

VII - Nuevos y antiguos riesgos

Situación mundial de la epidemia del SIDA

Angela Torres

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

TORRES, A. Situación mundial de la epidemia del SIDA. In: BRICEÑO-LEÓN, R., MINAYO, M. C. S., and COIMBRA JR., C. E. A., coord. *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 297-306. ISBN: 978-85-7541-512-2. Available from: doi: [10.7476/9788575415122](https://doi.org/10.7476/9788575415122). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/rmmbk/epub/leon-9788575415122.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

SITUACIÓN MUNDIAL DE LA EPIDEMIA DEL SIDA

Angela Torres*

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene la intención de dar a conocer una vasta panorámica sobre la situación mundial de la epidemia del VIH/SIDA, con énfasis en Latinoamérica. Hablamos de una epidemia que ha socavado los esfuerzos de los gobiernos nacionales, de las organizaciones no gubernamentales y de sus asociados en materia de salud, disminuyendo la esperanza de vida, aumentando la morbilidad y abarrotando los servicios de salud, afectando así el bienestar económico de los países —por los años de vida perdidos y las inversiones perdidas en la formación de recursos humanos que han muerto a causa del virus— e incluso la estabilidad política, especialmente en el mundo en desarrollo.

El análisis de los datos de vigilancia arrojan cifras cada vez más alarmantes. De acuerdo al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), copatrocinadora de ONUSIDA, a comienzos de 1998 había más de 33,4 millones de personas infectadas por el VIH y 11,7 millones de personas habían fallecido por esa enfermedad; se producen 16 mil nuevas infecciones diarias y solamente en 1997 se produjeron 5,8 millones de nuevas infecciones. América Latina está seriamente afectada por la epidemia, aunque en muchos de los países la vigilancia presenta serias deficiencias por falta de notificación, no se lleva registro de infectados, etc., lo que hace que el subregistro sea muy elevado. Los datos aportados son estimaciones, en muchos de ellos por la falta de información veraz (ONUSIDA, 1996-1997; ONUSIDA/OMS, 1997; Bernard, 1998a).

En primer lugar trataremos de la casuística de personas afectadas por la epidemia; en segundo lugar el SIDA y las enfermedades infecciosas; en tercer lugar la situación de África; en cuarto lugar el SIDA en Asia; en quinto lugar la presencia del VIH/SIDA en Norteamérica y Europa Occidental; en sexto lugar América Latina y el Caribe, con énfasis en América Latina, y finalmente concluimos con unas acciones que se están realizando y unas recomendaciones que a nuestro parecer ayudarían a disminuir notablemente esta problemática.

ESTIMACIONES DE MORBIMORTALIDAD

Según las estimaciones más recientes de ONUSIDA (1998), a finales de ese año el número de personas que viven con el VIH (virus de inmunodeficiencia humana, el virus que causa el SIDA) aumentó hasta 33,4 millones, un 10% más que el año anterior. La epidemia no ha sido controlada en ningún lugar. En prácticamente todos los países del mundo se produjeron nuevas infecciones en 1998 y son muchos los lugares en los que la epidemia está creciendo incontroladamente. Las nuevas infecciones alcanzaron a 5,8 millones y las defunciones a 2,5 millones, con un acumulado de 13,9 millones para el mismo año.

* Médico cirujano. Postgrado en psiquiatría y en administración sanitaria. Asesora nacional del Programa de Sida para Venezuela, 1996-2000. Consultora de Sida para Venezuela y Antillas Holandesas (OPS/OMS), 1991-1996.

ESTIMACIONES MUNDIALES A FINES DE 1998

ADULTOS Y NIÑOS / CUADRO 1

• Personas que viven con el VIH/SIDA	3,4 millones
• Nuevas infecciones por el VIH en 1998	5,8 millones
• Defunciones por causa del VIH/SIDA en 1998	2,5 millones
• Número acumulativo de defunciones por causa del VIH/SIDA	13,9 millones



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA



Organización Mundial de la Salud

En la actualidad, más del 95% de las personas infectadas por el VIH viven en el mundo en desarrollo, y es en estos países en los que se ha producido el 95% de todas las defunciones causadas por el SIDA hasta la fecha, sobre todo en adultos jóvenes que, en condiciones normales, se encontrarían en los años de máxima actividad productiva y reproductiva. Las múltiples repercusiones de estos fallecimientos están alcanzando proporciones de crisis en algunas partes del mundo. Sea cual sea el patrón de medida utilizado (deterioro de la supervivencia infantil, descenso de la esperanza de vida, sobrecarga de los sistemas de asistencia sanitaria, aumento de la orfandad o reducción de los beneficios empresariales), el SIDA plantea una gran amenaza para el desarrollo (Bernard et al., 1998).

De acuerdo a las últimas estimaciones de ONUSIDA/OMS, durante 1998 se produjeron, en todo el mundo, 11 infecciones de hombres, mujeres y niños por minuto, con un total cercano a 6 millones de personas. Una décima parte de las personas recién infectadas tenían menos de 15 años de edad, lo cual hace que el número de niños vivos con el VIH alcance ahora los 1,2 millones (Bernard, 1998b). Se cree que la mayor parte de ellos han contraído la infección a través de sus madres, antes del nacimiento, durante el parto, o bien a través de la lactancia materna. La

transmisión de la madre al niño puede reducirse con la administración de fármacos antirretrovirales a las mujeres embarazadas VIH-positivas y sustitutos de la leche materna, aunque el objetivo final debe ser una prevención eficaz en las mujeres jóvenes, para evitar contraer la infección inicial. Por desgracia, en lo que respecta a la infección por el VIH, las mujeres parecen estar alcanzando una equiparación con los hombres. Mientras que en 1997 constituían un 41% de los adultos infectados en todo el mundo, en la actualidad las mujeres representan un 43% de todas las personas de más de 15 años de edad que viven con el VIH y el SIDA. No hay indicio alguno de que esta tendencia a la igualdad en la relación hombre/mujer vaya a invertirse.

En total, desde el inicio de la epidemia hace unas dos décadas, el VIH ha infectado a más de 47 millones de personas. Aunque se trata de un virus de acción lenta que puede tardar una década o más en causar una enfermedad grave y la muerte, el VIH ha costado ya la vida a casi 14 millones de adultos y niños.

EL SIDA Y LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Según las estimaciones recientes de la OMS, el paludismo causa más de un millón de muertes al año.

En 1998, los fallecimientos debidos al SIDA ascendieron, como ya señalamos, a unos 2,5 millones. Ambas enfermedades se encuentran entre las cinco principales causas de defunciones en todo el mundo. Sin embargo, es importante que no pase desapercibida la dinámica de esta situación. Ya en el año 1954 fallecían millones de personas cada año a causa del paludismo. El SIDA es una epidemia que se encuentra todavía en fase emergente y el número de muertes que causa aumenta año tras año, al tiempo que el número de personas que contraen la infección diariamente se incrementa en unas 16 mil.

La tuberculosis, la segunda causa de muerte infecciosa más importante, está aumentando también como consecuencia en gran parte de la epidemia del VIH. Las personas cuyas defensas inmunitarias se ven debilitadas por la infección por el VIH pasan a ser presa fácil para otros gérmenes, como el bacilo causante de la tuberculosis. Las infecciones a que ello da lugar (junto con algunos cánceres) son las causantes de las enfermedades recurrentes que, en sus fases avanzadas, se denominan "SIDA", y que conducen finalmente a la muerte. Alrededor del 30% de todos los fallecimientos por SIDA son consecuencia directa de la tuberculosis.

Los individuos con una infección doble por VIH/TB se enfrentan a un riesgo muy superior al de los portadores de TB que son VIH-negativos. En todo el mundo hay millones de personas que están infectadas por el VIH y a la vez por el bacilo de la tuberculosis, y el potencial de aumento de la coinfección en los países en desarrollo es amplio, teniendo en cuenta la abrumadora prevalencia de portadores de TB en la población general (aproximadamente 30%) y cerca de 6 millones de nuevas infecciones por el VIH anuales. Para hacer frente a la doble epidemia serán necesarias medidas más firmes para la detección y tratamiento de los casos de TB (la tuberculosis puede curarse con antibióticos, con independencia de que la persona afectada esté o no infectada por el VIH), paralelamente con programas de prevención del SIDA más eficaces destinados a evitar nuevas infecciones por el VIH.

ÁFRICA

En el África subsahariana vive el 70% de las personas que contrajeron la infección por el VIH durante 1999. También es la región en la que se

produjeron las cuatro quintas partes del total de defunciones por SIDA en 1998. Desde el inicio de la epidemia, un 83% de las muertes debidas al SIDA se han producido hasta ahora en esta región. En cuanto a los niños menores de 15 años de edad, la cuota de África en las infecciones contraídas en 1998 fue de 9 de cada 10. El 95% de todos los huérfanos causados por el SIDA son africanos. Sin embargo, tan sólo una décima parte de la población mundial vive en África subsahariana. La cifra absoluta de africanos afectados por la epidemia es abrumadora. Desde que se inició la propagación del VIH, se estima que 34 millones de personas de África subsahariana han contraído la infección por el virus. Unos 11,5 millones de ellas han fallecido ya, y una cuarta parte de esos casos eran niños. Se estima que durante 1998 el SIDA fue la causa de 2 millones de muertes en África (5.500 funerales al día). A pesar de la magnitud de la mortalidad, actualmente hay más africanos que antes viviendo con el VIH: 21,5 millones de adultos y un millón de niños (ONUSIDA, 1998).

Aunque no hay ningún país de África que haya escapado al virus, algunos se han visto afectados de manera mucho más grave que otros. El mayor número de infecciones recientes continúa concentrándose en la parte oriental y especialmente en la meridional, donde se encuentran la mayoría de los países más gravemente afectados del mundo. En Botswana, Namibia, Swazilandia y Zimbabwe, las estimaciones actuales indican que entre el 20% y el 26% de las personas de 15 a 49 años de edad viven con el VIH o el SIDA. Lamentablemente, se cree que en 1999 una de cada siete nuevas infecciones ocurridas en el continente corresponde a Sudáfrica, que se había mantenido por detrás de algunos de los países vecinos en cuanto a las cifras de infección por el VIH. Simbabwe es un país que se ha visto especialmente afectado; existen allí 25 centros de vigilancia en los que se extraen muestras de sangre a mujeres embarazadas para realizar análisis de manera anónima, como forma de seguir la evolución de la infección por el VIH. Los datos más recientes, correspondientes a 1997, indican que tan sólo en dos de esos centros se observó que la prevalencia del VIH se mantenía por debajo del 10%. En los 23 centros restantes se observó que un 20-50% de las mujeres embarazadas estaban infectadas. Como mínimo una tercera parte

de esas mujeres es probable que transmitan la infección a sus hijos recién nacidos.

Otras zonas del continente no son en modo alguno inmunes a esta epidemia. En la República Centroafricana y Kenya, uno o más de cada diez adultos está infectado por el VIH. Sin embargo, en general África oriental está menos afectada por el VIH que la parte del sur o la parte oriental del continente y algunos países del centro se han mantenido también relativamente estables en cuanto al VIH. Estas tasas más bajas pueden atribuirse en algunos casos a las medidas de prevención tempranas y sostenidas que se han aplicado; Senegal es un buen ejemplo de ello. Sin embargo, en otros lugares, en los que se ha hecho mucho menos por fomentar unas relaciones sexuales seguras, las causas de la relativa estabilidad no están claras. Se están realizando investigaciones para explicar las diferencias existentes entre las epidemias de diversos países. En esos estudios se examinan factores que pueden desempeñar algún papel, como los modelos de establecimiento de contactos sexuales, el grado de uso de preservativos con diferentes compañeros y el tratamiento o no de otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), que facilitarían la transmisión del VIH a través de las relaciones sexuales.

ASIA

Cada vez se centra más la atención en la propagación del VIH a través del continente asiático, y en especial de Asia meridional y sudoriental. Aunque las tasas continúan siendo bajas en comparación con las de algunas otras regiones, hay más de 7 millones de habitantes de Asia infectados y el VIH está empezando a propagarse claramente de manera importante en las poblaciones de India y China.

La India nos ofrece un ejemplo interesante del cambio que se produce en los patrones de propagación del VIH:

Hasta hace poco se pensaba que la infección por el VIH en la segunda nación más poblada del mundo se concentraba en los consumidores de drogas intravenosas y en los profesionales del sexo y sus clientes urbanos de algunos estados. Los resultados de la última ronda de vigilancia centinela en

dispensarios prenatales ponen de manifiesto que, por lo menos en cinco estados, más del 1% de las mujeres embarazadas en las zonas urbanas están infectadas.

Se creía que las zonas rurales —en las que vive el 73% de los 930 millones de habitantes del país— estaban relativamente poco afectadas por la epidemia. Los estudios recientes indican de nuevo que, al menos en algunas áreas, el VIH ha pasado a tener una frecuencia preocupante tanto en los pueblos como en las ciudades. En una encuesta reciente de familias elegidas aleatoriamente en Tamil Nadu se encontró que el 2,1% de la población adulta en las zonas rurales tenía el virus, en comparación con el 0,7% de la población urbana. En el caso de este estado pequeño, con una población de 25 millones de habitantes, los resultados del estudio parecen indicar que hay cerca de medio millón de personas actualmente infectadas por el VIH en Tamil Nadu. Teniendo en cuenta que aproximadamente el 10% de las personas encuestadas tenían blenorragia, sífilis u otras ITS, el VIH dispone de un terreno fértil para su propagación.

El VIH está firmemente arraigado en la población general, y afecta a las mujeres cuyo único comportamiento de riesgo es tener relaciones sexuales sin protección con sus maridos. En un estudio de casi 400 mujeres que no eran profesionales del sexo y que acudieron a centros de tratamiento de ITS de Pune, el 93% estaban casadas y el 91% no habían tenido nunca relaciones sexuales con otras personas que no fueran sus maridos. Todas esas mujeres tenían una ITS y es de destacar que un 13,6% de ellas dieron resultados positivos en las pruebas de detección del VIH (Bernard, 1998c).

NORTEAMÉRICA Y EUROPA OCCIDENTAL

En América del Norte y Europa occidental, las nuevas combinaciones de medicamentos contra el VIH continúan reduciendo de manera significativa las defunciones por SIDA. Por ejemplo, las cifras publicadas recientemente indican que en 1997 la tasa de mortalidad por SIDA en Estados Unidos de América fue la más baja de la última década, casi dos tercios por debajo de las tasas registradas tan sólo dos años antes, cuando no se había iniciado el uso generalizado del tratamiento combinado. Sin embargo, como continúan produciéndose nuevas

infecciones al tiempo que las combinaciones de medicamentos antirretrovirales mantienen con vida a las personas infectadas, la proporción de la población que vive con el VIH ha aumentado. Ello hace aumentar, obviamente, las demandas de asistencia e incrementa los obstáculos para la prevención a los que han de hacer frente los países.

El VIH continúa su escalada en los grupos de consumidores de drogas intravenosas de Europa oriental. Por el momento, Ucrania continúa siendo el país más afectado, aunque la Federación Rusa, Belarús y Moldova han registrado aumentos muy notables en los últimos años. El VIH está penetrando a través de los nuevos grupos de población consumidora de drogas, con lo que la posibilidad de una mayor propagación a través de las drogas y del sexo resulta innegable, teniendo en cuenta el vínculo existente entre las poblaciones de consumidores de drogas intravenosas y las de profesionales del sexo con los notables aumentos que se están produciendo en otras ETS. Así, por ejemplo, en la Federación Rusa las tasas de sífilis han pasado de los aproximadamente 10 casos por 100 mil habitantes que había a finales de los años ochenta a más de 260 casos por 100 mil habitantes un decenio después.

Durante 1998, América del Norte y Europa occidental no han registrado progreso alguno en cuanto a la reducción del número de nuevas infecciones. Los impresionantes aumentos iniciales del VIH se revirtieron con éxito hacia mediados y finales de los años ochenta gracias a las campañas de prevención, que contribuyeron a aumentar el uso del preservativo entre los hombres homosexuales de prácticamente el 0% a bastante por encima del 50%. Pero durante el último decenio, la tasa de nuevas infecciones se ha mantenido estable en lugar de seguir bajando. Tan sólo durante 1998, contrajeron la infección por el VIH casi 75 mil personas, con lo que el total de personas que viven con el VIH en esas dos regiones pasó a ser de casi 1,4 millones.

Ciertamente, la epidemia ya no está fuera de control en los países de esas regiones. Pero también es cierto que no se ha detenido. Y en esa fase, los obstáculos para la prevención son mayores que nunca. Una razón de ello es que los esfuerzos de prevención ya han llegado a los grupos de fácil alcance, como las

comunidades blancas gay con un elevado nivel de educación y organización. Otro motivo es que las infecciones por el VIH se están concentrando de forma creciente en los sectores más pobres de la población. En Estados Unidos, el VIH ha pasado a ser una amenaza desproporcionada para los ciudadanos estadounidenses de origen africano. Aunque los afroamericanos solamente representan el 13% de la población total de ese país, soportan una parte desproporcionada de la pobreza, el subempleo y el acceso insuficiente a la asistencia sanitaria. Hoy, los afroamericanos tienen una probabilidad de tener el VIH ocho veces superior a la de los individuos de raza blanca. Según los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC), se calcula que la prevalencia nacional del VIH en los hombres de raza negra ha alcanzado un 2% y que el SIDA ha pasado a ser la primera causa de defunción en el grupo de edad de 25-44 años. En las mujeres negras del mismo grupo de edad, el SIDA ocupa el segundo lugar como causa de defunción (Bernard, 1998d).

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Se observó la presencia del virus de inmunodeficiencia humana a bajos niveles en toda la región desde principios del decenio de 1980, posteriormente las tasas empezaron a aumentar, principalmente en Brasil, en algunos países de Centroamérica y, en especial, en Haití, donde la transmisión heterosexual predominó desde el comienzo. A fines de 1997, ya la mayoría de los países de la región tenían la epidemia claramente declarada, y las tasas más altas correspondían al Caribe. Hoy se estima que en América Latina y el Caribe hay aproximadamente 1,3 millones de personas que viven con el VIH. La prevalencia del VIH se calcula en casi todos los 44 países y territorios de la región. En el Caribe la vía sexual es la más frecuente; el grupo más afectado es el heterosexual, seguido por la transmisión vertical; la edad más frecuente está entre los 20 y los 39 años de edad y la población más afectada es la urbana.

En América Latina la tendencia de la propagación del VIH prácticamente la misma que en todos los países industrializados, de modo que en muchos de nuestros países los puntos focales de la infección por el VIH son los hombres que tienen

relaciones sexuales no protegidas con otros hombres y los consumidores de drogas intravenosas que comparten agujas. En México algunos estudios indican que hasta un 30% de los hombres que tienen sexo con hombres están infectados por el VIH y entre el 3% y el 11% de los usuarios de drogas intravenosas son seropositivos, mientras que en Argentina y Brasil esa proporción puede acercarse a la mitad de todos los que se infectan con drogas. Sin embargo la transmisión heterosexual está aumentando considerablemente, lo que se evidencia a través del número de mujeres infectadas. En Brasil, en 1986 1 de cada 17 casos era una mujer, hoy es 1 de cada 4 casos y una cuarta parte de 550 mil adultos de ese país que viven con el virus son mujeres.

En la mayoría de los países de la región, los seropositivos y los casos SIDA se producen en las grandes ciudades, en la población urbana; sin embargo, en algunos lugares se está produciendo un claro aumento entre los grupos más pobres y menos instruidos. Por ejemplo, en Brasil la mayoría de los primeros casos se produjeron en personas con estudios secundarios y/o universitarios, mientras que hoy el 60% de los afectados que viven con SIDA no han pasado de los estudios de primaria.

La vigilancia sistemática es escasa. El elevado uso de anticonceptivos en la región hace que una proporción menor de mujeres sexualmente activas queden embarazadas, por ello la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas será probablemente menos representativa que las tasas que en otras partes del mundo en desarrollo, como África y Asia. No obstante, ello constituye uno de los mejores indicadores del VIH en la población general:

El VIH ha alcanzado niveles del 1% entre las mujeres embarazadas en Honduras y de más del 3% en Porto Alegre (Brasil). Esas tasas son notablemente más elevadas en el Caribe. En 1993 el 8% de las mujeres embarazadas en Haití estaban infectadas por el VIH y la misma prevalencia se registró en un centro de vigilancia de República Dominicana en 1996.

En el siguiente cuadro podemos apreciar algunas características de cada uno de los países de Latinoamérica, comparando vías de transmisión, edad de mayor frecuencia de la infección y área de mayor incidencia. Así vemos que en todos los países la vía

sexual es la más frecuente, la mayor incidencia está en los homo y bisexuales, exceptuando Guyana y Uruguay (heterosexuales). Los países con mayor problema de drogas y SIDA son Argentina, Brasil, Uruguay, Paraguay y Chile. Las personas que habitan en las zonas urbanas son las más afectadas y las edades oscilan entre los 20 y los 39 años de edad para toda la región.

En el siguiente cuadro se destaca la prevalencia por países, donde Guyana está en primer lugar, seguida de Belice, Honduras y Suriname.

En América Latina, Brasil ocupa el primer lugar de acuerdo al número de afectados, Argentina el segundo lugar, Venezuela el tercer lugar, seguida de Colombia en cuarto lugar y Perú en el quinto lugar.

En América Latina la población está muy expuesta al riesgo por varios factores, entre ellos podemos destacar lo cultural, lo social, lo económico y lo religioso.

Existen grupos vulnerables, como las mujeres, que no tienen poder de decisión a la hora de tener una relación sexual: la subordinación a la que está sometida la expone a contraer la infección en su propio hogar; igualmente las trabajadoras sexuales, las escolares que no reciben una educación sexual adecuada y todos los que están fuera del sistema escolar. Dentro de los grupos vulnerables están los hombres que tienen sexo con hombres. También los presos y los militares están expuestos al riesgo por la reclusión a que están sometidos.

El factor económico juega asimismo un rol muy importante, especialmente en esta época de crisis que está afectando a la región latinoamericana, lo que conlleva una pérdida de poder adquisitivo, con el consecuente aumento del comercio sexual para ambos sexos. Por otra parte, la desnutrición acarrea una disminución de las defensas del organismo contra el virus, disminuyendo el período de latencia de la enfermedad, con un aumento de la mortalidad.

La discriminación de que son objeto los afectados por el VIH/SIDA y sus familiares, que les obliga a aislarse y esconder su condición, les impide en consecuencia solicitar la prestación del servicio necesario, incluyendo la capacitación para evitar su reinfección y la infección a otros. Otro grupo

CUADRO 2

PAIS	VIA TRANSMISIÓN			EDAD DE MAYOR FRECUENCIA	MAYOR INCIDENCIA
Argentina	Sexual:	Hetero:	18%	20 - 39	Urbana
	UDI:	Homo-bi:	36%		
	Sangre:		3%		
	Perinatal:		4%		
	Desc.:		3%		
Bolivia	N.E.			25 - 39	Urbana
Brasil	Sexual:	Hetero:	20%	25 - 39	Urbana y extendiéndose a la rural
	UDI:	Homo-bi:	33%		
	Sangre:		4%		
	Perinatal:		3%		
	Desc.:		20%		
Chile	Sexual:	Hetero:	20%	20 - 39	Urbana
	UDI:	Homo-bi:	63%		
	Sangre:		2%		
	Perinatal:		2%		
	Desc.:		9%		
Colombia	Sexual:	Hetero:	15%	25 - 39	Urbana
	UDI:	Homo-bi:	60%		
	Sangre:		1%		
	Perinatal:		1%		
	Desc.:		22%		
Ecuador	Sexual:	Hetero:	34%	20 - 39	Urbana
	UDI:	Homo-bi:	57%		
	Sangre:		2%		
	Perinatal:		1%		
	Desc.:		4%		
Guyana	Sexual:	Hetero:	69%	20 - 39	Urbana
	UDI:	Homo-bi:	16%		
	Sangre:		2%		
	Perinatal:		3%		
	Desc.:		7%		
Paraguay	Sexual:	Hetero:	69%	20 - 39	Urbana
	UDI:	Homo-bi:	16%		
	Sangre:		2%		
	Perinatal:		1%		
	Desc.:		4%		
Paraguay	N.E.			20 - 39	Urbana
Perú	Sexual:	Hetero:	32%	20 - 39	Urbana
	UDI:	Homo-bi:	44%		
	Sangre:		2%		
	Perinatal:		2%		
	Desc.:		19%		
Uruguay	Sexual:	Hetero:	22%	25 - 39	Urbana
	UDI:	Homo-bi:	4%		
	Sangre:		1%		
	Perinatal:		5%		
	Desc.:		19%		
Venezuela	Sexual:	Hetero:	30,67%	20 - 39	Urbana
	UDI:	Homo-bi:	59,36%		
	Sangre:		4,4%		
	Perinatal:		3,1%		
	Desc.:		36,6%		

ESTIMACIONES DE LA INFECCIÓN POR EL VIH EN LOS ADULTOS, FINALES DE 1997 / CUADRO 3

América Latina	Adultos (15-49 años) que vivían con el VIH/SIDA	Prevalencia en los adultos (%)
Argentina	120.000	0,69
Belice	2.100	1,89
Bolivia	2.600	0,07
Brasil	570.000	0,63
Chile	15.000	0,20
Colombia	72.000	0,36
Costa Rica	10.000	0,55
Ecuador	18.000	0,28
El Salvador	18.000	0,58
Guatemala	27.000	0,52
Guyana	10.000	2,13
Honduras	41.000	1,46
México	180.000	0,35
Nicaragua	4.100	0,19
Panamá	8.800	0,61
Paraguay	3.100	0,13
Perú	71.000	0,56
Suriname	2.700	1,17
Uruguay	5.200	0,33
Venezuela	81.000	0,69

Las estimaciones arriba mencionadas incluyen a todos los adultos de 15 a 49 años de edad con la infección por el VIH (indistintamente de si han desarrollado o no síntomas del SIDA) que estaban con vida a finales de 1997. Para calcular las estimaciones de los países se aplicó la tasa de prevalencia de 1994, publicada por el Programa Mundial sobre el SIDA, de la OMS, a la población adulta (15-49 años) de cada país en 1997.



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA



Organización Mundial de la Salud

vulnerable son los niños de la calle, quienes no tienen acceso a los servicios de salud ni a las medidas de protección para evitar infectarse.

Toda esta panorámica nos revela la situación de impotencia en la que estamos inmersos cuando los gobiernos no se sensibilizan ante la epidemia, ignorando que el VIH/SIDA es un problema de Estado.

Deteniéndonos un poco más en Venezuela, tenemos que la transmisión sexual ocupa el 90,03% de los casos, de los cuales los hombres que tienen sexo con hombres son el 42%, los bisexuales el 17,36% y los heterosexuales el 30,67%. Es notable el incremento en los heterosexuales, lo que ha llevado a aumentar la infección en la mujer —en la que el 80,55% es por la vía sexual—, la mayoría de ellas amas de casa, con pareja única, trayendo como consecuencia un importante aumento en la transmisión vertical (de madre a hijo), que se sitúa en un 3,2%. Otro dato importante es que la mujer está siendo afectada a una edad más temprana que el hombre.

En la vía sanguínea se totaliza un 4,5%, discriminados en transfusiones 1,03%, hemofílicos 1,4% y drogas intravenosas 2,06%. Si bien es cierto que los porcentajes en transfundidos y hemofílicos se han mantenido bajos, no ha sido así en los usuarios de drogas intravenosas, que han venido aumentando lentamente. También hay que destacar que en el país existe un alto porcentaje de casos desconocidos (36,62%) y un marcado subregistro, que dificulta considerablemente conocer cuál es la verdadera situación de la epidemia, dónde atacar, cómo incidir, etc. (CIES, 1998, 1999; MSDS, 1999).

CONCLUSIONES

El VIH/SIDA está en todos los países del mundo, en mayor o menor medida. Los hombres son los más afectados por la epidemia, excepto en algunos países, como Haití. Las mujeres empiezan a sufrir los embates de la enfermedad y sus hijos también, y el número de huérfanos es preocupante.

Las pérdidas socioeconómicas y en salud que está produciendo el VIH/SIDA constituyen una carga insoportable para todos los gobiernos. En algunos países faltan programas intersectoriales y eficaces que permitan hacer un frente común a la epidemia.

Como respuesta a esta situación, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA está trabajando como promotor principal de una acción mundial contra el VIH/SIDA, dirigiendo, fortaleciendo y apoyando una respuesta ampliada destinada a prevenir la transmisión del VIH, a proporcionar asistencia y apoyo, a reducir la vulnerabilidad de las personas y las comunidades al VIH/SIDA y a atenuar el impacto de la epidemia. En este sentido, ha logrado comprometer a algunos gobiernos en esta lucha, especialmente en países africanos; conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud desarrolla un programa de vacunas que están siendo probadas en Brasil, Tailandia y Uganda; estableció un compromiso con algunos laboratorios para bajar los costos de algunos de los medicamentos para el SIDA; promueve los derechos humanos de los afectados; creó la Red de Vigilancia Epidemiológica para los países del área andina y apoya a todos los países con recursos humanos, asesoría técnica y financiera.

Es fundamental hacer prevención, dar una educación sexual adecuada a los educandos intra y extramuro, disminuir la vulnerabilidad de la mujer, reducir las desigualdades entre los hombres y las mujeres basadas en el género, capacitar a los grupos vulnerables —con énfasis en el hombre que tiene sexo con hombre—, reforzar los programas de intercambio de inyectadoras y enfatizar en el respeto a los derechos humanos y el tener acceso a los servicios de salud.

Sólo uniendo los esfuerzos de todos los sectores gubernamentales, no gubernamentales, sociedad civil, sector privado, instituciones científicas e Iglesia, podrá ser superada la epidemia del VIH/SIDA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bernard, R. P.; Zellweger, U.; Wang, J.; Somaini, B., 1998. *World status & prospects*. Ginebra: AIDS Feedback, Serie Geográfica de Análisis sobre HIV-SIDA.
- Bernard, R.P., 1998a. *Recency in regional HIV spread progression: 1997 - Incidence over 1997 - prevalence*. Ginebra: AIDS Feedback, Serie Geográfica de Análisis sobre HIV-SIDA.

- Bernard, R.P., 1998b. *End-1997 Adult (15-49) HIV prevalence, %*. UNAIDS-WHO estimates in AF-Display. Ginebra: AIDS Feedback, Serie Geográfica de Análisis sobre HIV-SIDA.
- Bernard, R.P., 1998c. *Hemisphere-East End-1997 Adult (15-49) HIV prevalence, Percent Adult*. UNAIDS-WHO estimates in AF-Display. Ginebra: AIDS Feedback, Serie Geográfica de Análisis sobre HIV-SIDA
- Bernard, R.P., 1998d. *Hemisphere-West end-1997 adult (15-49) HIV prevalence, percent adult*. UNAIDS-WHO estimates in AF-display. Ginebra: AIDS Feedback, Serie Geográfica de Análisis sobre HIV-SIDA.
- Bernard, R.P., 1999. *Late 1990s - adult (15+) HIV-incidence, BBy world region: baseline for millennial-turn Trend assessment*. Ginebra: AIDS Feedback, Serie Geográfica de Análisis sobre HIV-SIDA.
- CIES (Centro de Investigaciones Económicas y Sociales), 1998. *El VIH-SIDA en Venezuela. Análisis de situación y recomendaciones*. Caracas: CIES.
- CIES, 1999. *La amenaza del VIH-SIDA en Venezuela. Necesidad de una respuesta pública e inmediata*. Caracas: CIES.
- MSDS (Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social), 1999. *Vigilancia epidemiológica. Estadísticas a agosto*. Caracas: MSDS.
- ONUSIDA, 1996-1997. *Informe del ONUSIDA sobre los progresos realizados*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA, 1998. *Informe sobre la epidemia mundial de VIH-SIDA*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA/OMS, 1997. *Situación mundial de la infección por el VIH-SIDA*. Ginebra: ONUSIDA/OMS.