
Bahamas	53	93
Barbados	83	119
Cuba	95	1497
Haití	75	6532
Jamaica	74	665
Saint Kitts y Nevis	33	6
Santa Lucía	81	21
San Vicente y las Granadinas	75	32
Trinidad y Tobago	92	477
Asia oriental		
China	86	46 170
Mongolia	88	17
Europa oriental y Asia central		
Armenia	84	106
Azerbaiyán	70	345
Belarús	79	1136
Georgia	86	435
Kazajstán	81	852
Kirguistán	73	229
República de Moldova	82	530
Tayikistán	74	395
Ucrania	84	6555
Uzbekistán	90	1624
América Latina		
Bolivia (Estado Plurinacional de)	67	264
Brasil	80	41 663
Chile	97	343

PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS
A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

Retención de 12 meses con tratamiento antirretroviral,¹ 2012

	Porcentaje de adultos y niños con VIH que continúan con el tratamiento 12 meses después de iniciar el tratamiento antirretroviral	Número total de adultos y niños en la cohorte o el estudio que iniciaron el tratamiento antirretroviral
Colombia	53	22 912
Ecuador	85	10 630
El Salvador	87	1163
Guatemala	82	1966
Guyana	81	545
Honduras	89	1077
México	92	16 971
Nicaragua	74	562
Paraguay	87	721
Suriname	67	277
Uruguay	72	523
Venezuela (República Bolivariana de)	94	43 032
Oriente Medio y África del Norte		
Argelia	89	706
Bahrein	100	22
Djibouti	93	93
Egipto	93	251
Irán (República Islámica del)	83	1106
Líbano	85	89
Marruecos	91	575
Omán	78	120
Somalia	74	239
Sudán	64	673
Túnez	92	47
Yemen	80	94
Oceanía		
Fiji	89	18
Islas Salomón	100	1
Nueva Zelanda	100	210
Palau	100	3

PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS
A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

Retención de 12 meses con tratamiento antirretroviral,¹ 2012

	Porcentaje de adultos y niños con VIH que continúan con el tratamiento 12 meses después de iniciar el tratamiento antirretroviral	Número total de adultos y niños en la cohorte o el estudio que iniciaron el tratamiento antirretroviral
Papua Nueva Guinea	83	1006
Asia meridional y sudoriental		
Afganistán	100	30
Bangladesh	91	534
Brunei Darussalam	83	6
Camboya	87	3677
Filipinas	87	107
Indonesia	66	6085
Malasia	96	3236
Maldivas	86	7
República Democrática Popular Lao	86	524
Sri Lanka	76	80
Tailandia	82	20 733
Viet Nam	83	7015
África subsahariana		
Botswana	86	14 927
Burundi	91	4614
Camerún	61	3360
Cabo Verde	96	904
Chad	68	10 546
Comoras	80	5
Côte d'Ivoire	60	16 077
Etiopía	83	6943
Gambia	86	1278
Ghana	95	73 339
Guinea	72	1184
Guinea-Bissau	72	1922
Guinea Ecuatorial	61	500

PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS
A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

Retención de 12 meses con tratamiento antirretroviral,¹ 2012

	Porcentaje de adultos y niños con VIH que continúan con el tratamiento 12 meses después de iniciar el tratamiento antirretroviral	Número total de adultos y niños en la cohorte o el estudio que iniciaron el tratamiento antirretroviral
Kenya	92	47 564
Lesotho	72	18 875
Madagascar	73	116
Malawi	79	114 122
Malí	64	14 678
Mauritania	89	208
Mauricio	72	462
Mozambique	74	2210
Namibia	83	17 485
Níger	75	2268
Nigeria	78	111 418
República Democrática del Congo	79	836
Santo Tomé y Príncipe	77	56
Seychelles	81	104
Sierra Leona	70	...
Sudán del Sur	71	...
Swazilandia	89	14 496
Togo	82	6509
Zambia	80	144 854
Zimbabwe	85	8044
Europa occidental y central		
Bosnia y Herzegovina	100	22
Bulgaria	71	93
Eslovaquia	92	153
Ex República Yugoslava de Macedonia	93	45
Lituania	95	291
Montenegro	80	5
Rumania	91	553

¹ Para conocer la definición del indicador, dirijase a <http://www.indicatorregistry.org/node/860>.

PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

Número estimado de adultos que reciben y necesitan tratamiento antirretroviral, y cobertura,¹ 2012

	Número informado de adultos con tratamiento antirretroviral ³	Número estimado de adultos que necesitan tratamiento antirretroviral según las guías de la OMS de 2010 ²			Cobertura estimada del tratamiento antirretroviral según las guías de la OMS de 2010 ²		
		estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Caribe	80 190	120 000	110 000	130 000	72	67	78
Bahamas	921	3700	3600	3900	74	72	77
Barbados	1004	<1000	<1000	1100	>95	>95	>95
Cuba	8074	3900	2900	5800	>95	>95	>95
Haití	40 964	65 000	61 000	71 000	63	58	68
Jamaica	10 014	15 000	13 000	17 000	68	60	77
República Dominicana	21 138	27 000	25 000	30 000	78	72	86
Trinidad y Tobago	5407	7500	7200	7800	72	69	75
Asia oriental	151 572	350 000	290 000	440 000	47	39	60
China ⁴	151 519	...	...	...	...	...	...
Japón	...	...	...	...	...	...	...
Mongolia	...	...	...	...	...	...	...
República de Corea	...	...	...	...	...	...	...
República Popular Democrática de Corea	...	...	...	...	...	...	...
Europa oriental y Asia central	176 760	510 000	430 000	580 000	35	30	41
Armenia	436	1300	<1000	1800	34	25	48
Azerbaiyán	885	3800	3000	4800	24	19	31
Belarús	4120	9400	8700	10 000	44	40	48
Federación de Rusia	...	...	...	...	...	...	...
Georgia	1598	2300	1900	3100	71	60	>95
Kazajstán	2338	...	...	...	...	...	...
Kirguistán	457	2200	1600	3300	20	14	30
República de Moldova	2012	7200	6100	8700	28	24	34
Tayikistán	895	3400	2200	5500	27	18	44
Ucrania	38 082	100 000	89 000	110 000	39	35	45
Uzbekistán	3491	11 000	9200	15 000	31	25	39
América Latina	619 104	790 000	700 000	920 000	75	67	87
Argentina	47 725	59 000	52 000	66 000	81	71	90

PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS
A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

Número estimado de adultos que reciben y necesitan tratamiento antirretroviral, y cobertura,¹ 2012

	Número informado de adultos con tratamiento antirretroviral ³	Número estimado de adultos que necesitan tratamiento antirretroviral según las guías de la OMS de 2010 ²			Cobertura estimada del tratamiento antirretroviral según las guías de la OMS de 2010 ²		
		estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Belice	1166	1600	1500	1700	73	68	77
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2278	6300	4300	9100	36	25	52
Brasil	307 025	...	320 000	370 000	...	81	93
Chile	18 898	22 000	17 000	29 000	86	67	>95
Colombia	33 148	60 000	52 000	82 000	51	41	65
Costa Rica	3631	5100	4800	5500	76	71	82
Ecuador	9080	21 000	16 000	32 000	42	32	63
El Salvador	6308	13 000	10 000	19 000	50	38	72
Guatemala	14 112	27 000	19 000	44 000	53	39	89
Guyana	3516	3800	2400	5400	93	58	>95
Honduras	8187	14 000	12 000	16 000	60	53	70
México	82 000	100 000	91 000	110 000	82	74	91
Nicaragua	2086	2900	2100	4200	72	52	>95
Panamá	5668	9200	7500	11 000	76	62	93
Paraguay	3606	5000	3400	7600	72	49	>95
Perú	27 007	36 000	23 000	74 000	60	39	>95
Suriname	1288	2000	1900	2100	65	62	70
Uruguay	3928	6100	5000	7700	64	52	81
Venezuela (República Bolivariana de)	42 060	59 000	46 000	79 000	72	56	>95
Oriente Medio y África del Norte	19 424	92 000	70 000	130 000	22	17	30
Argelia	3134	...	...	...	...	...	...
Djibouti	1442	4100	3400	4800	35	29	42
Egipto	954	2500	2300	7700	38	34	>95
Irán (República Islámica del)	3417	27 000	21 000	36 000	13	10	17
Líbano	536	...	...	...	...	...	...
Marruecos	5059	10 000	8400	13 000	48	39	61
Omán	731	...	...	...	...	...	...

PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

Número estimado de adultos que reciben y necesitan tratamiento antirretroviral, y cobertura,¹ 2012

	Número informado de adultos con tratamiento antirretroviral ³	Número estimado de adultos que necesitan tratamiento antirretroviral según las guías de la OMS de 2010 ²			Cobertura estimada del tratamiento antirretroviral según las guías de la OMS de 2010 ²		
		estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Somalia	1407	9500	6800	14 000	15	10	22
Sudán	2405	...	...	...	...	...	...
Túnez	443	<1000	<1000	1200	56	37	83
Yemen	703	4600	2500	12 000	15	8	42
América del Norte	...	880 000	730 000	1 100 000	91	76	>95
Canadá	...	...	...	...	...	...	...
Estados Unidos de América	...	...	...	...	...	...	...
Oceanía	11 169	28 000	24 000	31 000	>95	84	>95
Australia	...	...	...	...	...	...	...
Fiji	127	<500	<500	<500	42	35	52
Nueva Zelanda	...	...	...	...	...	...	...
Papua Nueva Guinea	11 042	13 000	11 000	15 000	84	73	>95
Asia meridional y sudoriental	1 028 036	1 800 000	1 500 000	2 300 000	52	42	65
Afganistán	150	1200	<1000	3500	9	4	26
Bangladesh	783	2900	1300	17 000	27	12	>95
Bhután	33	<500	<200	<1000	11	6	23
Camboya	44 318	54 000	39 000	95 000	82	60	>95
Filipinas	3459	4500	3500	6400	76	59	>95
India ⁴	570 620	1 000 000	880 000	1 100 000	51	44	57
Indonesia	29 960	170 000	120 000	240 000	18	12	25
Malasia	14 594	35 000	28 000	45 000	41	32	52
Maldivas	5	<100	<100	<100	27	22	35
Myanmar	49 676	110 000	95 000	120 000	46	41	51
Nepal	7168	22 000	19 000	27 000	33	28	40
Pakistán	2996	21 000	13 000	36 000	14	9	25
República Democrática Popular Lao	2212	4100	3700	4700	54	48	61
Singapur	...	...	...	...	...	...	...

PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS
A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

Número estimado de adultos que reciben y necesitan tratamiento antirretroviral, y cobertura,¹ 2012

	Número informado de adultos con tratamiento antirretroviral ³	Número estimado de adultos que necesitan tratamiento antirretroviral según las guías de la OMS de 2010 ²			Cobertura estimada del tratamiento antirretroviral según las guías de la OMS de 2010 ²		
		estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Sri Lanka	363	1100	<1000	1700	35	27	54
Tailandia	232 816	280 000	270 000	300 000	76	71	80
Viet Nam	68 883	120 000	40 000	220 000	58	19	>95
África subsahariana	6 991 492	10 300 000	9 900 000	10 900 000	68	65	72
Angola	39 704	85 000	72 000	100 000	48	41	57
Benin	23 400	34 000	31 000	36 000	70	65	75
Botswana	201 822	200 000	190 000	210 000	>95	>95	>95
Burkina Faso	39 047	54 000	49 000	59 000	72	66	79
Burundi	27 098	40 000	36 000	46 000	67	60	76
Camerún	117 791	240 000	230 000	260 000	49	46	52
Cabo Verde	798	<1000	<1000	<1000	>95	>95	>95
Chad	35 014	82 000	73 000	98 000	43	38	51
Comoras	...	...	...	...	...	...	...
Congo	16 086	36 000	34 000	39 000	44	41	48
Côte d'Ivoire	104 750	190 000	180 000	210 000	55	50	61
Eritrea	7608	9400	8000	12 000	81	68	>95
Etiopía	270 460	400 000	370 000	430 000	68	63	72
Gabón	14 152	22 000	20 000	24 000	67	62	73
Gambia	3300	5600	4500	6900	64	51	79
Ghana	66 366	110 000	96 000	120 000	62	56	69
Guinea	25 552	45 000	39 000	52 000	57	50	65
Guinea-Bissau	5766	14 000	12 000	18 000	43	35	54
Guinea Ecuatorial	6512	11 000	7000	17 000	58	37	86
Kenya	548 588	680 000	630 000	680 000	81	75	80
Lesotho	87 352	150 000	140 000	160 000	59	56	61
Liberia	5048	11 000	9700	12 000	47	42	52
Madagascar	357	25 000	21 000	28 000	1	1	2
Malawi	368 690	480 000	470 000	500 000	76	73	79
Malí	26 839	46 000	40 000	52 000	58	51	66

PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

Número estimado de adultos que reciben y necesitan tratamiento antirretroviral, y cobertura,¹ 2012

	Número informado de adultos con tratamiento antirretroviral ³	Número estimado de adultos que necesitan tratamiento antirretroviral según las guías de la OMS de 2010 ²			Cobertura estimada del tratamiento antirretroviral según las guías de la OMS de 2010 ²		
		estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Mauritania	1830	4500	3600	5700	41	33	52
Mauricio	1517	4200	3900	4800	36	33	40
Mozambique	282 687	590 000	540 000	650 000	48	44	53
Namibia	105 347	120 000	110 000	130 000	91	83	>95
Níger	11 137	20 000	18 000	24 000	55	47	64
Nigeria	459 465	1 300 000	1 200 000	1 400 000	36	33	39
República Centroafricana	...	...	...	...	...	...	...
República Democrática del Congo	59 468	170 000	160 000	180 000	38	36	41
República Unida de Tanzania	399 886	580 000	540 000	630 000	68	64	74
Rwanda	107 021	110 000	110 000	120 000	94	89	>95
Santo Tomé y Príncipe	285	<1000	<500	<1000	51	40	66
Senegal	13 485	20 000	18 000	23 000	67	59	75
Sierra Leona	7802	22 000	18 000	30 000	35	28	47
Sudáfrica	2 010 340	2 500 000	2 400 000	2 600 000	81	79	86
Sudán del Sur	4376	49 000	34 000	73 000	9	6	13
Swazilandia	80 103	93 000	89 000	96 000	87	83	90
Togo	28 213	57 000	51 000	65 000	50	45	57
Uganda	403 089	580 000	530 000	640 000	70	64	78
Zambia	446 841	520 000	500 000	540 000	86	83	91
Zimbabwe	518 801	610 000	590 000	640 000	85	81	88
Europa occidental y central	...	560 000	520 000	590 000	>95	94	>95
Alemania	...	...	...	...	...	...	...
Austria	...	...	...	...	...	...	...
Bélgica	...	...	...	...	...	...	...
Bulgaria	...	...	...	...	...	...	...
Croacia	...	...	...	...	...	...	...
Dinamarca	...	...	...	...	...	...	...

PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

Número estimado de adultos que reciben y necesitan tratamiento antirretroviral, y cobertura,¹ 2012

	Número informado de adultos con tratamiento antirretroviral ³	Número estimado de adultos que necesitan tratamiento antirretroviral según las guías de la OMS de 2010 ²			Cobertura estimada del tratamiento antirretroviral según las guías de la OMS de 2010 ²		
		estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Suecia
Suiza
Turquía
Estonia
Finlandia
Francia
Grecia
Hungría
Islandia
Irlanda
Israel
Italia
Letonia
Lituania
Luxemburgo
Malta
Noruega
Países Bajos
Polonia
Portugal
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
República Checa
Rumania
Serbia
Suecia
Suiza
Turquía

¹ Para conocer la definición del indicador, diríjase a <http://www.indicatorregistry.org/node/859>.

² Sobre la base de los archivos nacionales de Spectrum.

³ Sobre la base de los datos del Informe mundial de avances en la lucha contra el sida (GARPR).

⁴ Las estimaciones para China y la India se basan en las estimaciones nacionales de 2011.

PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

Número estimado de niños que reciben y necesitan tratamiento antirretroviral, y cobertura,¹ 2012

	Número informado de niños de 0 a 14 años que reciben tratamiento antirretroviral ²	Número estimado de niños que necesitan tratamiento antirretroviral ³			Cobertura estimada de tratamiento antirretroviral en niños ³		
		estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Países de ingresos bajos y medios	9 090 394	14 000 000	13 100 000	15 200 000	64	60	69
Caribe	3826	9200	8000	11 000	44	38	50
Bahamas	...	...	...	...	...	...	...
Barbados	...	...	...	...	...	...	...
Cuba	24	...	...	...	...	...	...
Haití	2265	6700	5700	7800	34	29	40
Jamaica	454	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	1083	...	...	...	...	...	...
Trinidad y Tobago	...	...	...	...	...	...	...
Asia oriental	2085	6400	4700	8800	33	24	46
China ⁴	...	...	...	...	...	...	...
Japón	...	...	...	...	...	...	...
Mongolia	...	...	...	...	...	...	...
República de Corea	...	...	...	...	...	...	...
República Popular Democrática de Corea	...	...	...	...	...	...	...
Europa oriental y Asia central	8784	12 000	12 000	12 000	75	73	78
Armenia	13	...	...	...	...	...	...
Azerbaiyán	22	...	...	...	...	...	...
Belarús	154	...	...	...	...	...	...
Federación de Rusia	...	...	...	...	...	...	...
Georgia	42	...	...	...	...	...	...
Kazajstán	296	...	...	...	...	...	...
Kirguistán	...	...	...	...	...	...	...
República de Moldova	63	...	...	...	...	...	...
Tayikistán	149	...	...	...	...	...	...
Ucrania	2268	...	...	...	...	...	...
Uzbekistán	2530	...	...	...	...	...	...

PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS
A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

Número estimado de niños que reciben y necesitan tratamiento antirretroviral, y cobertura,¹ 2012

Número informado de niños de 0 a 14 años que reciben tratamiento antirretroviral²

Número estimado de niños que necesitan tratamiento antirretroviral³

Cobertura estimada de tratamiento antirretroviral en niños³

		estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
América Latina	22 661	30 000	25 000	39 000	75	62	>95
Argentina	3000	...	...	...	...	...	...
Belice	95	...	...	...	...	...	...
Bolivia (Estado Plurinacional de)	86	...	...	...	...	...	...
Brasil	6150	...	...	...	...	...	...
Chile	173	...	...	...	...	...	...
Colombia	6249	...	...	...	...	...	...
Costa Rica	61	...	...	...	...	...	...
Ecuador	550	...	...	...	...	...	...
El Salvador	335	...	...	...	...	...	...
Guatemala	1024	...	...	...	...	...	...
Guyana	201	...	...	...	...	...	...
Honduras	783	...	...	...	...	...	...
México	1800	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	104	...	...	...	...	...	...
Panamá	256	...	...	...	...	...	...
Paraguay	181	...	...	...	...	...	...
Perú	495	...	...	...	...	...	...
Suriname	84	...	...	...	...	...	...
Uruguay	118	...	...	...	...	...	...
Venezuela (República Bolivariana de)	972	...	...	...	...	...	...
Oriente Medio y África del Norte	1011	13 000	8600	21 000	8	6	13
Argelia	262	...	...	...	...	...	...
Djibouti	40	<1000	<1000	<1000	6	5	8
Egipto	42	...	...	...	...	...	...
Irán (República Islámica del)	141	...	...	...	...	...	...

PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

Número estimado de niños que reciben y necesitan tratamiento antirretroviral, y cobertura,¹ 2012

Número informado de niños de 0 a 14 años que reciben tratamiento antirretroviral²

Número estimado de niños que necesitan tratamiento antirretroviral³

Cobertura estimada de tratamiento antirretroviral en niños³

		estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Líbano	4	...	...	...	...	...	...
Marruecos	244	...	...	...	...	...	...
Omán	...	...	...	...	...	...	...
Somalia	43	...	...	...	...	...	...
Sudán	170	...	...	...	...	...	...
Túnez	12	...	...	...	...	...	...
Yemen	53	...	...	...	...	...	...
América del Norte	...	1900	1300	2700	92	65	>95
Canadá	...	...	...	...	...	...	...
Estados Unidos de América	...	...	...	...	...	...	...
Oceanía	729	1800	1400	2400	40	31	51
Australia	...	...	...	...	...	...	...
Fiji	7	...	...	...	...	...	...
Nueva Zelanda	...	...	...	...	...	...	...
Papua Nueva Guinea	722	1800	1400	2300	39	30	51
Asia meridional y sudoriental	56 401	130 000	110 000	170 000	43	37	56
Afganistán	8	...	...	...	...	...	...
Bangladesh	48	...	...	...	...	...	...
Bhután	5	...	...	...	...	...	...
Camboya	4595	...	...	...	...	...	...
Filipinas	33	...	...	...	...	...	...
India ⁴	34 367	...	...	...	...	...	...
Indonesia	1695	...	...	...	...	...	...
Malasia	490	...	...	...	...	...	...
Maldivas	0	...	...	...	...	...	...
Myanmar	4033	...	...	...	...	...	...

PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS
A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

Número estimado de niños que reciben y necesitan tratamiento antirretroviral, y cobertura,¹ 2012

Número informado de niños de 0 a 14 años que reciben tratamiento antirretroviral²

Número estimado de niños que necesitan tratamiento antirretroviral³

Cobertura estimada de tratamiento antirretroviral en niños³

		estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Nepal	551	...	...	...	...	...	...
Pakistán	139	...	...	...	...	...	...
República Democrática Popular Lao	163	...	...	...	...	...	...
Singapur	...	...	...	...	...	...	...
Sri Lanka	24	...	...	...	...	...	...
Tailandia	6274	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	3828	...	...	...	...	...	...
África subsahariana	551 065	1 700 000	1 600 000	1 900 000	32	30	36
Angola	2903	19 000	15 000	24 000	15	12	19
Benin	2635	5300	4500	6200	49	42	58
Botswana	10 261	10 000	9900	10 000	>95	>95	>95
Burkina Faso	1878	12 000	9700	14 000	59	49	72
Burundi	2023	9700	7800	12 000	21	17	26
Camerún	4992	33 000	29 000	38 000	15	13	17
Cabo Verde	66	...	...	...	...	...	...
Chad	5842	20 000	17 000	25 000	29	24	37
Comoras	1	...	...	...	...	...	...
Congo	1148	7500	6600	8500	15	14	17
Côte d'Ivoire	5620	35 000	29 000	41 000	16	14	19
Eritrea	632	1900	1400	2600	34	26	46
Etiopía	17 677	78 000	71 000	96 000	23	20	28
Gabón	494	2000	1700	2400	24	20	29
Gambia	271	...	...	...	...	...	...
Ghana	3504	14 000	12 000	17 000	25	20	30
Guinea	1114	8300	6800	10 000	13	11	17
Guinea-Bissau	335	3300	2500	4400	11	8	14

PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

Número estimado de niños que reciben y necesitan tratamiento antirretroviral, y cobertura,¹ 2012

Número informado de niños de 0 a 14 años que reciben tratamiento antirretroviral²

Número estimado de niños que necesitan tratamiento antirretroviral³

Cobertura estimada de tratamiento antirretroviral en niños³

		estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Guinea Ecuatorial	...	2100	<1000	3600	8	4	14
Kenya	55 439	150 000	130 000	180 000	38	34	45
Lesotho	5395	22 000	19 000	24 000	25	22	27
Liberia	430	2100	1800	2500	20	17	24
Madagascar	14	...	...	...	...	...	...
Malawi	36 441	100 000	90 000	110 000	36	33	41
Malí	1912	...	...	...	...	...	...
Mauritania	51	...	...	...	...	...	...
Mauricio	10	...	...	...	...	...	...
Mozambique	27 164	100 000	88 000	120 000	27	23	32
Namibia	11 340	13 000	12 000	15 000	88	79	>95
Níger	673	...	...	...	...	...	...
Nigeria	31 556	260 000	220 000	290 000	12	11	14
República Centroafricana	...	...	...	...	...	...	...
República Democrática del Congo	4751	53 000	47 000	61 000	9	8	10
República Unida de Tanzania	32 407	130 000	110 000	150 000	26	22	30
Rwanda	7597	18 000	15 000	21 000	43	36	52
Santo Tomé y Príncipe	11	...	...	...	...	...	...
Senegal	1207	...	...	...	...	...	...
Sierra Leona	457	3000	2200	4700	15	11	24
Sudáfrica	140 541	220 000	210 000	250 000	63	57	69
Sudán del Sur	553	11 000	7200	17 000	5	3	8
Swazilandia	7431	14 000	12 000	15 000	54	49	59
Togo	2098	8800	7200	11 000	24	19	30
Uganda	35 453	110 000	88 000	130 000	33	28	41
Zambia	34 084	89 000	80 000	99 000	38	35	43
Zimbabwe	46 874	100 000	94 000	120 000	45	40	50

PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS
A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

Número estimado de niños que reciben y necesitan tratamiento antirretroviral, y cobertura,¹ 2012

Número informado de niños de 0 a 14 años que reciben tratamiento antirretroviral²

Número estimado de niños que necesitan tratamiento antirretroviral³

Cobertura estimada de tratamiento antirretroviral en niños³

		estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Europa occidental y central	...	<1000	<1000	<1000	68	62	76
Alemania	...	...	...	...	...	...	...
Austria	...	...	...	...	...	...	...
Bélgica	...	...	...	...	...	...	...
Bulgaria	...	...	...	...	...	...	...
Croacia	...	...	...	...	...	...	...
Dinamarca	...	...	...	...	...	...	...
Estonia	...	...	...	...	...	...	...
Eslovaquia	...	...	...	...	...	...	...
Eslovenia	...	...	...	...	...	...	...
España	...	...	...	...	...	...	...
Finlandia	...	...	...	...	...	...	...
Francia	...	...	...	...	...	...	...
Grecia	...	...	...	...	...	...	...
Hungría	...	...	...	...	...	...	...
Islandia	...	...	...	...	...	...	...
Irlanda	...	...	...	...	...	...	...
Israel	...	...	...	...	...	...	...
Italia	...	...	...	...	...	...	...
Letonia	...	...	...	...	...	...	...
Lituania	...	...	...	...	...	...	...
Luxemburgo	...	...	...	...	...	...	...
Malta	...	...	...	...	...	...	...
Noruega	...	...	...	...	...	...	...
Países Bajos	...	...	...	...	...	...	...
Polonia	...	...	...	...	...	...	...
Portugal	...	...	...	...	...	...	...

PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

Número estimado de niños que reciben y necesitan tratamiento antirretroviral, y cobertura,¹ 2012

	Número informado de niños de 0 a 14 años que reciben tratamiento antirretroviral ²	Número estimado de niños que necesitan tratamiento antirretroviral ³			Cobertura estimada de tratamiento antirretroviral en niños ³		
		estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
República Checa
Rumania
Serbia
Suecia
Suiza
Turquía
Países de ingresos bajos y medios	646 812	1 900 000	1 700 000	2 200 000	34	31	39

¹ Para conocer la definición del indicador, dirijase a <http://www.indicatorregistry.org/node/859>.

² Sobre la base de los datos del Informe mundial de avances en la lucha contra el sida (GARPR).

³ Sobre la base de los archivos nacionales de Spectrum.

⁴ Las estimaciones para China y la India se basan en las estimaciones nacionales de 2011.

PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS
A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

Número proyectado de personas elegibles para recibir tratamiento antirretroviral de acuerdo con las guías sobre tratamiento antirretroviral de 2013, países de ingresos bajos y medios¹

	2013		
	estimación	estimación inferior	estimación superior
Caribe			
Cuba			
Haití	130 000	120 000	140 000
Jamaica	25 000	22 000	29 000
República Dominicana	41 000	37 000	45 000
Asia oriental			
China			
Mongolia	900	900	1000
República Popular Democrática de Corea			
Europa oriental y Asia central			
Armenia	3000	2000	4000
Azerbaiyán	9000	7000	11 000
Belarús	16 000	15 000	18 000
Federación de Rusia	820 000	650 000	1 000 000
Georgia	6000	5000	8000
Kazajstán			
Kirguistán	8000	6000	11 000
República de Moldova	16 000	13 000	19 000
Tayikistán	11 000	7000	19 000
Ucrania	220 000	190 000	240 000
Uzbekistán	26 000	22 000	33 000
América Latina			
Argentina	91 000	81 000	100 000
Belice	3000	3000	3000
Bolivia (Estado Plurinacional de)			
Brasil			
Chile	36 000	27 000	47 000
Colombia	130 000	100 000	160 000
Costa Rica	9000	8000	9000

PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS
A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

Número proyectado de personas elegibles para recibir tratamiento antirretroviral de acuerdo con las guías sobre tratamiento antirretroviral de 2013, países de ingresos bajos y medios¹

2013

	estimación	estimación inferior	estimación superior
Ecuador	47 000	36 000	74 000
El Salvador	23 000	17 000	35 000
Guatemala	49 000	36 000	89 000
Guyana	7 000	4 000	10 000
Honduras	22 000	19 000	26 000
México	160 000	140 000	180 000
Nicaragua	9 000	7 000	13 000
Panamá	15 000	12 000	19 000
Paraguay	13 000	8 000	20 000
Perú	64 000	40 000	150 000
Suriname	3 000	3 000	4 000
Uruguay	11 000	9 000	14 000
Venezuela (República Bolivariana de)	97 000	77 000	130 000

Oriente Medio y África del Norte

Argelia			
Djibouti	6 000	5 000	7 000
Egipto	6 000	4 000	12 000
Irán (República Islámica del)	63 000	48 000	86 000
Líbano			
Marruecos	26 000	21 000	33 000
Somalia	27 000	19 000	40 000
Sudán	55 000	45 000	69 000
Túnez	2 000	1 000	3 000
Yemen	18 000	9 000	45 000

Oceanía

Fiji	700	600	900
Papua Nueva Guinea	22 000	19 000	26 000

Asia meridional y sudoriental

Afganistán	4 000	2 000	11 000
------------	-------	-------	--------

PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS
A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

Número proyectado de personas elegibles para recibir tratamiento antirretroviral de acuerdo con las guías sobre tratamiento antirretroviral de 2013, países de ingresos bajos y medios¹

2013

	estimación	estimación inferior	estimación superior
Bangladesh	7 000	3 000	53 000
Bhután	900	500	2 000
Camboya	70 000	52 000	120 000
Filipinas	14 000	11 000	21 000
India	1 700 000	1 500 000	2 000 000
Indonesia	510 000	350 000	730 000
Malasia	69 000	54 000	87 000
Maldivas	<100	<100	<100
Myanmar			
Nepal	41 000	34 000	51 000
Pakistán	83 000	52 000	150 000
República Democrática Popular Lao	8 000	7 000	9 000
África subsahariana			
Angola	230 000	190 000	270 000
Benin	65 000	60 000	71 000
Botswana	300 000	290 000	310 000
Burkina Faso	100 000	89 000	110 000
Burundi	77 000	68 000	88 000
Camerún	520 000	480 000	560 000
Cabo Verde			
Chad	180 000	160 000	210 000
Comoras			
Congo	62 000	58 000	67 000
Côte d'Ivoire	380 000	350 000	430 000
Eritrea	16 000	13 000	20 000
Etiopía	640 000	590 000	690 000
Gabón	35 000	32 000	39 000
Gambia	12 000	10 000	15 000
Ghana	200 000	180 000	220 000

PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS
A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

Número proyectado de personas elegibles para recibir tratamiento antirretroviral de acuerdo con las guías sobre tratamiento antirretroviral de 2013, países de ingresos bajos y medios¹

2013

	estimación	estimación inferior	estimación superior
Guinea	110 000	94 000	130 000
Guinea-Bissau	41 000	32 000	52 000
Kenya	1 300 000	1 300 000	1 400 000
Lesotho	280 000	270 000	290 000
Liberia	17 000	16 000	20 000
Madagascar	47 000	39 000	55 000
Malawi	950 000	910 000	1 000 000
Malí	88 000	74 000	100 000
Mauritania	8000	7000	11 000
Mauricio	9000	8000	10 000
Mozambique	1 300 000	1 200 000	1 500 000
Namibia	200 000	180 000	220 000
Níger	39 000	33 000	46 000
Nigeria	3 000 000	2 700 000	3 300 000
República Centroafricana	110 000	96 000	120 000
República Democrática del Congo	420 000	390 000	450 000
República Unida de Tanzania	1 200 000	1 100 000	1 300 000
Rwanda	190 000	180 000	210 000
Santo Tomé y Príncipe	1000	900	2000
Senegal	33 000	29 000	38 000
Sierra Leona	49 000	38 000	65 000
Sudáfrica	5 100 000	4 900 000	5 400 000
Sudán del Sur	140 000	93 000	210 000
Swazilandia	170 000	170 000	180 000
Togo	100 000	93 000	120 000
Uganda	1 400 000	1 300 000	1 600 000
Zambia	970 000	930 000	1 000 000
Zimbabwe	1 100 000	1 100 000	1 200 000

PROPORCIONAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE PUEDE SALVAR VIDAS
A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA EL AÑO 2015

Número proyectado de personas elegibles para recibir tratamiento antirretroviral de acuerdo con las guías sobre tratamiento antirretroviral de 2013, países de ingresos bajos y medios¹

	2013		
	estimación	estimación inferior	estimación superior
Europa occidental y central			
Bulgaria	3000	2000	4000
Letonia	5000	4000	7000
Lituania	900	700	1000
Rumania	14 000	13 000	16 000
Serbia			
Turquía	4000	3000	6000
Países de ingresos bajos y medios			
	28 600 000	26 500 000	30 900 000

Fuente: Estimaciones del ONUSIDA, 2012.

¹ Los cálculos suponen que las siguientes personas son elegibles para recibir tratamiento antirretroviral: los adultos mayores de 15 años con un recuento de linfocitos CD4 <500/ml, las mujeres embarazadas que viven con el VIH, los adultos coinfectados por el VIH y la tuberculosis, las parejas serodiscordantes y los niños menores de cinco años que viven con el VIH.

REDUCIR LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

Porcentaje de casos nuevos estimados de tuberculosis en personas VIH-positivas que recibieron tratamiento para la tuberculosis y el VIH²

	2012		2012
Caribe			
Antigua y Barbuda	100	Costa Rica ¹	38
Bahamas	59	Ecuador ¹	69
Barbados	67	El Salvador	89
Cuba	94	Guatemala ¹	16
Granada ¹	0	Guyana	84
Haití	29	Honduras	51
Jamaica ¹	35	México	19
República Dominicana	50	Nicaragua ¹	58
Santa Lucía	100	Panamá ¹	97
San Vicente y las Granadinas	63	Paraguay	50
Trinidad y Tobago	29	Suriname	53
Asia oriental		Uruguay	23
China	47	Venezuela (República Bolivariana de)	43
Mongolia	27	Oriente Medio y África del Norte	
Europa oriental y Asia central		Argelia ¹	31
Armenia	100	Bahrein	8
Azerbaiyán	45	Djibouti	15
Belarús	55	Irán (República Islámica del)	40
Georgia	52	Libano	7
Kazajstán	20	Marruecos	61
Kirguistán ¹	41	Omán	100
República de Moldova	30	Qatar	100
Tayikistán	22	Somalia	6
Ucrania	92	Sudán	1
Uzbekistán	23	Túnez	8
América Latina		Yemen ¹	10
Belice	73	Oceanía	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	38	Fiji	100
Brasil	57	Nueva Zelanda ¹	100
Chile ¹	2	Papua Nueva Guinea	30
Colombia	30	Asia meridional y sudoriental	
		Afganistán	2

REDUCIR LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

Porcentaje de casos nuevos estimados de tuberculosis en personas VIH-positivas que recibieron tratamiento para la tuberculosis y el VIH²

	2012		2012
Bangladesh	26	Kenya	59
Brunei Darussalam	100	Lesotho	42
Camboya	47	Liberia	15
India	20	Madagascar	3
Indonesia ¹	56	Malawi	57
Malasia	19	Malí	35
Maldivas	0	Mauritania ¹	2
Myanmar	22	Mauricio	64
Nepal	20	Mozambique	19
Pakistán	1	Namibia	46
República Democrática Popular Lao ¹	56	Níger ¹	27
Sri Lanka	65	Nigeria	24
Tailandia	30	República Centroafricana	5
Viet Nam	24	República Democrática del Congo	14
África subsahariana		República Unida de Tanzania	34
Angola	21	Rwanda ¹	48
Benin ¹	11	Santo Tomé y Príncipe	100
Botswana	49	Senegal	33
Burkina Faso	31	Seychelles	100
Burundi	24	Sierra Leona	24
Camerún	22	Sudáfrica	31
Cabo Verde	62	Sudán del Sur	28
Chad	15	Swazilandia	29
Comoras	40	Togo	40
Congo	4	Uganda	28
Côte d'Ivoire	30	Zambia	41
Etiopía	35	Europa occidental y central	
Gabón	29	Eslovaquia	0
Ghana	37	Rumania	35
Guinea	24	Serbia	90
Guinea Ecuatorial ¹	62	Turquía	106

Fuente: base de datos global sobre tuberculosis de la OMS hasta el 23 de julio de 2013, excepto que se especifique de otro modo.

¹ Sobre la base de las cifras informadas por los países a través del Informe mundial de avances en la lucha contra el sida (GARPR) de 2013.

² Para conocer la definición del indicador, dirijase a <http://www.indicatorregistry.org/node/651>.

REDUCIR LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

Pacientes VIH-positivos con tuberculosis que reciben tratamiento antirretroviral

	2012		2012
Caribe			
Antigua y Barbuda	2	Brasil	9049
Bahamas	5	Chile ¹	2
Barbados	1	Colombia	474
Cuba	51	Costa Rica ¹	24
Dominica	0	Ecuador ¹	583
Granada ¹	0	El Salvador	178
Haití	1252	Guatemala ¹	243
Jamaica ¹	14	Guyana	168
República Dominicana	268	Honduras	192
Saint Kitts y Nevis	0	México	298
Santa Lucía	1	Nicaragua ¹	58
San Vicente y las Granadinas	6	Panamá ¹	224
Trinidad y Tobago	24	Paraguay	121
		Perú	847
Asia oriental		Suriname	25
China	3454	Uruguay	32
Mongolia	3	Venezuela (República Bolivariana de)	517
Europa oriental y Asia central		Oriente Medio y África del Norte	
Armenia	55	Argelia ¹	110
Azerbaiyán	63	Bahrein	1
Belarús	153	Djibouti	83
Georgia	26	Egipto	17
Kazajstán	51	Emiratos Árabes Unidos ¹	12
Kirguistán ¹	118	Irán (República Islámica del)	117
República de Moldova	103	Iraq	1
Tayikistán	78	Jordania	0
Ucrania	4433	Kuwait	3
Uzbekistán	103	Líbano	3
América Latina		Marruecos	357
Belice	19	Omán	14
Bolivia (Estado Plurinacional de)	164	Qatar	1

REDUCIR LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

Pacientes VIH-positivos con tuberculosis que reciben tratamiento antirretroviral

	2012
República Árabe Siria	5
Somalia	51
Sudán	40
Túnez	14
Yemen ¹	16

Oceanía

Fiji	3
Islas Marshall	0
Islas Salomón	0
Kiribati	0
Micronesia (Estados Federados de)	0
Nueva Zelanda ¹	3
Palau	0
Papua Nueva Guinea	325
Samoa	0
Tonga	0
Tuvalu	0
Vanuatu	0

Asia meridional y sudoriental

Afganistán	5
Bangladesh	63
Brunei Darussalam	2
Camboya	1268
India	25 790
Indonesia ²	4209
Malasia	434
Maldivas	0
Myanmar	4270
Nepal	217
Pakistán	22

	2012
República Democrática Popular Lao ¹	263
Sri Lanka	11
Tailandia	3591
Timor-Leste	4
Viet Nam	2232

África subsahariana

Angola	1149
Benin ¹	113
Botswana	2475
Burkina Faso	503
Burundi	588
Camerún	4261
Cabo Verde	44
Chad	626
Comoras	4
Congo	152
Côte d'Ivoire	2396
Etiopía	8022
Gabón	559
Gambia	146
Ghana	1033
Guinea	903
Guinea-Bissau	0
Guinea Ecuatorial ¹	123
Kenya	26 487
Lesotho	4171
Liberia	115
Madagascar	18
Malawi	9144
Malí	425

REDUCIR LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

Pacientes VIH-positivos con tuberculosis que reciben tratamiento antirretroviral

	2012		2012
Mauritania ¹	14	Uganda	9962
Mauricio	9	Zambia	14 471
Mozambique	15 391	Europa occidental y central	
Namibia	3362	Albania	7
Níger ²	516	Andorra	0
Nigeria	10 866	Bulgaria	3
República Centroafricana	290	Eslovaquia	0
República Democrática del Congo	2296	Eslovenia	0
República Unida de Tanzania	10 993	Ex República Yugoslava de Macedonia	0
Rwanda ¹	1395	Estonia	28
Santo Tomé y Príncipe	18	Grecia ¹	28
Senegal	561	Islandia	0
Seychelles	3	Letonia	65
Sierra Leona	931	Montenegro	0
Sudáfrica	101 937	Rumania	205
Sudán del Sur	147	Serbia	6
Swazilandia	3762	Turquía	35
Togo	476		

Fuente: base de datos global sobre tuberculosis de la OMS hasta el 23 de julio de 2013, excepto que se especifique de otro modo.

¹ Informado por países a través del Informe mundial de avances en la lucha contra el sida (GARPR) de 2013.

² Se observaron discrepancias en las cifras de los programas de tuberculosis y sida. Los datos del programa de tuberculosis fueron parciales; por lo tanto, se utilizaron los datos del programa de sida.

REDUCIR LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH EN UN 50 % PARA EL AÑO 2015

Número estimado de muertes por tuberculosis en las personas que viven con el VIH en África, en países con carga elevada de tuberculosis y VIH, 2004 y 2012

	2004			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Angola	780	660	900	1300	1100	1400
Botswana	3000	2600	3700	930	740	1100
Burkina Faso	1300	1100	1500	470	400	540
Burundi	2600	2200	3000	850	700	1000
Camboya	3100	2700	3500	560	410	700
Camerún	12 000	11 000	14 000	7700	6500	9300
Chad	1900	1700	2300	1400	1200	1700
Congo	1300	1000	1500	1000	820	1200
Côte d'Ivoire	9800	8400	11 600	2500	2200	3100
Djibouti	230	190	260	150	120	170
Etiopía	27 000	21 000	35 000	5600	4600	7300
Ghana	2600	2400	3200	540	490	630
Kenya	15 000	12 000	18 000	7700	6600	8900
Lesotho	1400	910	1900	1500	1300	1900
Malawi	14 000	12 000	16 000	3500	3100	4300
Malí	610	520	730	360	310	420
Mozambique	34 000	28 000	41 000	45 000	35 000	53 000
Namibia	9800	8600	12 000	1600	1300	2000
Nigeria	39 000	22 000	65 000	19 000	11 000	25 000
República Centroafricana	8700	7600	10 000	2400	2000	2900
República Democrática del Congo	6700	5600	8500	6300	5500	8100
República Unida de Tanzania	11 000	9200	13 000	7000	5800	8000
Rwanda	4100	3600	4900	740	600	920
Sierra Leona	1000	880	1200	2000	1600	2200
Sudáfrica	99 000	88 000	120 000	88 000	75 000	100 000
Sudán	2100	1900	2500	2100	1900	2500
Swazilandia	3100	2500	3700	4300	4000	5100
Togo	490	410	570	380	310	440
Uganda	25 000	21 000	29 000	9200	8000	12 000
Zambia	11 000	9700	13 000	7600	6200	8900
Zimbabwe	36 000	30 000	40 000	18 000	15 000	20 000

Fuente: estimaciones del ONUSIDA y la OMS de 2013.

SUBSANAR EL DÉFICIT MUNDIAL DE RECURSOS PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA
Gasto nacional en VIH de fuentes públicas nacionales (USD)

	2010	2011	2012
Caribe			
Antigua y Barbuda	300 777	326 796	297 612
Cuba	58 593 535	60 633 504	...
Dominica	223 664	223 664	...
Granada	5521	182 713	...
Haití	1 608 233	1 608 233	...
Jamaica	3 848 958	...	...
San Vicente y las Granadinas	2 508 745	1 267 636	615 427
Asia oriental			
China	497 309 403	529 376 000	554 007 385
Mongolia	950 996	1 169 128	...
República Popular Democrática de Corea	1 009 600	1 070 420	...
Europa oriental y Asia central			
Armenia	1 961 038	2 079 270	1 090 732
Azerbaiyán	6 857 540	8 563 409	...
Belarús	13 246 041	9 668 805	...
Georgia	4 362 929	4 562 010	4 545 234
Kazajstán	...	30 346 857	30 352 251
Kirguistán	1 407 901	1 441 565	3 886 526
República de Moldova	4 617 721	5 125 529	2 381 845
Tayikistán	1 718 968	2 269 834	...
Ucrania	38 054 198	...	...
Uzbekistán	16 985 205	12 636 531	13 334 449
América Latina			
Belice	1 134 649	...	...
Bolivia (Estado Plurinacional de)	...	2 276 663	...
Brasil	745 830 717	...	...
Chile	119 224 642	123 044 300	132 689 469
Colombia	86 962 224	102 516 422	...

SUBSANAR EL DÉFICIT MUNDIAL DE RECURSOS PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

Gasto nacional en VIH de fuentes públicas nacionales (USD)

	2010	2011	2012
Costa Rica	24 765 744	...	...
Ecuador	24 270 868	...	...
El Salvador	37 297 450	...	41 243 741
Guatemala	28 765 245	...	25 324 612
Honduras	16 025 455	...	...
Nicaragua	9 682 304	...	...
Panamá	15 702 066	...	...
Paraguay	2 677 348	2 507 935	...
Perú	15 445 506	...	...
Suriname	1 939 620	2 249 605	...
Venezuela (República Bolivariana de)	109 037 329	80 352 294	...
Oriente Medio y África del Norte			
Argelia	5 345 581	8 258 614	9 187 280
Djibouti	627 309	596 705	867 075
Jordania	1 000 000	1 000 000	...
Líbano	1 570 000	1 570 000	...
Marruecos	6 357 832	6 728 697	7 493 931
República Árabe Siria	...	620 000	...
Túnez	110 040	117 400	...
Yemen	442 233	467 395	...
Oceanía			
Fiji	419 594	467 602	...
Islas Marshall	200 027	120 246	235 704
Islas Salomón	150 032	151 749	...
Palau	394 323	394 323	...
Papua Nueva Guinea	12 077 392	...	...
Samoa	161 694	172 845	...
Tuvalu	12 000	20 180	...
Vanuatu	36 510	36 482	...

SUBSANAR EL DÉFICIT MUNDIAL DE RECURSOS PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA
Gasto nacional en VIH de fuentes públicas nacionales (USD)

	2010	2011	2012
Asia meridional y sudoriental			
Afganistán	200 000	...	24 250
Bangladesh	1 202 508	746 225	977 247
Camboya	...	5 644 947	5 671 862
Filipinas	3 372 467	4 126 663	...
Indonesia	27 577 082	...	...
Malasia	31 383 249	36 668 151	54 416 987
Myanmar	2 596 875	3 944 294	...
Pakistán	4 768 321	...	...
República Democrática Popular Lao	827 689	827 689	...
Sri Lanka	2 277 815	...	...
Tailandia	200 251 009	267 932 277	...
Viet Nam	21 431 087	...	...
África subsahariana			
Angola	15 877 187	21 462 786	...
Benin	6 937 649	7 796 210	11 467 748
Botswana	262 400 227	299 022 611	...
Burkina Faso	11 118 571	...	...
Burundi	1 774 303	2 034 615	1 358 187
Camerún	14 395 254	...	...
Cabo Verde	499 368	522 275	17 194
Chad	3 862 235	2 766 010	6 212 969
Comoras	169 643	936 323	174 303
Congo	8 104 228	...	...
Gabón	6 166 691	6 423 890	12 297 465
Ghana	8 087 144	14 854 634	...
Guinea	317 576	638 185	2 302 175

SUBSANAR EL DÉFICIT MUNDIAL DE RECURSOS PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

Gasto nacional en VIH de fuentes públicas nacionales (USD)

	2010	2011	2012
Guinea-Bissau	611 774	...	...
Kenya	134 682 271	162 569 668	...
Liberia	83 100	190 000	...
Madagascar	4 473 518	6 479 528	4 144 594
Malí	6 502 189	...	...
Mauritania	698 854	3 720 945	616 666
Mauricio	4 894 627	...	...
Namibia	168 791 097	...	...
Níger	69 420	82 936	3 894 068
Nigeria	125 139 587	...	...
República Centroafricana	1 873 217	1 887 321	...
República Democrática del Congo	2 759 539	...	...
Santo Tomé y Príncipe	7 803	112 650	...
Senegal	...	2 709 561	...
Seychelles	2 297 113	2 003 196	4 278 262
Togo	8 878 290	4 074 688	5 614 798
Zimbabwe	20 833 554	28 061 185	37 084 924
Europa occidental y central			
Bulgaria	4 252 150	6 668 195	...
Ex República Yugoslava de Macedonia	2 366 290	...	...
Letonia	5 996 109	7 192 416	...
Lituania	...	3 601 011	2 496 551
Rumania	91 512 275	102 458 472	88 082 973
Serbia	...	...	9 071 059
Turquía	...	...	12 291 905

SUBSANAR EL DÉFICIT MUNDIAL DE RECURSOS PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA
Gasto nacional en VIH de fuentes internacionales (USD)

Multilaterales

	Bilaterales			Organismos de la ONU			Fondo Mundial			
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	
Caribe										
Antigua y Barbuda	820 914	246 310	...	6866	6866	3509	233 300	37 290	21 542	
Cuba	...	...	...	...	...	...	8 261 407	9 321 423	...	
Granada	49 936	6361	...	1178	34 666	...	14 839	11 355	...	
Haití	129 685 595	148 224 334	...	13 250 596	50 569 566	...	21 587 726	8 607 148	...	
Jamaica	360 894	...	...	258 577	...	...	9 680 362	...	...
San Vicente y las Granadinas	1 332 973	733 063	...	33 512	...	8765	116 050	82 558	92 267	
Asia oriental										
China	14 787 060	13 690 093	3 319 375	5 675 752	2 935 759	602 155	40 436 517	27 664 861	64 216 671	
República Popular Democrática de Corea	...	...	...	5000	75 000	...	...	...	...
Europa oriental y Asia central										
Armenia	...	...	...	126 671	188 352	126 960	2 885 885	3 227 460	3 561 135	
Azerbaiyán	...	...	...	171 014	152 855	...	616 197	5 416 440	...	
Belarús	234 102	4749	...	238 119	266 925	...	5 946 198	9 778 974	...	
Georgia	1 070 223	2 125 481	1 112 293	212 468	401 494	307 243	5 300 330	5 146 960	8 783 691	
Kazajstán	...	...	...	...	338 007	120 714	...	5 151 157	6 961 187	
Kirguistán	319 578	319 578	...	1 753 560	905 000	1 371 130	5 836 715	2 152 922	6 759 253	
República de Moldova	182 941	236 752	139 249	403 777	979 690	303 987	5 302 443	7 161 464	6 213 396	
Tayikistán	2 564 546	2 751 455	...	537 086	743 891	...	9 825 871	8 815 922	...	
Ucrania	3 384 197	...	...	1 758 678	...	...	26 858 256	...	...
Uzbekistán	165 236	...	...	468 000	468 000	848 538	6 045 177	6 045 177	9 923 281	
América Latina										
Belice	529 130	...	...	280 346	...	...	...	...	...
Bolivia (Estado Plurinacional de)	...	156 582	...	...	499 221	...	...	4 799 828	...	
Brasil	...	...	...	7 468 124	...	...	...	...	...
Chile	57 283	...	...	411 244	...	...	...	...	...
Colombia	...	...	...	275 591	332 690	63 999	...	1 839 543	9 587 253	
Costa Rica	311 345	...	...	338 411	...	...	...	...	...

Multilaterales

	Bancos de desarrollo			Otros multilaterales			Otros internacionales		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
	664 499

	48 982	...	22 028	2727	...

	472 073	...	...
	...	718 655	...	...	...	720 147	...	34 434	...
	25 418 125	15 706 811	...	...	...	8 483 235

	19 891	72 194	85 353	530 992
	591 500	423 000	...
	58 522	145 031	...
	249 945	847 976	861 115
	9133	188	...	1 041 864	375 555
	1 517 507	551 780	...	400 000	350 000	...	...	...	1 382 380
	214 054	141 112	53 783
	586 650	720 935	...	...	...	...
	183 024	...	...	1 693 574	...	...

	603 420	...	...
	1 519 416	...
	1 699 227	...	...
	383 172	439 387

	504 393	...	...	1 024 748	...	...

SUBSANAR EL DÉFICIT MUNDIAL DE RECURSOS PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

Gasto nacional en VIH de fuentes internacionales (USD)

Multilaterales

	Bilaterales			Organismos de la ONU			Fondo Mundial		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Ecuador	29 658	...	...	1 336 249	...	...	26 364	...	...
El Salvador	2 101 422	...	2 758 436	273 174	...	575 666	7 451 451	...	9 301 591
Guatemala	3 413 212	...	3 401 047	1 569 879	...	1 159 823	5 661 421	...	12 312 352
Honduras	5 065 130	...	...	1 344 386	...	...	8 010 681	...	...
Nicaragua	2 554 713	...	...	2 113 283	...	...	9 155 592	...	...
Paraguay	2 857 575	...	...	318 962	739 922	...	3 588 531	4 115 637	...
Perú	2 575 018	...	...	403 751	...	...	7 278 840	...	...
Suriname	2 547 077	1 253 125	...	73 872	67 700	...	1 485 037	1 009 894	...
Venezuela (República Bolivariana de)	...	...	...	626 411	133 327	...	...	...	...
Oriente Medio y África del Norte									
Argelia	289 363	548 057	180 195	180 699	319 371	609 511	...	...	...
Djibouti	1 059 733	123 916	143 655	1 971 916	1 597 164	1 137 495	1 358 827	1 975 708	1 574 418
Jordania	...	...	...	...	...	...	723 768	433 831	968 902
Marruecos	46 215	50 836	56 618	881 906	742 118	826 517	4 811 881	4 190 951	4 667 574
República Árabe Siria	...	...	...	...	189 850	...	...	...	...
Túnez	...	...	...	...	...	...	2 928 100	2 615 149	...
Yemen	...	...	...	923 775	461 636	...	...	351 385	...
Oceanía									
Fiji	149 660	164 857	...	339 790	653 830	335 118	72 512	206 829	...
Islas Marshall	72 449	25 021	95 250	...	...	...	118 457	83 557	34 991
Islas Salomón	393 993	439 782	...	44 612	17 436	...	...	...	...
Kiribati	...	...	...	...	...	...	424 106	83 959	134 298
Micronesia (Estados Federados de)	265 491	290 594	296 349	68 898	...	...	115 772	86 810	96 236
Papua Nueva Guinea	28 199 728	...	...	2 495 709	...	...	4 572 622	...	...
Samoa	...	...	...	95 536	29 583	...	82 661	102 625	...
Tuvalu	...	...	...	...	...	...	43 641	121 916	...
Vanuatu	898 503	1 397 372	...	38 888	28 769	...	177 211	328 393	175 692

Multilaterales

	Bancos de desarrollo			Otros multilaterales			Otros internacionales		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
	...	...	...	727 674	...	...	855 594	...	...
	...	...	46 916	645 969	...	198 784	983 416	...	1 095 296
	63 778	...	...	162 901	...	...	2 014 505	...	1 081 601
	...	...	...	42 406	...	...	1 253 743	...	...
	11 892	...	...	91 960	...	...	134 531	...	...
	2268	...	...	...	...	...	...	239 221	...
	...	...	...	...	...	...	2 216 561	...	...
	...	...	...	...	...	...	...	12 385	...

	...	...	...	...	...	...	403	4524	99 135
	28 249	...	...	...	...	105 812	...	...	...

	...	...	...	...	...	...	1 359 102	1 405 370	1 565 199

	...	...	...	...	...	...	...	10 000	...
	...	...	...	...	...	...	844 990	333 504	...
	43 333	...	...	853 432	587 591	...	218 669	174 503	...

	...	...	...	...	167 661	...	215 690	131 802	...
	...	...	19 692	5694	174 929	185 287	...	...	...
	...	...	...	71 645	96 066	54 103	...	...	...
	2 607 197	...	...	74 194	...	...	872 219	...	...
	...	...	...	...	...	...	5137	2430	...
	4000	...	...	...	...	...	...	35 000	...
	...	...	...	510 411	49 077	20 692	...	43 397	131 705

SUBSANAR EL DÉFICIT MUNDIAL DE RECURSOS PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

Gasto nacional en VIH de fuentes internacionales (USD)

Multilaterales

	Bilaterales			Organismos de la ONU			Fondo Mundial		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Asia meridional y sudoriental									
Afganistán	90 499	1 456 111	...	849 942	1 172 183	27 092	1 774 255	1 645 560	1 829 829
Bangladesh	2 869 608	3 190 243	3 785 791	232 797	202 846	546 436	10 461 394	12 389 199	6 875 780
Camboya		15 713 795	15 872 474		7 128 857	4 320 352		18 030 595	20 027 132
Filipinas	597 420	624 340	...	1 007 266	1 171 076	...	3 278 792	1 955 077	...
Indonesia	13 030 257	...	...	...	...	...	...	...	...
Malasia	...	...	...	561 880	307 629	...	...	2 232 176	1 725 292
Myanmar	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Pakistán	2 312 562	...	...	3 996 848	...	...	388 442	...	...
República Democrática Popular Lao	1 206 336	1 841 772	...	972 646	934 476	...	4 357 227	7 562 540	...
Sri Lanka	...	...	...	1 046 040	...	...	267 529	...	...
Tailandia	7 071 757	8 103 688	...	1 473 326	1 488 538	...	26 021 888	35 359 954	...
Viet Nam	84 013 483	...	...	1 343 508	...	...	6 650 517	...	...
África subsahariana									
Angola	4 057 292	9 014 036	...	3 879 748	894 705	...	8 199 031	263 478	...
Benin	119 433	3 967 181	2 970 320	3 228 966	3 071 804	1 727 806	2 368 720	11 669 947	12 766 641
Botswana	88 439 410	76 787 833	...	2 028 440	2 723 550	...	...	...	...
Burkina Faso	17 330 444	...	...	7 264 617	...	...	13 963 876	...	...
Burundi	...	8 500 000	8 500 000	...	544 314	1 032 781	...	14 145 538	11 365 873
Camerún	8 679 422	...	...	3 562 002	...	...	17 134 894	...	...
Cabo Verde	...	...	...	149 724	94 703	759	1 711 088	2 853 473	16 002
Chad	2 897 656	144 184	311 178	2 142 046	3 036 244	3 209 744	1 705 808	8 225 860	5 247 126
Comoras	...	...	...	...	...	72 309	...	...	1 233 403
Congo	381 566	...	...	337 139	...	...	6 354 280	...	...
Gabón	489 931	920 533	...	578 116	1 124 598	2 005 277	1 288 011	915 788	...
Ghana	7 835 285	20 922 460	...	3 384 797	5 488 229	...	27 525 703	23 226 584	...

Multilaterales

Bancos de desarrollo			Otros multilaterales			Otros internacionales		
2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
1 523 129	3 728 220	2 080 692	...	...	...	...	...	676 536
...	1 690 130	...	...	...	2577	348 682	428 488	206 672
...	...	...	...	1 745 621	1 165 243	...	3 990 878	2 913 501
...	...	...	...	24 881	...	119 242	96 768	...
...	...	...	28 193 858	...	...	...	...	...
...
...	...	...	...	...	...	37 904 167	42 349 184	...
284 301	...	...	380 983	...	...	800 838	...	...
163 594	231 690	...	250 914	...	...	801 333	345 968	...
...	...	...	568 614	...	...	152 214	...	...
54 915	120 790	...	...	...	...	1 304 782	1 357 422	...
8 001 304	...	...	1 517 166	...	...	695 801	...	...
...	126 898	...	2 051 653	1 327 135	...	...	388 500	...
1 613 734	320 288	...	...	159 011	698 521	3 929 033	92 462	190 493
...	...	...	297 015	331 272	...	9 904 538	11 551 282	...
24 081	...	...	...	...	...	414 874	...	...
...	...	...	...	...	...	39 908 205	218 971	...
...	...	...	...	...	...	11 539 968	...	...
...	...	...	...	...	...	185 032	124 985	...
661 033	...	82 871	522 711	4 631 043	...	...	30 944	829 603
...	...	...	...	...	47 590	...	...	...
807 570	...	...	...	...	...	487 802	...	...
...	643 284	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	216 699	...	...	9 052 997	11 170 672	...

SUBSANAR EL DÉFICIT MUNDIAL DE RECURSOS PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

Gasto nacional en VIH de fuentes internacionales (USD)

Multilaterales

	Bilaterales			Organismos de la ONU			Fondo Mundial		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Guinea	2 937 281	3 008 420	1 135 908	1 780 330	1 355 255	4 897 526	1 463 210	4 611 586	773 945
Guinea-Bissau	3 959 113	...	...	687 951	...	...	...	...	...
Kenya	554 075 845	554 497 335	...	...	7 620 359	...	15 266 186	20 864 464	...
Liberia	...	539 765	...	2 763 451	7 588 885	...	25 511 143	22 804 922	...
Madagascar	1 968 850	2 406 633	1 433 205	1 417 801	1 540 707	1 349 969	1 485 034	4 475 148	2 463 869
Mali	3 919 460	...	...	450 946	...	...	14 931 689	...	...
Mauritania	...	...	...	247 500	291 600	281 450	...	69 957	3 036 125
Mauricio	105 559	...	...	291 226	...	...	1 675 382	...	...
Namibia	93 028 647	...	...	7 860 111	...	...	9 324 333	...	...
Níger	2 475 111	2 660 802	3 581 728	581 263	5 987 007	3 869 274	9 493 223	5 824 701	2 926 358
Nigeria	284 908 865	...	...	18 410 698	...	...	65 899 650	...	...
República Centroafricana	747 766	420 561	...	8 055 827	7 063 516	...	3 979 986	6 189 238	...
República Democrática del Congo	24 298 279	...	...	16 480 566	...	...	30 107 409	...	...
Santo Tomé y Príncipe	...	...	225 477	259 461	273 686	14 924	260 248	294 122	82 727
Senegal	...	4 446 971	...	...	375 212	...	...	14 800 499	...
Seychelles	...	...	...	17 581	53 040	170 405	...	...	...
Togo	1 605 831	1 713 886	4 794 200	1 506 109	1 499 068	1 535 628	6 937 675	10 670 960	3 476 107
Zimbabwe	49 772 291	77 692 280	91 023 382	17 972 300	27 240 021	5 446 365	66 042 408	26 233 338	107 083 627
Europa occidental y central									
Bulgaria	19 713	...	...	81 000	95 000	...	5 494 807	6 382 691	...
Ex República Yugoslava de Macedonia	...	...	...	462 347	...	...	1 723 215	...	...
Letonia	...	...	...	146 569	25 228	...	...	...	...
Lituania	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rumania	...	...	...	660 616	716 706	20 000	1 417 679	...	...
Serbia	...	...	115 171	...	...	198 435	...	...	3 859 000

Multilaterales

	Bancos de desarrollo			Otros multilaterales			Otros internacionales		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
	...	...	88 996	...	...	878 754	4 925 974	5 163 845	1 711 334

	...	...	...	...	...	...	22 034 292	...	...

	...	21 246	...	...	15 391	...	66 330	10 935	179 741
	8 018 577	...	...	109 648	...	...	2 585 546	...	...

	...	...	...	202 511	...	...	89 241	...	...

	...	2689	284 548	231 782	14 301	32 525	1 329 766	1 083 592	...
	1 505 746	...	...	45 762	...	...	156 616	...	...
	...	...	...	...	...	...	240 603	112 671	...
	26 737 388	...	...	163 387	...	...	4 650 788	...	...
	43 656	118 046	...	...	...	...	34 585	82 365	...
	...	...	...	...	186 494	...	...	...	...
	24 104	...	...	3827	13 174	...	11 983	...	200 240
	...	...	...	...	1 015 344	1 091 481	3 463 112	637 841	90 042
	30 000	...	...	16 724 223	32 791 644	84 770	13 577 964	12 073 887	23 967 887
	...	...	...	...	...	...	44 937	...	...
	...	...	...	...	...	...	171 120	...	...
	...	...	...	...	...	...	25 990	70 621	...
	...	...	...	...	...	...	...	68 390	...
	1 771 480	4 577 421	...	56 078	203 467	...	89 902	179 530	671 044
	...	...	...	...	...	36 920	...	...	78 501

SUBSANAR EL DÉFICIT MUNDIAL DE RECURSOS PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

Gasto nacional total en VIH de fuentes internacionales y fuentes públicas nacionales (USD)¹

	2010	2011	2012
Caribe			
Antigua y Barbuda	1 361 858	617 262	987 161
Cuba	66 854 940	69 954 928	...
Dominica	223 664	223 664	...
Granada	93 501	286 803	...
Haití	166 132 144	209 009 280	...
Jamaica	14 620 864	...	...
San Vicente y las Granadinas	3 991 280	2 836 345	1 436 605
Asia oriental			
China	583 626 880	589 373 504	630 628 800
Mongolia	3 501 188	3 731 466	...
República Popular Democrática de Corea	1 014 600	1 145 420	...
Europa oriental y Asia central			
Armenia	5 045 789	5 580 436	5 329 710
Azerbaiyán	8 236 251	14 555 704	...
Belarús	19 722 982	19 864 484	...
Georgia	11 195 893	13 083 921	15 609 576
Kazajstán	...	36 887 020	37 809 896
Kirguistán	11 235 261	5 720 845	13 399 289
República de Moldova	10 720 936	13 644 548	9 092 261
Tayikistán	15 233 122	15 302 037	...
Ucrania	71 931 928	...	...
Uzbekistán	23 663 618	19 149 708	24 106 268
América Latina			
Belice	2 547 545	...	...
Bolivia (Estado Plurinacional de)	...	9 251 710	...
Brasil	754 998 080	...	...
Chile	119 693 168	123 427 472	133 128 856
Colombia ¹	87 237 816	104 688 656	10 671 901
Costa Rica	26 944 640	...	...

SUBSANAR EL DÉFICIT MUNDIAL DE RECURSOS PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

Gasto nacional total en VIH de fuentes internacionales y fuentes públicas nacionales (USD)¹

	2010	2011	2012
Ecuador	27 246 408	...	...
El Salvador	48 752 880	...	59 224 233
Guatemala	41 650 940	...	43 279 436
Honduras	31 741 800	...	...
Nicaragua	23 744 276	...	...
Panamá	17 229 700	...	...
Paraguay	9 444 684	7 602 715	...
Perú	27 919 674	...	...
Suriname	6 045 606	4 592 708	...
Venezuela (República Bolivariana de)	109 663 744	80 485 624	...
Oriente Medio y África del Norte			
Argelia	5 816 047	9 130 566	10 076 121
Djibouti	5 046 034	4 293 493	3 828 456
Jordania	1 723 768	1 433 832	968 902
Líbano	2 420 000	2 420 000	...
Marruecos	13 456 936	13 117 972	14 609 839
República Árabe Siria	...	809 850	...
Túnez	3 038 140	2 742 549	...
Yemen	2 210 998	1 613 920	...
Oceanía			
Fiji	2 096 989	2 255 212	335 118
Islas Marshall	390 933	228 824	365 945
Islas Salomón	804 327	908 429	...
Kiribati	429 800	258 888	339 277
Micronesia (Estados Federados de)	521 806	473 470	446 688
Palau	982 489	1 044 959	...
Papua Nueva Guinea	50 899 064	...	...
Samoa	345 028	307 482	...
Tuvalu	59 641	177 096	...
Vanuatu	1 661 523	1 883 490	328 089

SUBSANAR EL DÉFICIT MUNDIAL DE RECURSOS PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

Gasto nacional total en VIH de fuentes internacionales y fuentes públicas nacionales (USD)¹

	2010	2011	2012
Asia meridional y sudoriental			
Afganistán	4 437 825	8 002 074	4 638 399
Bangladesh	15 114 988	18 647 130	12 394 502
Camboya	...	52 254 696	49 970 564
Filipinas	8 375 187	7 998 805	...
Indonesia	68 801 200	...	...
Malasia	31 945 130	39 207 956	56 142 280
Myanmar	40 501 040	46 293 476	...
Pakistán	12 932 295	...	...
República Democrática Popular Lao	8 579 739	11 744 135	...
Sri Lanka	4 312 212	...	...
Tailandia	236 177 680	314 362 656	...
Viet Nam	123 652 864	...	...
África subsahariana			
Angola	34 064 912	33 477 540	...
Benin	18 197 534	27 076 904	29 821 530
Botswana	363 069 632	390 416 544	...
Burkina Faso	50 116 464	...	...
Burundi	41 682 508	25 443 438	22 256 840
Camerún	55 311 540	...	...
Cabo Verde	2 545 213	3 595 435	33 955
Chad	11 791 489	18 834 284	15 893 491
Comoras	169 643	936 324	1 527 605
Congo	16 472 586	...	...
Gabón	8 522 748	10 028 093	14 302 741
Ghana	56 102 624	75 662 576	...
Guinea	11 424 371	14 777 291	11 788 635
Guinea-Bissau	5 258 837	...	...
Kenya	726 058 624	745 551 808	...

SUBSANAR EL DÉFICIT MUNDIAL DE RECURSOS PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

Gasto nacional total en VIH de fuentes internacionales y fuentes públicas nacionales (USD)¹

	2010	2011	2012
Liberia	28 357 694	31 123 572	...
Madagascar	9 411 533	14 949 588	9 571 378
Malawi	65 560 000	77 390 000	...
Malí	36 518 056	...	...
Mauritania	946 354	4 082 502	3 934 241
Mauricio	7 258 547	...	...
Namibia	279 004 192	...	...
Níger	14 180 564	15 656 028	14 588 501
Nigeria	496 066 912	...	...
República Centroafricana	14 897 398	15 673 308	...
República Democrática del Congo	105 197 360	...	...
Santo Tomé y Príncipe	605 751	880 869	323 128
Senegal	...	22 518 738	...
Seychelles	2 354 608	2 069 411	4 648 906
Togo	22 391 016	19 611 786	16 602 255
Zimbabwe	184 952 736	204 092 352	264 690 960
Europa occidental y central			
Bulgaria	9 892 606	13 145 886	...
Ex República Yugoslava de Macedonia	4 722 972	...	...
Letonia	6 168 667	7 288 265	...
Lituania	...	3 669 401	2 496 551
Rumania	95 508 032	108 135 600	88 774 016
Serbia	...	...	13 359 087
Turquía	...	...	12 291 905

¹ Para conocer la definición del indicador, dirijase a <http://www.indicatorregistry.org/node/861>.

ELIMINAR LAS DESIGUALDADES, EL MALTRATO Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y AUMENTAR LA CAPACIDAD DE LAS MUJERES Y LAS ADOLESCENTES PARA PROTEGERSE DEL VIH

Conocimiento de los jóvenes acerca de la prevención del VIH

Conocimiento integral adecuado sobre el sida en los jóvenes de 15 a 24 años (dos maneras de prevenir el sida y rechazar tres conceptos erróneos)¹ (%)

	Año, fuente	Mujeres	Hombres
Caribe			
Haití	2005–06, EDS	33,9	40,1
República Dominicana	2007, EDS	40,8	33,7
Europa oriental y Asia central			
Armenia	2005, EDS	22,6	15,1
Azerbaiyán	2006, EDS	4,8	5,3
Ucrania	2007, EDS	44,8	42,8
América Latina			
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2008, EDS	22,4	27,7
Belice	2011, MICS	42,9	0
Colombia	2010, EDS	24,1	0
Guyana	2009, EDS	54,1	46,6
Honduras	2005–06, EDS	29,7	0
Nicaragua	2001, EDS	22,2	0
Oriente Medio y África del Norte			
Egipto	2005, EDS	4,4	0
Jordania	2007, EDS	12,5	5,0
Marruecos	2003-04, EDS	11,7	0
Asia meridional y sudoriental			
Camboya	2010, EDS	44,4	43,7
India	2005-06, NFHS	19,9	36,1
Nepal	2011, EDS	25,8	33,9
Timor-Leste	2009, EDS	12,2	19,7
Viet Nam	2005, PAIS	42,3	50,3
África subsahariana			
Benin	2006, EDS	8,4	14,2
Burkina Faso	2010, EDS	31,1	35,7
Burundi	2010, EDS	44,5	46,5

ELIMINAR LAS DESIGUALDADES, EL MALTRATO Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y AUMENTAR LA CAPACIDAD DE LAS MUJERES Y LAS ADOLESCENTES PARA PROTEGERSE DEL VIH

Conocimiento de los jóvenes acerca de la prevención del VIH

Conocimiento integral adecuado sobre el sida en los jóvenes de 15 a 24 años (dos maneras de prevenir el sida y rechazar tres conceptos erróneos)¹ (%)

	Año, fuente	Mujeres	Hombres
Camerún	2011, MICS	28,7	33,5
Cabo Verde	2012, EIS	90,1	88,9
Congo	2009, EIS	8,3	21,9
Eritrea	2012, EDS	24,7	33,8
Etiopía	2011, EDS	23,9	34,2
Kenya	2008-09, EDS	46,6	55,3
Gabón	2012, EDS	28,8	36,1
Lesotho	2009, EDS	38,6	28,7
Madagascar	2008-09, EDS	22,5	26,0
Malawi	2010, EDS	41,8	44,7
Mozambique	2011, EDS	30,2	51,8
Namibia	2006, EDS	59,4	52,9
Níger	2006, EDS	13,4	15,9
Nigeria	2008, EDS	22,2	32,6
República Democrática del Congo	2007, EDS	15,1	20,7
República Unida de Tanzania	2010, EDS	48,2	42,7
Rwanda	2010-11, EDS	52,0	46,1
Santo Tomé y Príncipe	2008-09, EDS	42,6	43,4
Senegal	2010-11, EDS	29,4	30,7
Sierra Leona	2008, EDS	17,2	27,6
Swazilandia	2006-07, EDS	52,1	52,3
Uganda	2006, EDS	31,9	38,2
Zambia	2007, EDS	34,0	36,9
Zimbabwe	2010-11, EDS	51,9	47,0
Europa occidental y central			
Albania	2008-09, EDS	35,9	22,0
Bosnia y Herzegovina	2012, MICS	47,5	47,3
Montenegro	2012, EIS	22,0	22,3

¹ Para conocer la definición del indicador, dirijase a <http://www.indicatorregistry.org/node/658>.

ELIMINAR LAS DESIGUALDADES, EL MALTRATO Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y AUMENTAR LA CAPACIDAD DE LAS MUJERES Y LAS ADOLESCENTES PARA PROTEGERSE DEL VIH

Proporción de mujeres de 15 a 49 años que alguna vez estuvieron casadas o en concubinato y que fueron víctimas de violencia física o sexual por parte de su pareja íntima masculina en los últimos 12 meses¹

	2012 ²		2012 ²
Caribe			
Haití	16	Timor-Leste	29
Jamaica	10	África subsahariana	
República Dominicana	12	Angola	29
Asia oriental		Burkina Faso	9
Mongolia	10	Camerún	51
Europa oriental y Asia central		Chad	30
Azerbaiyán	10	Côte d'Ivoire	31
República de Moldova	25	Gabón	45
América Latina		Ghana	19
Bolivia (Estado Plurinacional de)	24	Guinea	23
El Salvador	8	Guinea-Bissau	40
Guatemala	28	Kenya	32
Honduras	15	Liberia	35
México	17	Madagascar	9
Nicaragua	22	Malawi	22
Panamá	15	Mauricio	23
Perú	14	Nigeria	15
Oriente Medio y África del Norte		República Centroafricana	40
Marruecos	15	República Democrática del Congo	59
Túnez	16	República Unida de Tanzania	35
Oceanía		Rwanda	44
Islas Marshall	25	Santo Tomé y Príncipe	26
Vanuatu	60	Sierra Leona	10
Asia meridional y sudoriental		Swazilandia	8
Bangladesh	22	Togo	22
Camboya	10	Zimbabwe	27
Nepal	14	Europa occidental y central	
		República Checa	11

¹ Para conocer la definición del indicador, dirjase a <http://www.indicatorregistry.org/node/863>.

² Últimos datos informados.

ELIMINAR LAS DESIGUALDADES, EL MALTRATO Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y AUMENTAR LA CAPACIDAD DE LAS MUJERES Y LAS ADOLESCENTES PARA PROTEGERSE DEL VIH

Número de mujeres adultas infectadas por el VIH

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Caribe	130 000	120 000	150 000	120 000	110 000	140 000
Bahamas	2700	2600	2800	3500	3300	3700
Barbados	<500	<500	<500	<500	<500	<500
Cuba	<500	<500	<500	<1000	<1000	1500
Haití	80 000	71 000	90 000	78 000	70 000	88 000
Jamaica	13 000	11 000	15 000	9300	7800	11 000
República Dominicana	31 000	27 000	35 000	22 000	19 000	26 000
Trinidad y Tobago	5200	4600	5800	7300	6800	8000
Asia oriental	100 000	74 000	140 000	250 000	180 000	350 000
China ¹	...	...	...	...	...	...
Japón	...	...	...	...	...	...
Mongolia	...	...	...	...	...	...
República de Corea	...	...	...	...	...	...
República Popular Democrática de Corea	...	...	...	...	...	...
Europa oriental y Asia central	360 000	280 000	450 000	430 000	340 000	550 000
Armenia	<200	<100	<500	<1000	<500	<1000
Azerbaiyán	<1000	<500	<1000	1100	<1000	1500
Belarús	2500	1900	3300	7100	6400	8000
Federación de Rusia	...	...	...	...	...	...
Georgia	<500	<500	<1000	1400	1100	2000
Kazajstán	...	...	...	...	...	...
Kirguistán	<500	<500	<1000	1600	1100	2300
República de Moldova	3700	2900	4800	6500	5300	8200
Tayikistán	<500	<200	1600	4100	2300	8400
Ucrania	76 000	65 000	87 000	95 000	80 000	110 000
Uzbekistán	8000	5000	11 000	7200	5400	10 000
América Latina	370 000	330 000	440 000	430 000	350 000	550 000
Argentina	23 000	17 000	29 000	32 000	26 000	37 000
Belice	1000	<1000	1100	1300	1200	1500

ELIMINAR LAS DESIGUALDADES, EL MALTRATO Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y AUMENTAR LA CAPACIDAD DE LAS MUJERES Y LAS ADOLESCENTES PARA PROTEGERSE DEL VIH

Número de mujeres adultas infectadas por el VIH

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Bolivia (Estado Plurinacional de)	5100	3700	7400	4600	2500	7100
Brasil	...	130 000	170 000	...	160 000	190 000
Chile	4100	1800	6900	5400	3600	8100
Colombia	39 000	29 000	52 000	42 000	32 000	56 000
Costa Rica	2400	2300	2600	4000	3600	4500
Ecuador	7800	4200	12 000	12 000	8300	21 000
El Salvador	8800	6400	13 000	9000	5900	16 000
Guatemala	19 000	12 000	30 000	20 000	12 000	44 000
Guyana	1500	<1000	2400	3600	2100	5700
Honduras	17 000	14 000	21 000	9400	8000	11 000
México	39 000	32 000	47 000	38 000	32 000	46 000
Nicaragua	<500	<200	<1000	2900	2000	4400
Panamá	5800	4800	7100	5000	3700	6600
Paraguay	1200	<1000	4000	5500	3100	10 000
Perú	27 000	19 000	36 000	23 000	11 000	68 000
Suriname	1600	1300	1900	2000	1800	2200
Uruguay	1700	1200	2600	2700	2100	4000
Venezuela (República Bolivariana de)	26 000	17 000	40 000	38 000	27 000	56 000
Oriente Medio y África del Norte	62 000	41 000	110 000	100 000	74 000	150 000
Argelia	...	...	...	...	...	...
Djibouti	5000	3900	6000	3700	3000	4700
Egipto	<1000	<500	1100	1400	<1000	2100
Irán (República Islámica del)	1200	<1000	2300	19 000	13 000	30 000
Líbano	...	...	...	...	...	...
Marruecos	4400	3100	5700	11 000	8500	14 000
Omán	...	...	...	...	...	...
Somalia	12 000	7000	19 000	13 000	8600	20 000
Sudán	...	...	...	...	...	...

ELIMINAR LAS DESIGUALDADES, EL MALTRATO Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y AUMENTAR LA CAPACIDAD DE LAS MUJERES Y LAS ADOLESCENTES PARA PROTEGERSE DEL VIH

Número de mujeres adultas infectadas por el VIH

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Túnez	<500	<200	<1000	<1000	<500	1100
Yemen	1300	<1000	2400	7700	3600	19 000
América del Norte	180 000	150 000	230 000	260 000	190 000	380 000
Canadá	...	...	...	...	...	...
Estados Unidos de América	...	...	...	...	...	...
Oceanía	14 000	11 000	19 000	18 000	15 000	21 000
Australia	...	...	...	...	...	...
Fiji	<100	<100	<200	<500	<500	<500
Nueva Zelanda	...	...	...	...	...	...
Papua Nueva Guinea	11 000	7700	16 000	12 000	10 000	16 000
Asia meridional y sudoriental	1 200 000	960 000	1 500 000	1 400 000	1 100 000	1 800 000
Afganistán	<1000	<500	1700	1400	<1000	4600
Bangladesh	<1000	<100	1300	2700	1000	28 000
Bhután	<100	<100	<100	<500	<200	<1000
Camboya	51 000	34 000	99 000	39 000	26 000	76 000
Filipinas	2300	1300	4600	2200	1700	3200
India ¹	800 000	660 000	930 000	750 000	610 000	940 000
Indonesia	25 000	<100	80 000	230 000	150 000	370 000
Malasia	4800	3400	7300	12 000	8500	16 000
Maldivas	<100	<100	<100	<100	<100	<100
Myanmar	48 000	42 000	54 000	63 000	55 000	71 000
Nepal	14 000	12 000	18 000	14 000	12 000	19 000
Pakistán	2400	1600	4800	24 000	14 000	44 000
República Democrática Popular Lao	1400	1100	2700	4900	4200	5600
Singapur	...	...	...	...	...	...
Sri Lanka	<500	<500	<1000	<1000	<1000	1500
Tailandia	210 000	190 000	230 000	200 000	180 000	210 000
Viet Nam	51 000	14 000	100 000	71 000	20 000	140 000

ELIMINAR LAS DESIGUALDADES, EL MALTRATO Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y AUMENTAR LA CAPACIDAD DE LAS MUJERES Y LAS ADOLESCENTES PARA PROTEGERSE DEL VIH

Número de mujeres adultas infectadas por el VIH

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
África subsahariana	11 100 000	10 300 000	12 000 000	12 900 000	12 000 000	13 700 000
Angola	67 000	50 000	98 000	130 000	110 000	160 000
Benin	33 000	29 000	37 000	37 000	33 000	41 000
Botswana	160 000	150 000	170 000	180 000	170 000	190 000
Burkina Faso	84 000	72 000	98 000	55 000	47 000	64 000
Burundi	62 000	52 000	75 000	43 000	36 000	53 000
Camerún	260 000	240 000	280 000	310 000	290 000	340 000
Cabo Verde	<1000	<500	<1000	<500	<500	<1000
Chad	97 000	82 000	110 000	100 000	88 000	130 000
Comoras	...	...	...	...	...	...
Congo	44 000	40 000	50 000	36 000	32 000	39 000
Côte d'Ivoire	320 000	280 000	360 000	220 000	190 000	260 000
Eritrea	16 000	11 000	21 000	8800	7000	12 000
Etiopía	700 000	630 000	770 000	380 000	340 000	420 000
Gabón	28 000	24 000	32 000	25 000	22 000	30 000
Gambia	3900	2900	5200	7600	5700	10 000
Ghana	140 000	120 000	160 000	120 000	100 000	140 000
Guinea	35 000	29 000	43 000	63 000	52 000	76 000
Guinea-Bissau	11 000	7800	15 000	21 000	16 000	28 000
Guinea Ecuatorial	6100	3300	11 000	16 000	8500	24 000
Kenya	790 000	750 000	840 000	820 000	790 000	860 000
Lesotho	150 000	140 000	160 000	190 000	180 000	200 000
Liberia	18 000	15 000	21 000	11 000	9100	13 000
Madagascar	23 000	19 000	28 000	23 000	19 000	27 000
Malawi	530 000	490 000	560 000	560 000	520 000	590 000
Malí	56 000	45 000	70 000	50 000	40 000	62 000
Mauritania	4800	3600	6400	5000	3700	7200
Mauricio	2000	1800	2300	2800	2500	3200
Mozambique	450 000	400 000	520 000	810 000	730 000	930 000
Namibia	93 000	80 000	110 000	120 000	100 000	130 000

ELIMINAR LAS DESIGUALDADES, EL MALTRATO Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y AUMENTAR LA CAPACIDAD DE LAS MUJERES Y LAS ADOLESCENTES PARA PROTEGERSE DEL VIH

Número de mujeres adultas infectadas por el VIH

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Níger	26 000	22 000	32 000	20 000	16 000	25 000
Nigeria	1 400 000	1 200 000	1 600 000	1 700 000	1 500 000	1 900 000
República Centrafricana	...	...	...	...	...	...
República Democrática del Congo	210 000	190 000	240 000	230 000	210 000	260 000
República Unida de Tanzania	740 000	670 000	830 000	730 000	660 000	810 000
Rwanda	110 000	100 000	130 000	100 000	95 000	120 000
Santo Tomé y Príncipe	<500	<500	<1000	<1000	<500	<1000
Senegal	16 000	13 000	19 000	24 000	20 000	29 000
Sierra Leona	15 000	10 000	20 000	31 000	22 000	44 000
Sudáfrica	2 400 000	2 200 000	2 600 000	3 400 000	3 200 000	3 600 000
Sudán del Sur	65 000	29 000	110 000	78 000	51 000	120 000
Swazilandia	77 000	71 000	83 000	110 000	100 000	120 000
Togo	69 000	59 000	83 000	65 000	56 000	76 000
Uganda	460 000	410 000	540 000	780 000	690 000	900 000
Zambia	400 000	370 000	430 000	490 000	460 000	530 000
Zimbabwe	930 000	880 000	1 000 000	700 000	660 000	740 000
Europa occidental y central	140 000	120 000	150 000	210 000	190 000	230 000
Alemania	...	...	...	...	...	...
Austria	...	...	...	...	...	...
Bélgica	...	...	...	...	...	...
Bulgaria	...	...	...	...	...	...
Croacia	...	...	...	...	...	...
Dinamarca	...	...	...	...	...	...
Eslovaquia	...	...	...	...	...	...
Eslovenia	...	...	...	...	...	...
España	...	...	...	...	...	...
Estonia	...	...	...	...	...	...
Finlandia	...	...	...	...	...	...

ELIMINAR LAS DESIGUALDADES, EL MALTRATO Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y AUMENTAR LA CAPACIDAD DE LAS MUJERES Y LAS ADOLESCENTES PARA PROTEGERSE DEL VIH

Número de mujeres adultas infectadas por el VIH

	2001			2012		
	estimación	estimación inferior	estimación superior	estimación	estimación inferior	estimación superior
Francia
Grecia
Hungría
Islandia
Irlanda
Israel
Italia
Letonia
Lituania
Luxemburgo
Malta
Países Bajos
Noruega
Polonia
Portugal
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
Rumania
Serbia
Suecia
Suiza
Turquía
República Checa
MUNDIAL	13 700 000	12 500 000	15 000 000	16 100 000	14 800 000	17 400 000

¹ Las estimaciones para China y la India se basan en las estimaciones nacionales de 2011.

ELIMINAR LAS RESTRICCIONES RELACIONADAS CON EL VIH A LA ENTRADA, LA ESTANCIA Y LA RESIDENCIA

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

	2009	2013
Caribe		
Antigua y Barbuda	No	No
Barbados	No	No
Cuba	Sí	Sí
Dominica	No	No
Granada	No	No
Haití	No	No
Jamaica	No	No
República Dominicana	Sí	Sí
Saint Kitts y Nevis	No	No
Santa Lucía	No	No
Trinidad y Tobago	No	No

Asia oriental		
China	No	No
Japón	No	No
Mongolia	Sí	No
República de Corea	Sí	No
República Popular Democrática de Corea	Sí	Sí

Europa oriental y Asia central		
Armenia	Sí	No
Azerbaián	No	No
Belarús	Sí	Sí
Federación de Rusia	Sí	Sí
Georgia	No	No
Kazajstán	No	No
Kirguistán	No	No
República de Moldova	Sí	No
Tayikistán	Sí	Sí
Turkmenistán	Sí	Sí
Ucrania	Sí	No
Uzbekistán	Sí	Sí

	2009	2013
América Latina		
Argentina	No	No
Belice	Sí	Sí
Brasil	No	No
Chile	No	No
Colombia	No	No
Costa Rica	No	No
Ecuador	Sí	No
El Salvador	No	No
Guatemala	No	No
Guyana	No	No
México	No	No
Nicaragua	Sí	Sí
Panamá	No	No
Paraguay	Sí	Sí
Perú	No	No
Uruguay	No	No
Venezuela (República Bolivariana de)	No	No

Oriente Medio y África del Norte		
Arabia Saudita	Sí	Sí
Bahrein	Sí	Sí
Djibouti	No	No
Egipto	Sí	Sí
Emiratos Árabes Unidos	Sí	Sí
Irán (República Islámica del)	No	No
Iraq	Sí	Sí
Jordania	Sí	Sí
Kuwait	Sí	Sí
Líbano	Sí	Sí
Libia	No	No
Marruecos	No	No
Omán	Sí	Sí

ELIMINAR LAS RESTRICCIONES RELACIONADAS CON EL VIH A LA ENTRADA, LA ESTANCIA Y LA RESIDENCIA

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

	2009	2013
Qatar	Sí	Sí
República Árabe Siria	Sí	Sí
Somalia	No	No
Sudán	Sí	Sí
Túnez	No	No
Yemen	Sí	Sí
América del Norte		
Canadá	No	No
Estados Unidos de América	No	No
Oceanía		
Australia	Sí	Sí
Fiji	Sí	No
Islas Marshall	Sí	Sí
Islas Salomón	Sí	Sí
Micronesia (Estados Federados de)	No	No
Nueva Zelanda	Sí	Sí
Papua Nueva Guinea	Sí	Sí
Samoa	Sí	Sí
Tonga	Sí	Sí
Vanuatu	No	No
Asia meridional y sudoriental		
Bangladesh	No	No
Brunei Darussalam	Sí	Sí
Camboya	No	No
Filipinas	No	No
India	Sí	No
Indonesia	No	No
Malasia	Sí	Sí
Maldivas	No	No

	2009	2013
Myanmar	No	No
Nepal	No	No
Pakistán	No	No
República Democrática Popular Lao	No	No
Singapur	Sí	Sí
Sri Lanka	No	No
Tailandia	No	No
Viet Nam	No	No
África subsahariana		
Benin	No	No
Botswana	No	No
Burkina Faso	No	No
Burundi	No	No
Camerún	No	No
Chad	No	No
Comoras	Sí	Sí
Congo	No	No
Côte d'Ivoire	No	No
Etiopía	No	No
Gabón	No	No
Gambia	No	No
Ghana	No	No
Guinea	No	No
Guinea-Bissau	No	No
Kenya	No	No
Lesotho	No	No
Liberia	No	No
Madagascar	No	No

ELIMINAR LAS RESTRICCIONES RELACIONADAS CON EL VIH A LA ENTRADA, LA ESTANCIA Y LA RESIDENCIA

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

	2009	2013
Malawi	No	No
Malí	No	No
Mauritania	No	No
Mauricio	Sí	Sí
Mozambique	No	No
Namibia	No	No
Nigeria	No	No
República Centroafricana	No	No
República Democrática del Congo	No	No
República Unida de Tanzania	No	No
Rwanda	No	No
Senegal	No	No
Sierra Leona	No	No
Sudáfrica	No	No
Swazilandia	No	No
Togo	No	No
Uganda	No	No
Zambia	No	No
Zimbabwe	No	No
Europa occidental y central		
Albania	No	No
Andorra	Sí	Sí
Austria	No	No
Bélgica	No	No
Bosnia y Herzegovina	No	No
Bulgaria	No	No
Croacia	No	No
Chipre	Sí	Sí
Dinamarca	No	No
Eslovaquia	Sí	Sí
Eslovenia	No	No
España	No	No

	2009	2013
Estonia	No	No
Ex República Yugoslava de Macedonia	No	No
Finlandia	No	No
Francia	No	No
Grecia	No	No
Hungría	No	No
Islandia	No	No
Irlanda	No	No
Israel	Sí	Sí
Italia	No	No
Letonia	No	No
Liechtenstein	No	No
Lituania	Sí	Sí
Luxemburgo	No	No
Malta	No	No
Mónaco	No	No
Montenegro	No	No
Noruega	No	No
Países Bajos	No	No
Polonia	No	No
Portugal	No	No
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	No	No
República Checa	No	No
Rumania	No	No
San Marino	No	No
Serbia	No	No
Suecia	No	No
Suiza	No	No
Turquía	No	No

FORTALECER LA INTEGRACIÓN DEL VIH

Centros de salud que prestan servicios del VIH integrados a otros servicios de salud

Tratamiento antirretroviral y enfermedades crónicas no contagiosas

Tratamiento antirretroviral y atención ambulatoria general

Tratamiento antirretroviral y tuberculosis

Caribe

Antigua y Barbuda	Pocos	Pocos	Muchos
Barbados	Pocos	Pocos	Pocos
Dominica	Pocos	Pocos	Pocos
Granada	Pocos	Pocos	Pocos
Haití	Pocos	Pocos	Muchos
Jamaica	Pocos	Pocos	Pocos
República Dominicana	Pocos	Pocos	Muchos
Santa Lucía	Muchos	Muchos	Muchos
Trinidad y Tobago	Ninguno	Ninguno	Pocos

Asia oriental

Japón	Muchos	Muchos	Muchos
Mongolia	Ninguno	Ninguno	Pocos

Europa oriental y Asia central

Armenia	Muchos	Muchos	Muchos
Azerbaiyán	Ninguno	Pocos	Pocos
Belarús	Muchos	Muchos	Muchos
Kazajstán		Ninguno	Muchos
Kirguistán	Ninguno	Pocos	Muchos
República de Moldova	Pocos	Pocos	Pocos
Tayikistán	Ninguno	Muchos	Muchos
Uzbekistán	Pocos	Pocos	Pocos

América Latina

Argentina	Muchos	Pocos	Muchos
Belice	Ninguno	Muchos	Muchos
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Pocos	Pocos	Pocos
Brasil	Ninguno	Ninguno	Muchos
Chile	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Costa Rica	Ninguno	Ninguno	Ninguno
El Salvador	Muchos	Muchos	Muchos
Guatemala	Ninguno	Pocos	Pocos

Asesoramiento y pruebas del VIH y enfermedades crónicas no contagiosas

Asesoramiento y pruebas del VIH y atención ambulatoria general

Asesoramiento y pruebas del VIH y tuberculosis

Asesoramiento y pruebas del VIH y salud sexual y reproductiva

Prevención de la transmisión materno infantil y atención prenatal/salud materno infantil

Pocos	Muchos	Pocos	Pocos	Muchos
Muchos	Muchos	Pocos	Muchos	Pocos
Muchos	Muchos	Pocos	Muchos	Muchos
Pocos	Pocos	Muchos	Muchos	Muchos
Pocos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Muchos	Muchos	Pocos	Pocos	Pocos
Muchos	Muchos	Muchos	Pocos	Muchos
Pocos	Pocos	Pocos	Muchos	Muchos
Ninguno	Pocos	Pocos	Ninguno	Muchos

Muchos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Ninguno	Ninguno	Pocos	Pocos	Pocos

Muchos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Ninguno	Pocos	Pocos	Pocos	Ninguno
Muchos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Muchos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Muchos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Pocos	Muchos	Pocos	Pocos	Muchos
Ninguno	Pocos	Muchos	Muchos	Muchos
Muchos	Muchos	Muchos	Muchos	Pocos

Muchos	Muchos	Pocos	Muchos	Muchos
Ninguno	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Pocos	Pocos	Pocos	Muchos	Pocos
Muchos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Ninguno	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Ninguno	Pocos	Pocos	Ninguno	Ninguno
Muchos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Ninguno	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos

FORTALECER LA INTEGRACIÓN DEL VIH

Centros de salud que prestan servicios del VIH integrados a otros servicios de salud

	Tratamiento antirretroviral y enfermedades crónicas no contagiosas	Tratamiento antirretroviral y atención ambulatoria general	Tratamiento antirretroviral y tuberculosis
Guyana	Pocos	Pocos	Muchos
Honduras	Ninguno	Ninguno	Muchos
México	Pocos	Pocos	Muchos
Nicaragua	Pocos	Pocos	Pocos
Panamá	Pocos	Pocos	Muchos
Paraguay	Ninguno	Ninguno	Pocos
Perú	Pocos	Pocos	Pocos
Uruguay	Ninguno	Pocos	Pocos
Venezuela (República Bolivariana de)	Pocos	Pocos	Pocos

Oriente Medio y África del Norte

Arabia Saudita	Pocos	Pocos	Muchos
Argelia	Muchos	Muchos	Muchos
Bahrein	Ninguno	Pocos	Pocos
Djibouti	Muchos	Muchos	Muchos
Egipto	Pocos	Muchos	Pocos
Emiratos Árabes Unidos	Muchos	Ninguno	Muchos
Iraq	Ninguno	Ninguno	Muchos
Jordania	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Libia	Pocos	Muchos	
Marruecos			
Omán	Pocos	Pocos	Muchos
Qatar	Ninguno	Muchos	Muchos
Somalia	Ninguno	Pocos	Ninguno
Sudán	Pocos	Ninguno	Muchos
Túnez	Muchos	Pocos	Muchos

Oceanía

Australia	Pocos	Muchos	Pocos
Fiji	Pocos	Pocos	Pocos
Islas Marshall	Ninguno	Pocos	Pocos
Micronesia (Estados Federados de)	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Nueva Zelanda			Muchos
Palau	Muchos	Muchos	Muchos

Asesoramiento y pruebas del VIH y enfermedades crónicas no contagiosas

Asesoramiento y pruebas del VIH y atención ambulatoria general

Asesoramiento y pruebas del VIH y tuberculosis

Asesoramiento y pruebas del VIH y salud sexual y reproductiva

Prevención de la transmisión materno infantil y atención prenatal/salud materno infantil

Pocos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Ninguno	Ninguno	Muchos	Pocos	Muchos
Pocos	Pocos	Muchos	Muchos	Muchos
Pocos	Pocos	Muchos	Pocos	Muchos
Pocos	Pocos	Muchos	Pocos	Muchos
Ninguno	Pocos	Muchos	Muchos	Muchos
Pocos	Pocos	Pocos	Pocos	Pocos
Pocos	Pocos	Muchos	Muchos	Muchos
Ninguno	Pocos	Pocos	Ninguno	Pocos

Pocos	Pocos	Muchos	Pocos	Pocos
Muchos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Ninguno	Pocos	Pocos	Muchos	Pocos
Muchos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Pocos	Muchos	Muchos	Muchos	Pocos
Pocos	Pocos	Pocos	Ninguno	Muchos
Pocos	Pocos	Ninguno	Muchos	Muchos
Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Ninguno	Ninguno	Pocos	Pocos	Pocos
	Pocos	Muchos	Muchos	Muchos
Pocos	Pocos	Muchos	Muchos	Muchos
Muchos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Ninguno	Pocos	Muchos	Pocos	Pocos
Ninguno	Ninguno	Muchos	Muchos	Muchos
Ninguno	Pocos	Muchos	Pocos	Pocos

Muchos	Muchos	Pocos	Muchos	Muchos
Ninguno	Pocos	Muchos	Muchos	Pocos
Ninguno	Pocos	Pocos	Pocos	Pocos
Ninguno	Ninguno	Muchos	Muchos	Ninguno
		Muchos	Muchos	Muchos
Muchos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos

FORTALECER LA INTEGRACIÓN DEL VIH

Centros de salud que prestan servicios del VIH integrados a otros servicios de salud

Tratamiento antirretroviral y enfermedades crónicas no contagiosas

Tratamiento antirretroviral y atención ambulatoria general

Tratamiento antirretroviral y tuberculosis

Papua Nueva Guinea	Ninguno	Ninguno	Ninguno
--------------------	---------	---------	---------

Asia meridional y sudoriental

Bangladesh	Ninguno	Ninguno	Pocos
Bhután	Pocos	Muchos	Pocos
Brunei Darussalam	Ninguno	Ninguno	Pocos
Filipinas	Ninguno	Ninguno	Muchos
Malasia	Muchos	Muchos	Muchos
Myanmar	Pocos	Pocos	Pocos
Nepal	Pocos	Pocos	Pocos
Pakistán	Ninguno	Ninguno	Pocos
Sri Lanka	Ninguno	Ninguno	Muchos
Tailandia	Ninguno	Pocos	Muchos
Viet Nam	Ninguno	Pocos	Muchos

África subsahariana

Benin	Muchos	Muchos	Muchos
Botswana	Ninguno	Ninguno	Pocos
Burundi	Pocos	Pocos	Pocos
Camerún	Muchos	Muchos	Muchos
Cabo Verde	Muchos	Muchos	Muchos
Chad	Pocos	Pocos	Muchos
Comoras	Pocos	Pocos	Muchos
Eritrea	Ninguno	Pocos	Pocos
Etiopía	Pocos	Pocos	Pocos
Gabón	Pocos	Pocos	Pocos
Gambia	Pocos	Pocos	Muchos
Ghana	Ninguno	Ninguno	Muchos
Guinea	Pocos	Pocos	Muchos
Guinea-Bissau	Ninguno	Ninguno	Muchos
Guinea Ecuatorial	Pocos	Muchos	Pocos
Kenya	Pocos	Muchos	Muchos
Lesotho	Muchos	Muchos	Muchos
Liberia	Muchos	Pocos	Muchos

Asesoramiento y pruebas del VIH y enfermedades crónicas no contagiosas

Asesoramiento y pruebas del VIH y atención ambulatoria general

Asesoramiento y pruebas del VIH y tuberculosis

Asesoramiento y pruebas del VIH y salud sexual y reproductiva

Prevención de la transmisión materno infantil y atención prenatal/salud materno infantil

Ninguno	Ninguno	Pocos	Pocos	Pocos
Ninguno	Pocos	Pocos	Pocos	Pocos
Ninguno	Muchos	Pocos	Muchos	Muchos
Ninguno	Pocos	Pocos	Pocos	Pocos
Ninguno	Pocos	Muchos	Pocos	Pocos
Muchos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Pocos	Pocos	Pocos	Muchos	Muchos
Pocos	Pocos	Pocos	Pocos	Pocos
Ninguno	Pocos	Pocos	Pocos	Pocos
Ninguno	Ninguno	Pocos	Muchos	Pocos
Ninguno	Pocos	Muchos	Muchos	Muchos
Pocos	Muchos	Muchos	Pocos	Muchos
Muchos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Pocos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Pocos	Muchos	Muchos	Muchos	Pocos
Muchos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Pocos	Pocos	Pocos	Pocos	Muchos
Muchos	Pocos	Muchos	Muchos	Muchos
Ninguno	Pocos	Muchos	Pocos	Muchos
Pocos	Pocos	Muchos	Muchos	Muchos
Ninguno	Pocos	Pocos	Muchos	Muchos
Pocos	Pocos	Pocos	Pocos	Muchos
Pocos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Pocos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Muchos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos

FORTALECER LA INTEGRACIÓN DEL VIH

Centros de salud que prestan servicios del VIH integrados a otros servicios de salud

	Tratamiento antirretroviral y enfermedades crónicas no contagiosas	Tratamiento antirretroviral y atención ambulatoria general	Tratamiento antirretroviral y tuberculosis
Madagascar	Ninguno	Pocos	Pocos
Malawi	Ninguno	Pocos	Muchos
Mauritania	Ninguno	Pocos	Pocos
Mauricio	Ninguno	Ninguno	Muchos
Mozambique	Pocos	Muchos	Muchos
Namibia	Ninguno	Ninguno	Muchos
Níger	Pocos	Muchos	Muchos
Nigeria	Pocos	Pocos	Pocos
República Democrática del Congo	Ninguno	Pocos	Pocos
República Unida de Tanzania	Pocos	Muchos	Muchos
Rwanda	Muchos	Muchos	Muchos
Senegal	Pocos	Muchos	Muchos
Seychelles	Pocos	Pocos	Muchos
Sierra Leona	Muchos	Muchos	Muchos
Sudáfrica	Pocos	Pocos	Pocos
Swazilandia	Muchos	Muchos	Muchos
Togo	Pocos	Pocos	Muchos
Uganda	Muchos	Muchos	Muchos
Zambia	Muchos	Muchos	Muchos
Zimbabwe	Pocos	Muchos	Muchos
Europa occidental y central			
Eslovaquia	Ninguno	Ninguno	Pocos
España	Muchos	Muchos	Muchos
Irlanda	Muchos	Muchos	Muchos
Lituania	Pocos	Pocos	Pocos
Malta	Ninguno	Ninguno	Muchos
Montenegro	Ninguno	Ninguno	
Polonia	Muchos	Muchos	Ninguno
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	Pocos	Ninguno	Pocos
Rumania	Muchos	Muchos	Muchos
Serbia	Muchos	Muchos	Muchos

Asesoramiento y pruebas del VIH y enfermedades crónicas no contagiosas

Asesoramiento y pruebas del VIH y atención ambulatoria general

Asesoramiento y pruebas del VIH y tuberculosis

Asesoramiento y pruebas del VIH y salud sexual y reproductiva

Prevención de la transmisión materno infantil y atención prenatal/salud materno infantil

Ninguno	Muchos	Pocos	Muchos	Muchos
Ninguno	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Ninguno	Pocos	Pocos	Muchos	Pocos
Pocos	Ninguno	Muchos	Muchos	Muchos
Pocos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Muchos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Pocos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Pocos	Pocos	Muchos	Pocos	Pocos
Pocos	Pocos	Pocos	Pocos	Pocos
Pocos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Muchos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Pocos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Pocos	Pocos	Muchos	Muchos	Muchos
Pocos	Muchos	Pocos	Muchos	Muchos
Pocos	Pocos	Pocos	Pocos	Pocos
Muchos	Muchos	Pocos	Muchos	Muchos
Pocos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Muchos	Muchos	Pocos	Muchos	Muchos
Muchos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Pocos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Ninguno	Ninguno	Pocos	Pocos	Muchos
Muchos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Pocos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Muchos	Muchos	Pocos	Muchos	Pocos
Ninguno	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Ninguno	Ninguno	Pocos	Pocos	Pocos
Ninguno	Muchos	Ninguno	Pocos	Muchos
Pocos	Ninguno	Pocos	Muchos	Muchos
Muchos	Muchos	Muchos	Muchos	Muchos
Pocos	Pocos	Pocos	Pocos	Pocos

FORTALECER LA INTEGRACIÓN DEL VIH

Asistencia escolar actual de jóvenes de 10 a 14 años¹

	Huérfanos		No huérfanos	
	2009	2012	2009	2012
Caribe				
Bahamas	100	...	100	...
Cuba	100	100	100	100
Haití	77	92	89	96
República Dominicana	69	95	97	98
Saint Kitts y Nevis	100	100	100	100
Santa Lucía	100	...	72	...
Asia oriental				
Mongolia	...	100	...	98
América Latina				
Belice	62	62	...	95
Costa Rica	...	95	...	93
Honduras	59	25	55	84
Perú	...	89	...	94
Suriname	...	86	...	97
Uruguay	...	100	...	...
Oriente Medio y África del Norte				
Irán (República Islámica del)	75	75	92	92
Omán	...	100	...	...
Somalia	...	25	...	29
Sudán	54	78	67	82
Oceanía				
Papua Nueva Guinea	75	...	87	...
Vanuatu	...	74	...	83
Asia meridional y sudoriental				
Camboya	76	70	92	81
Indonesia	87	87	93	93
Tailandia	96	...	96	...
Timor-Leste	...	66	...	87

FORTALECER LA INTEGRACIÓN DEL VIH

Asistencia escolar actual de jóvenes de 10 a 14 años¹

	Huérfanos		No huérfanos	
	2009	2012	2009	2012
África subsahariana				
Angola	75	71	87	90
Benin	6	63	...	76
Botswana	...	98	...	...
Burkina Faso	56	61	49	55
Burundi	...	75	...	91
Camerún	79	...	86	...
Chad	54	67	46	57
Congo	82	...	93	96
Côte d'Ivoire	36	46	36	71
Etiopía	53	69	59	76
Gabón	81	96	96	98
Gambia	...	91	...	94
Ghana	67	67	88	88
Guinea-Bissau	...	78	...	72
Kenya	64	94	61	98
Lesotho	...	93	...	95
Madagascar	...	60	...	81
Malawi	89	91	91	93
Malí	42	54	48	62
Mauritania	51	...	71	...
Mozambique	79	66	87	79
Namibia	95	94	94	95
Níger	25	25	38	37
Nigeria	...	84	...	84
República Centroafricana	65	70	67	79
República Democrática del Congo	63	63	81	85
República Unida de Tanzania	60	32	...	62
Rwanda	75	88	91	96
Santo Tomé y Príncipe	...	100	...	90

FORTALECER LA INTEGRACIÓN DEL VIH

Asistencia escolar actual de jóvenes de 10 a 14 años¹

	Huérfanos		No huérfanos	
	2009	2012	2009	2012
Senegal	...	90	...	94
Seychelles	...	100	...	100
Sierra Leona	47	47	76	76
Sudáfrica	98	98	99	99
Swazilandia	90	97	93	99
Togo	92	77	96	89
Uganda	...	...	82	
Zambia	81	...	88	...
Zimbabwe	...	88	...	95
Europa occidental y central				
España	99	...	...	...

¹ Para conocer la definición del indicador, diríjase a <http://www.indicatorregistry.org/node/864>.



20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org

