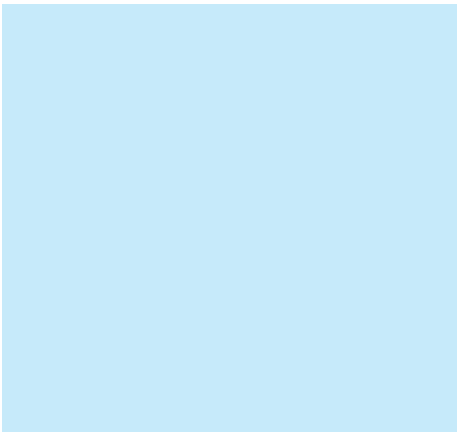
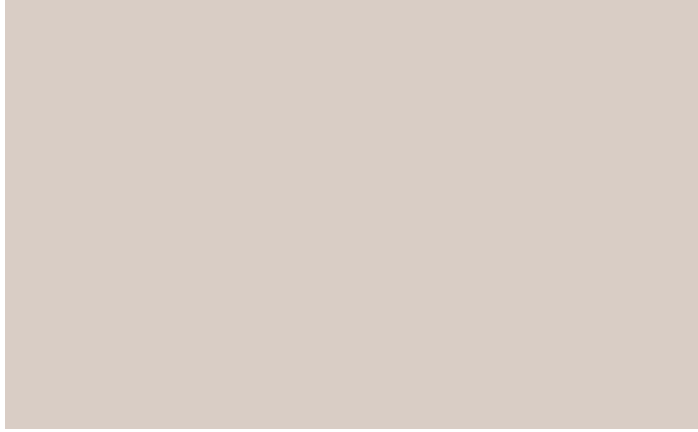


# El impacto del SIDA sobre las personas y las sociedades 04



## Capítulo 04



### EL IMPACTO DEL SIDA SOBRE LAS PERSONAS Y LAS SOCIEDADES

En los 25 años que han transcurrido aproximadamente desde que el SIDA surgió como una emergencia importante de salud, la epidemia ha tenido efectos graves, y en muchos lugares devastadores, sobre el desarrollo humano. En algunos países, el SIDA está socavando los progresos realizados hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en especial los que se relacionan con la reducción de la pobreza, el acceso universal a la educación primaria, la promoción de la igualdad entre los sexos, la reducción de la mortalidad infantil y la mejora de la salud maternal (IIVS, 2005; UNFPA, 2003).

El alcance del impacto de la epidemia, sumamente variable de un lugar a otro, se ha ido documentado cada vez con mayor precisión a lo largo de los años gracias al perfeccionamiento de los medios de vigilancia y análisis. En consecuencia, se ha percibido con mayor claridad la interrelación del SIDA con otros problemas de desarrollo humano. La premonición del difunto Jonathan Mann de comienzos de los años noventa —que el SIDA proyecta un rayo de luz sobre los problemas sociales y de derechos humanos— se ha confirmado en muchos aspectos, especialmente las interacciones de la epidemia con la pobreza, la desigualdad por razón del sexo y la exclusión social (Mann et al, 1994). La investigación llevada a cabo en los últimos años ha demostrado cómo exagera otros retos importantes para el desarrollo, desde el deterioro de los servicios públicos y la gestión pública

hasta las emergencias humanitarias como la inseguridad alimentaria y los conflictos armados. Tal como señala un reciente estudio sobre la relación entre SIDA y hambruna en países de África meridional, «El VIH/SIDA acentúa las dificultades existentes, lo que nos obliga a afrontar muchos problemas simultáneos, cada uno de los cuales requiere solución» (de Waal y Whiteside, 2003).

Todavía no se comprende plenamente el impacto del SIDA, en particular cuando se consideran los efectos a largo plazo. La epidemia llega en oleadas sucesivas, la primera de las cuales es la infección por el VIH, seguida varios años más tarde por una oleada de enfermedades oportunistas; después viene una oleada de enfermedades propias del SIDA y, en último extremo, la muerte (Barnett y Whiteside, 2002). La oleada final afecta a las socie-

dades y economías a distintos niveles, desde la familia y la comunidad hasta las esferas nacional e internacional. Ninguno de los países fuertemente afectados ha alcanzado aún la cúspide de la tercera oleada ni se ha adentrado demasiado en la cuarta. Tal como indica un estudio (Bell et al, 2003):

*No sabemos cuál será la intensidad del impacto de la tercera y cuarta oleadas, y no está claro si esta pandemia es lineal y si el SIDA representa una amenaza única... Por ejemplo, ¿cuál es el probable daño a largo plazo —social, económico, psicológico— causado por la orfandad de millones de niños? Lo que sí sabemos es que los efectos seguirán notándose durante años y que la situación empeorará significativamente antes de que empiece a mejorar.*

Las respuestas decididas en prevención, atención, apoyo y tratamiento pueden contribuir notablemente a reducir el impacto de la epidemia, y es posible que nos aguarden sorpresas agradables cuando el tratamiento antirretrovírico se despliegue por todo el mundo. En cualquier caso, una cosa es segura: no importa la forma que adopte la epidemia de SIDA en un país determinado; sus efectos sociales y económicos —y especialmente la erosión del capital humano— seguirán creciendo durante muchos años después de que la prevalencia empiece a disminuir. Esto tiene implicaciones importantes (que se discuten en capítulos posteriores) para los esfuerzos dirigidos a mitigar el impacto de la epidemia.

## Población y estructura de la población

El impacto global del SIDA sobre la población mundial aún no ha alcanzado

el apogeo, y sus efectos demográficos se dejarán sentir probablemente hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XXI. Las proyecciones actuales indican que en 2015, en los 60 países más afectados por el SIDA, la población total será de 115 millones de personas menos de lo que hubiera sido en ausencia del SIDA. En 2050, corresponderán a África casi las tres cuartas partes de esta diferencia, y aunque la esperanza de vida para todo el continente habrá aumentado hasta 65,4 años desde los 49,1 años actuales, seguirá siendo casi 12-17 años menor que la esperanza de vida en otras regiones del mundo (División de Población de las Naciones Unidas, 2005b). En la Figura 4.1 puede apreciarse el impacto modelado sobre la esperanza de vida en algunos de los países más afectados por la epidemia.

En la mayoría de los países fuertemente afectados de África subsahariana, el SIDA continúa ralentizando o haciendo retroceder los avances en la esperanza de vida y distorsiona las estructuras de edad-sexo de poblaciones enteras. Aunque muchos de los países más afectados de la región han experimentado un descenso en la esperanza de vida a causa de la epidemia y otros factores, como los conflictos armados, el estancamiento económico y la reaparición de la tuberculosis, el paludismo y otras enfermedades, la población total de la mayoría de esos países seguirá creciendo como consecuencia de las altas tasas de natalidad.

Una parte del impacto del SIDA sobre la esperanza de vida en África subsahariana es debida a la mortalidad infantil, relacionada directa o indirectamente con el SIDA. Se ha erosionado el progreso uniforme hacia una mayor esperanza de vida que se había alcanzado hasta la aparición de la epidemia. En Botswana, entre

### ABORDAR EL IMPACTO DE LA EPIDEMIA DE SIDA SOBRE EL DESARROLLO HUMANO

Responder al SIDA es una de las prioridades fundamentales del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Los Informes sobre el Desarrollo Humano del PNUD constituyen una fuente importante de información y análisis sobre el impacto socioeconómico de la epidemia, y sirven como herramientas de formulación de políticas y promoción para establecer estrategias que contengan su propagación.

Aunque existen numerosos métodos para medir el impacto del SIDA, el enfoque de desarrollo humano se centra en las personas más que en indicadores médicos o económicos. El Índice de Desarrollo Humano del PNUD engloba tres dimensiones básicas del desarrollo humano: una vida larga y saludable, medida por la esperanza de vida al nacer; nivel de conocimientos, medidos por las tasas de adultos alfabetizados y la matriculación escolar, y nivel de vida, medido por el producto interior bruto por habitante (PNUD, 2005).

El Informe sobre el Desarrollo Humano de 2005 identificó el SIDA como el factor que está infligiendo el mayor retroceso particular en la historia del desarrollo humano (PNUD, 2005). Entre 1990 y 2003, muchos de los países más afectados por el SIDA descendieron bruscamente en la clasificación mundial de los países según el Índice de Desarrollo Humano. Sudáfrica perdió 35 puestos; Zimbabwe, 23; Botswana, 21; Swazilandia, 20; Kenya, 18; Zambia, 16, y Lesotho, 15. (El informe puntuó 135 países de todas las regiones utilizando datos de 1990 y 2003.)

Aparte del informe mundial anual, diversos países (Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camboya, Ghana, Namibia, Nigeria, Sudáfrica, Uganda y Zimbabwe) y regiones (incluidas Europa oriental, África meridional y Asia meridional) elaboraron Informes sobre el Desarrollo Humano relacionado con el VIH y el SIDA a nivel nacional y regional.

Los informes fomentan una mejor comprensión del impacto de la epidemia a nivel local, comunitario y nacional, y proponen acciones adaptadas a condiciones específicas. Por ejemplo, el informe de Zimbabwe llama la atención sobre el número creciente de estudiantes, sobre todo muchachas, que abandonan la escuela para cuidar a familiares afectados por el SIDA, y subraya prioridades para aumentar la igualdad entre los sexos (PNUD, 2003b). El informe de Europa oriental insta a reequilibrar las políticas sociales, de forma que se observe el consumo de drogas intravenosas y el comercio sexual a través de una lente de derechos humanos y salud pública (PNUD, 2004).

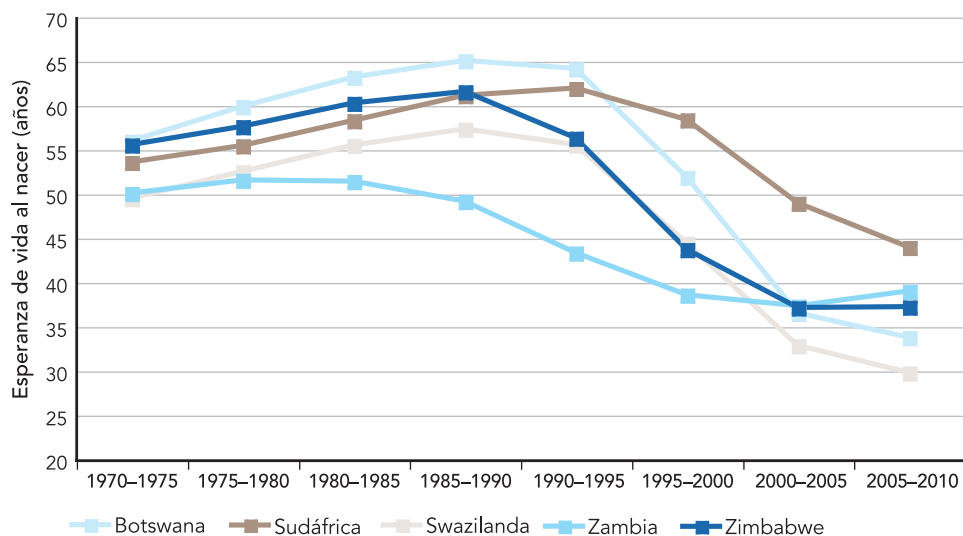
Puede disponerse de más información y acceso a los informes en la página web de Informes sobre el Desarrollo Humano, en <http://hdr.undp.org>.

1990 y 1995, la mortalidad antes de los cinco años se había reducido a 62 defunciones por mil nacidos vivos; en la actualidad, la cifra correspondiente es aproximadamente de 106 defunciones por

mil nacidos vivos. Sin embargo, el aumento máximo de mortalidad se registra entre adultos de 20-49 años, lo que invierte la distribución previa de fallecimientos por edad. Aunque ese grupo de

FIGURA 4.1

Impacto del SIDA sobre la esperanza de vida en cinco países africanos, 1970-2010



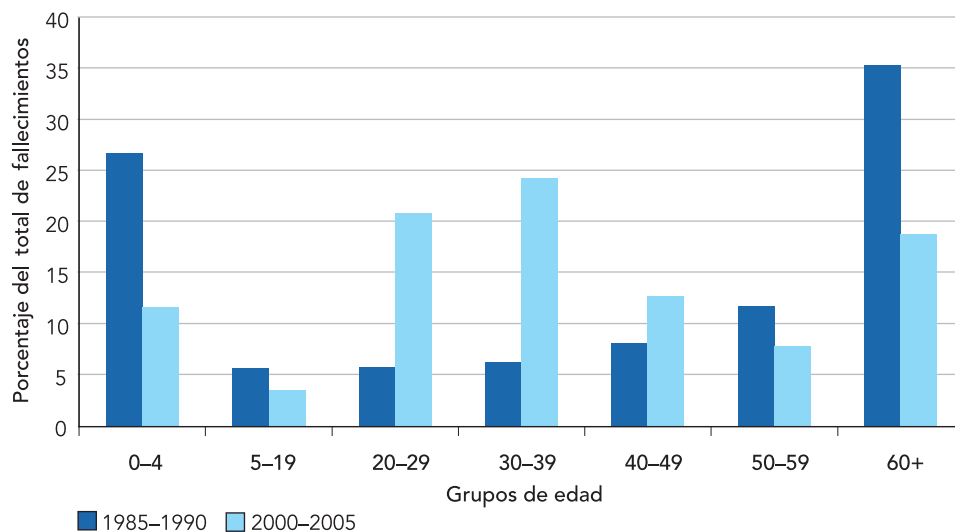
Fuente: División de Población de las Naciones Unidas (2004). Proyecciones de la población mundial. Revisión de 2004; base de datos.

edad había representado tan sólo el 20 % de todas las defunciones entre 1985 y 1990, hoy día constituye casi el 60 %. Esto se ilustra en la Figura 4.2, que compara la distribución actual de falleci-

mientos por edad en África meridional con la distribución antes de que la epidemia de SIDA irrumpiera con toda su fuerza. Este fenómeno invierte el patrón habitual de mortalidad relacionada con

FIGURA 4.2

Porcentaje de la distribución de fallecimientos por edad en África meridional, 1985-1990 y 2000-2005



Fuente: División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas (2005). Proyecciones de la población mundial. Revisión de 2004. Aspectos destacados. Nueva York: Naciones Unidas.

enfermedades, que tiende a concentrarse normalmente en individuos muy jóvenes y muy ancianos. Ahora, el SIDA acaba con la vida de adultos en sus años económicamente más productivos y elimina a las mismas personas que podrían responder a la crisis.

Fuera de África subsahariana, en regiones con menor prevalencia del VIH, el SIDA ha lentificado más que invertido los progresos en la esperanza de vida. Se estima que la esperanza de vida en Camboya es actualmente cuatro años menor de lo que hubiera sido en ausencia del SIDA.

En las Américas, los países caribeños tienen los niveles más altos de infección por el VIH. En Haití, el SIDA se ha convertido en la primera causa de mortalidad entre los adultos de 15 a 44 años. En la República Dominicana se estima que la esperanza de vida es tres años menor que la que se hubiera registrado sin el SIDA. En Trinidad y Tabago, un país que ya está perdiendo población a causa de la emigración, cabe esperar que la mortalidad por SIDA reduzca la población total en 2010 (Stanecki, 2004; Banco Mundial, 2005a).

Las proyecciones actuales sobre el impacto demográfico a largo plazo del SIDA son algo menos funestas que en informes previos. Esto se debe en parte a las estimaciones revisadas de la prevalencia del VIH y la mortalidad por SIDA en algunos países, y en parte al hecho de que las proyecciones actuales presuponen que la terapia antirretrovírica llegará a un número creciente de personas en las regiones gravemente afectadas. Sin embargo, esta premisa comporta una condición ineludible: sólo se hará realidad si se logran progresos sostenidos hacia el acceso universal y la aceptación genera-

lizada de un amplio conjunto de medidas de prevención, tratamiento y mitigación del impacto.

## Pobreza y desigualdad

La relación entre SIDA y pobreza es muy marcada pero requiere ciertos matices. En algunos de los países más afectados, los niveles de vida de las personas pobres ya se estaban deteriorando antes de que se notara el impacto del SIDA, y en la actualidad los países con epidemias más graves no son necesariamente los más pobres. África meridional, con la máxima prevalencia del VIH en todo el mundo, incluye los países más desarrollados económicamente de África subsahariana.

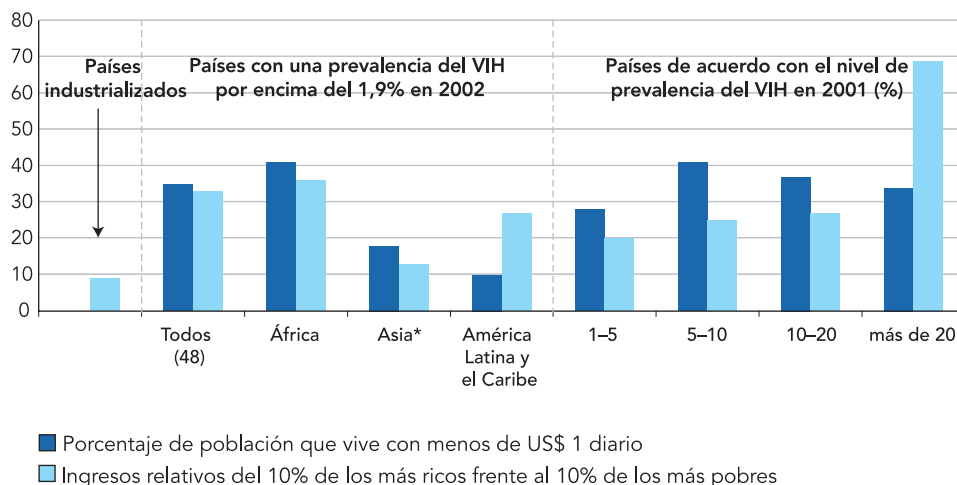
En general, estos países tienen niveles superiores de educación, producto interior bruto y acceso a agua potable y saneamiento en comparación con otras partes del continente. Sin embargo, también tienden a adolecer de mayores desigualdades económicas y de un gran número de personas que viven en la pobreza, factores ambos que se han asociado claramente a la transmisión del VIH.

Esto se ilustra en el Cuadro 4.3. En los países más afectados (prevalencia superior al 20 %; todos ellos en África meridional), el 10 % más rico de la población tiene ingresos que son casi 70 veces mayores que los del 10 % más pobre. Esto contrasta con disparidades mucho menos acusadas (entre 20 y 27 veces) en los países con una prevalencia más baja. En promedio, un tercio de la población de los países más afectados con grandes discrepancias de ingresos vive con menos de US\$1 al día, lo que supone un porcentaje muy considerable de la población teniendo en cuenta el producto interior



FIGURA 4.3

Riqueza, pobreza y VIH: países agrupados por región y prevalencia del VIH



\*Excepción: Japón

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas (2005a). La mayoría de las cifras corresponden a 2002 o antes.

bruto relativamente elevado de estos países (División de Población de las Naciones Unidas, 2005a).

El SIDA tiende a afectar a los pobres con mayor virulencia que a otros grupos de población. En Botswana se estima que, en promedio, cada generador de ingresos tendrá que hacerse cargo probablemente de un dependiente adicional durante los próximos 10 años a causa de la epidemia. Pero las familias en el cuartil más pobre se harán cargo de ocho personas adicionales que pasarán a depender de sus ingresos como consecuencia del SIDA. Asimismo, se prevé un incremento «espectacular» en el número de hogares desamparados (aquellos que no tienen generadores de ingresos) (Greener, 2004). Se han obtenido hallazgos similares en la India, donde una revisión de investigaciones económicas sobre el SIDA llegó a la conclusión de que los hogares que pertenecen a los grupos más pobres, con menores niveles educativos o menos capacitados, así como los miembros femeninos de las familias, se enfrentan a

una carga económica proporcionalmente mayor a causa del SIDA (Mahal y Rao, 2005).

Los gobiernos reconocen cada vez más la importancia de afrontar la pobreza como respuesta al SIDA —y de afrontar el SIDA como medio de reducir la pobreza—, pero han actuado con lentitud al traducir este principio en programas. Una revisión de 2004 de los Documentos Estratégicos para la Reducción de la Pobreza y los Planes Estratégicos Nacionales sobre el SIDA de 19 países africanos puso de manifiesto que la mayoría de los gobiernos continúa centrando su respuesta en el sector sanitario. Sólo el 16% de los documentos revisados incluía una discusión clara sobre el vínculo entre SIDA y pobreza, y el 42% no analizaba el tema en absoluto (Bonnell et al, 2004).

### Impacto sobre el hogar

En muchas partes del mundo se han documentado las implicaciones de tener

### EL TÉRMINO «SUPERACIÓN», EN CUESTIÓN

Las estadísticas no pueden transmitir los innumerables ejemplos de heroísmo doméstico en las familias afectadas por el SIDA. Las investigaciones en países como Kenya, Malawi, Rwanda y Zambia indican que las estructuras familiares en África subsahariana son más readaptables de lo que preveían muchos observadores en el campo del desarrollo internacional. En vez de desintegrarse ante el SIDA, un gran número de familias está encontrando formas de ganarse la vida, alimentar y educar a sus hijos y cuidar a los enfermos, aunque a menudo con un costo, tensión y sacrificio enormes.

Pero las estrategias de superación deberían examinarse desde un punto de vista crítico. Tal como ha señalado un comentarista (Marais, 2005):

*Describir como «superación» las actividades de hogares sumidos en el empobrecimiento es desviar la discusión de la ética. Cualquiera que sea la definición humana del término, estos hogares no están «superando» la situación; la expresión «estrategia satisfactoria de superación» se convierte en un oxímoron. Recuperar una forma de «viabilidad» doméstica precaria y crónicamente insegura no puede calificarse razonablemente como un éxito.*

Las sociedades no son capaces de soportar mayor presión, y otras amenazas —conflictos armados, hambruna, ruptura del mercado— pueden combinarse fácilmente con el SIDA para arrastrar a un gran número de familias hacia una pobreza más profunda, disolverlas y privar a sus miembros de la asistencia y apoyo que necesitan desesperadamente.

«el SIDA en casa». Las secuelas van desde un incremento en los costos médicos y gastos funerarios hasta el hecho de que algunos familiares tengan que dejar el trabajo o la escuela para cuidar a los enfermos. Una investigación en Nueva Delhi (India) constató que los gastos mensuales promedio superaban a los ingresos entre las familias de personas infectadas por el VIH, debido en parte a la duplicación de las compras de medicamentos. Aunque estas familias gastaban menos en entretenimiento y en educación de los hijos para atender los costos crecientes de la atención, apoyo y tratamiento secundarios al VIH, la mayoría también se había visto obligada a vender bienes y pedir préstamos a parientes o amigos (OIT, 2003).

Las estrategias de superación también varían de un lugar a otro. Por ejemplo, a

diferencia de lo que ocurre en Kenya o Mozambique, los hogares rwandeses que han sufrido el fallecimiento de un adulto tienen más probabilidades de sustituir la fuerza de trabajo perdida añadiendo nuevos miembros a la familia (por ej., mediante el matrimonio o incorporando a parientes jóvenes) (Gillespie y Kadiyala, 2005). Cualquiera que sea el país, casi todo depende de la edad, sexo y posición del miembro de la familia que enferma o fallece.

Un estudio reciente en el norte de Zambia, que pretendía examinar la dinámica del impacto de las enfermedades relacionadas con el VIH sobre las familias y comunidades, comparó cinco categorías de hogares: hogares encabezados por mujeres con huérfanos; hogares encabezados por varones con



huérfanos; hogares encabezados por mujeres que cuidaban a personas con enfermedades relacionadas con el VIH; hogares encabezados por varones que cuidaban a personas con enfermedades relacionadas con el VIH, y hogares no afectados. Entre otras conclusiones, el estudio comprobó que cada uno de los hogares encabezados por mujeres que cuidaban a personas con el VIH mantenía en promedio a 3,6 huérfanos, mucho más que los hogares encabezados por varones. También adolecían de «insuficiencia alimentaria» (es decir, tenían menos comida de la que necesitaban) durante un promedio de 3,4 meses al año. Pocos hogares que cuidaban a personas VIH-positivas eran capaces de participar en cooperativas —la principal fuente de préstamos para la agricultura— debido a limitaciones económicas o falta de tiempo. Los hogares encabezados por mujeres que cuidaban a personas VIH-positivas también eran menos capaces de participar en organizaciones comunitarias y tenían menos bienes, como hachas, radios y bicicletas, debido con frecuencia a ventas de remate o usurpación de propiedades por parte de otros miembros de la comunidad (FAO, 2004). Estos hallazgos coinciden con los de estudios efectuados en otros países, que demuestran que el impacto más severo del SIDA tiende a recaer en las viudas y los miembros de sus familias (Aliber et al, 2004).

### El peso del estigma y la discriminación

El estigma y la discriminación no sólo son obstáculos para la prevención, atención y tratamiento del VIH, sino que también figuran entre las peores consecuencias de la epidemia. El estigma relacionado con el VIH consiste en actitudes negativas hacia

las personas infectadas —o sospechosas de estar infectadas— y hacia las afectadas por el SIDA por asociación, como huérfanos o hijos y familiares de personas que viven con el VIH. La discriminación, tal como se describe en el Protocolo del ONUSIDA para la Identificación de Discriminación contra las Personas que Viven con el VIH, hace referencia a cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitrarias que afectan a personas a causa de su estado VIH-positivo, confirmado o sospechado. Ambas actitudes socavan el desarrollo humano al denegar a cientos de miles de personas la posibilidad de alcanzar su pleno potencial.

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH se dejan sentir en todas las partes del mundo, pero su manifestación varía de un lugar a otro. En un estudio efectuado en una ciudad costera de China oriental, la mitad de los participantes creía que el castigo era una respuesta adecuada para las personas que viven con el VIH; más de la mitad (56%) no estaban dispuestos a ser amigos de personas VIH-positivas, y el 73% pensaba que quienes viven con el VIH deberían aislarse. Las actitudes estigmatizadoras tendían a asociarse al género masculino, edad avanzada, estar casado, nivel educativo bajo y negativa a someterse a la prueba del VIH (Lee et al, 2005). Esas actitudes tienen graves implicaciones.

Las investigaciones en otras partes del país señalan que, para evitar el estigma y la discriminación, algunas personas VIH-positivas se niegan a recibir información sobre el VIH y las enfermedades de transmisión sexual, no acuden a profesionales sanitarios y rehúyen a las personas sospechosas de comportamientos de riesgo en un intento de simular la observancia de las normas comunitarias (Lieber et al, 2005).

*Tal como se refleja en el Objetivo de Desarrollo del Milenio 3, una de las principales tareas en materia de desarrollo humano es reducir y en último término eliminar la desigualdad entre varones y mujeres capacitando a estas últimas.*



El estigma relacionado con el VIH se combina a menudo con actitudes negativas hacia grupos marginados y puede verse reforzado por legislaciones y sistemas jurídicos que violan los derechos humanos básicos (véase el capítulo «En riesgo y desatendidos»). Una revisión reciente de los programas del Banco Mundial sobre el VIH en el Caribe indicó lo siguiente (Banco Mundial, 2005a):

*El marco jurídico de los países caribeños de habla inglesa perpetúa de hecho el estigma y la discriminación hacia algunos grupos de alto riesgo, en especial VSV [varones que tienen relaciones sexuales con varones] y PS [profesionales del sexo]. El comportamiento homosexual es ilegal en todos los países visitados, como lo es la prostitución. Sin embargo, hay signos crecientes de que se están empazando a reconocer las consecuencias de tales legislaciones. Bahamas ha despenalizado recientemente el comportamiento homosexual, y en la mayoría de los países —aunque no en todos— se ha descrito una actitud de mayor aceptación de las PVVS (Personas que viven con el VIH o con SIDA).*

En 2005, la Red de Personas que Viven con el VIH/SIDA en Asia-Pacífico (APN+) publicó un estudio efectuado en

India, Indonesia, Filipinas y Tailandia. Más de la mitad de las 762 personas VIH-positivas encuestadas indicaron que habían experimentado alguna forma de discriminación por parte de los sistemas sanitarios, incluidas violaciones de los derechos reproductivos de las mujeres (véase Figura 4.4). Las personas que comunicaron coacción para la prueba del VIH tenían una probabilidad significativamente mayor que otros encuestados de sufrir posterior discriminación relacionada con el VIH, y a muchas de ellas se les negó el tratamiento después del diagnóstico de VIH. Dentro de la familia y la comunidad, las mujeres tenían una probabilidad significativamente mayor que los varones de experimentar discriminación, que se concretaba en burlas y hostigamiento, agresión física y expulsión forzada del hogar (Paxton et al, 2005).

El estigma puede persistir aun en el caso de que se disponga de tratamiento con facilidad. En el Brasil, donde existe acceso universal al tratamiento antirretrovírico, muchos niños y jóvenes VIH-positivos siguen afrontando un estigma significativo (Abadia-Barrero y Castro, 2005). En Botswana, donde puede disponerse ampliamente de terapia antirretrovírica

## REFUGIADOS, PERSONAS DESPLAZADAS Y PAÍSES DE ACOGIDA

En 2005, el número de refugiados y personas desplazadas en todo el mundo se mantuvo en 19,2 millones. Muchas de ellas residen en países donde los servicios sanitarios están fuertemente sobrecargados a causa del VIH y el SIDA. Alrededor de cuatro millones viven en África subsahariana, donde la sequía y los conflictos siguen obligando a las personas a abandonar sus hogares de forma masiva.

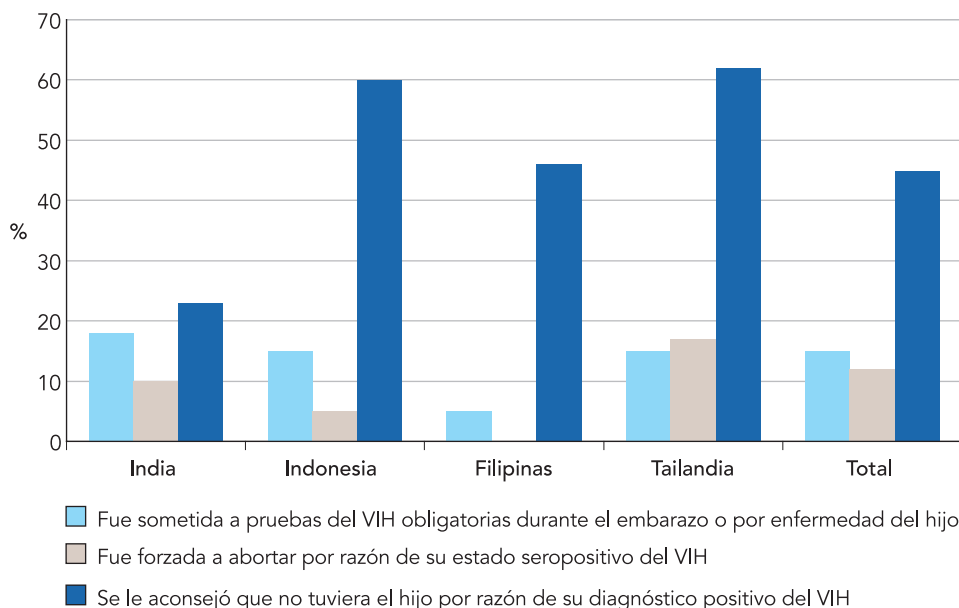
Una diversidad de mitos estigmatizadores rodea a la problemática del SIDA y las poblaciones desplazadas. Por ejemplo, los ciudadanos de los países de acogida normalmente dan por supuesto que estas personas «llevan consigo el SIDA». De hecho, la realidad es más compleja. Muchos refugiados y otras personas desplazadas huyen de países con menor prevalencia del VIH a países más estables pero con prevalencias superiores. Por ejemplo, la vigilancia centinela entre mujeres embarazadas en campos de refugiados de Kenya, Rwanda y República Unida de Tanzania comprobó que las refugiadas tenían niveles más bajos (aunque significativos) de infección por el VIH que las poblaciones circundantes (Spiegel, 2004; Griekspoor et al, 2004).

Tal como señala una reciente revisión de proyectos de ayuda humanitaria, es urgente que se atiendan las necesidades relacionadas con el VIH de los refugiados y poblaciones desplazadas, para el bien tanto de los recién llegados como de las poblaciones de acogida (ONUSIDA/ACNUR, 2005):

Muchos países ya están sobrecargados por el impacto del SIDA, y con frecuencia no son capaces de proporcionar a estas poblaciones—o no están dispuestos a proporcionarles—los servicios relacionados con el VIH que necesitan. Esto coloca a muchos refugiados en una situación singular. Ya no tienen garantizada la protección de su país de origen, a menudo no reciben asistencia del país de asilo y siguen viviendo sin los servicios relacionados con el SIDA que necesitan y a los que tienen derecho con arreglo a los instrumentos internacionales de derechos humanos. Esta incapacidad para proporcionar prevención y atención del VIH a los refugiados no sólo socava los esfuerzos eficaces de prevención y atención del VIH, sino que también obstaculiza la prevención y atención efectivas para las poblaciones de los países de acogida. Dado que en la actualidad las poblaciones de refugiados permanecen en el país de acogida durante un promedio de 17 años, las implicaciones tanto para los refugiados como para las poblaciones de acogida son muy serias. Abordar las necesidades relacionadas con el VIH en el contexto de situaciones de refugiados exige un cambio de mentalidad de las autoridades de muchos países de acogida. Es imposible determinar el tiempo real durante el cual los refugiados permanecerán en el país de acogida. Sin embargo, es crucial que durante este tiempo tanto los refugiados como las poblaciones de acogida circundantes reciban todos los servicios necesarios relacionados con el VIH, incluidos los que requieren financiación y planificación a largo plazo.

FIGURA 4.4

Violaciones de los derechos de reproducción; mujeres encuestadas en cuatro países asiáticos



Fuente: Paxton S et al. (2005). AIDS-related discrimination in Asia.

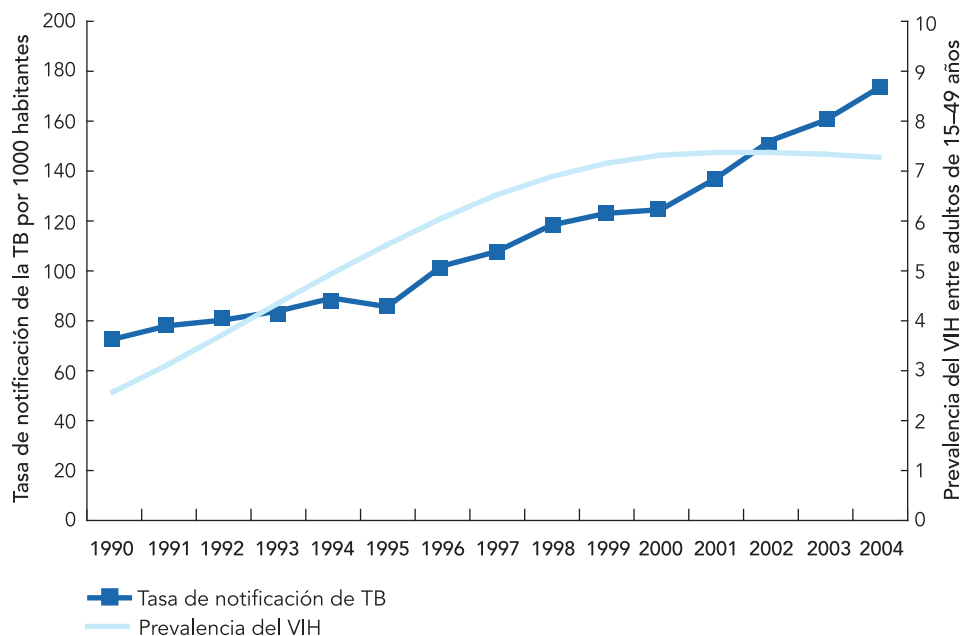
### LA MALA SALUD PUEDE EMPEORAR MÁS

El SIDA ha tenido un impacto enorme sobre otras epidemias. Por ejemplo, el SIDA es la principal fuerza que subyace al resurgimiento mundial de la tuberculosis. Después de haber disminuido durante las dos décadas anteriores, los nuevos casos de tuberculosis han aumentado drásticamente desde 1990 en toda África subsahariana, favorecidos por el auge simultáneo de la infección por el VIH (véase Figura 4.5). En el Caribe, la tuberculosis es actualmente la primera causa de mortalidad entre las personas que viven con el VIH (CAREC/OPS/OMS, 2004).

Menos conocido es el hecho de que la infección por el VIH deteriora la inmunidad antipalúdica (Mount et al, 2004). En zonas donde el paludismo es endémico, la infección por el VIH aumenta el riesgo de que un individuo mayor de cinco años contraiga el paludismo y experimente enfermedades relacionadas con él. En cinco países de África meridional, la OMS estima que la elevada prevalencia del VIH en zonas rurales incrementó en un 28% la incidencia de paludismo y en más del 100% la tasa de mortalidad por esa enfermedad (Korenromp, 2005).

FIGURA 4.5

Tasa de notificación de la TB en 20 países africanos\*, en comparación con la prevalencia del VIH en África subsahariana, 1990–2004



\*Países que informaron sistemáticamente año tras año: Argelia, Angola, Botswana, Camerún, Comoras, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática del Congo, Ghana, Guinea, Kenya, Malawi, Mauricio, Mozambique, Nigeria, Senegal, Sudáfrica, Uganda, República Unida de Tanzania y Zimbabue.

Fuentes: (1) Organización Mundial de la Salud, Base de datos mundial sobre tuberculosis, 2006; (2) ONUSIDA, 2006.

gratuita, leche infantil en polvo y agua potable, en un estudio más de la mitad de las mujeres embarazadas adujeron el estigma como razón para no alimentar a sus hijos con biberón, un método importante para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH, pero que en muchos contextos anuncia claramente el estado del VIH de la madre (Shapiro et al, 2003).

### Impacto sobre las mujeres

Tal como se refleja en el Objetivo de Desarrollo del Milenio 3, una de las principales tareas en materia de desarrollo humano es reducir y en último término eliminar la desigualdad entre varones y mujeres capacitando a estas últimas. Una respuesta eficaz al SIDA puede desempeñar un papel clave en la consecución de este objetivo.

En África subsahariana, las mujeres se infectan más a menudo y en etapas de la vida más tempranas que los varones. Las mujeres jóvenes de 15–24 años tienen una probabilidad entre dos y seis veces mayor de ser VIH-positivas que los varones de edad similar. Esto se iguala en los grupos de edad más avanzada, pero subraya la vulnerabilidad de las mujeres jóvenes y niñas y la desigualdad de las relaciones de poder en muchas sociedades.

Un patrón similar se observa en ciertas partes del Caribe. En la República Dominicana, las mujeres jóvenes de 20–24 años tienen casi el doble de probabilidades de ser VIH-positivas que los varones jóvenes (Measure EDS y ORC Macro International, 2002). Sin embargo, en América Latina, Europa oriental y Asia central, los varones jóvenes son los que tienen más probabilidades de estar infectados, aunque este patrón está cambiando

a medida que el VIH afecta cada vez más a la población general.

#### GÉNERO, MORTALIDAD Y FECUNDIDAD

Aunque en la mayor parte del mundo las mujeres viven más que los varones, el SIDA ha reducido la esperanza de vida femenina por debajo de la masculina en cuatro países: Kenya, Malawi, Zambia y Zimbabwe (División de Población de las Naciones Unidas, 2005b). Las pruebas empíricas apoyan la existencia de diferencias entre los sexos en la mortalidad. Por ejemplo, un reciente estudio trienal en Zambia, en el que participaron casi 19 000 personas de 15-59 años, constató que el 61% de todas las defunciones (por cualquier causa) correspondía a mujeres, y que las mujeres fallecían en promedio a edades más jóvenes que los varones (Chapoto y Jayne, 2005).

El VIH afecta a la fecundidad de las mujeres reduciéndola hasta en un 25-40%. Esto puede ser debido a una diversidad de motivos, desde comorbilidad con otras infecciones de transmisión sexual hasta mayores tasas de aborto espontáneo (División de Población de las Naciones Unidas, 2005a). Las tasas de fecundidad también pueden verse afectadas en el futuro a medida que más mujeres VIH-positivas tengan acceso a asesoramiento y pruebas del VIH y, una vez conozcan su estado serológico, sean capaces de tomar decisiones informadas sobre procreación. Por el momento, sin embargo, la mayoría de las mujeres VIH-positivas no conoce su estado serológico, y aunque lo conocieran, muchas no podrían cambiar el comportamiento de sus parejas o tomar medidas para proteger al cónyuge o prevenir un embarazo.

La desigualdad entre los sexos que subyace en muchas tradiciones culturales provoca que la carga doméstica de la aten-

ción relacionada con el SIDA recaiga especialmente sobre las mujeres, debido a sus papeles tradicionales como cuidadoras y amas de casa, a actitudes sociales profundamente arraigadas y a la existencia de servicios sociales insuficientes. Cuidar a familiares afectados por el SIDA es una tarea compasiva, pero también supone una carga que puede limitar las oportunidades educativas y económicas de las mujeres y niñas.

#### ACTITUDES ESTIGMATIZADORAS

Las mujeres son objeto de un fuerte estigma a causa de prejuicios sobre sus comportamientos sexuales de riesgo —aunque no los hayan practicado en absoluto— y su asociación con el VIH. Un estudio reciente en cuatro ciudades de la India comprobó que, aunque casi el 90% de las mujeres VIH-positivas habían sido infectadas por sus esposos, se enfrentaban a más estigma y discriminación que los varones, y a menudo se las culpaba de la enfermedad de sus cónyuges. Las mujeres que vivían con la familia del esposo corrían riesgo de ser expulsadas del hogar si éste fallecía, y muchas tenían dificultades para encontrar a alguien que las cuidara cuando ellas mismas enfermaban (OIT, 2003). Esto también es habitual en otras regiones.

El impacto sobre las mujeres de grupos marginados puede ser especialmente fuerte. En la Federación de Rusia, la prevalencia del VIH es relativamente alta entre mujeres que consumen drogas intravenosas, y aun así, esas mujeres son las que tienen menos probabilidades de acceder a servicios de salud, tanto por el estigma que les imponen los proveedores de atención como por su modo de vida caótico, que las hace sumamente vulnerables. Reacias a acudir a servicios prenatales cuando están embarazadas, estas



## CUIDADORES ANCIANOS

La carga de cuidar a adultos VIH-positivos y niños huérfanos a causa del SIDA recae con frecuencia en personas ancianas, muchas de las cuales son pobres y no se benefician de medidas de protección social, como pensiones estatales. En la provincia de Chiang Mai, en Tailandia, un estudio reciente en niños que habían perdido a uno o ambos padres por enfermedades relacionadas con el SIDA comprobó que una gran proporción de ellos estaba a cargo de abuelos u otros miembros de la familia extendida. Muchas de las familias cuidadoras pasaban por apuros económicos significativos, lo que subraya la preocupación por el bienestar, estabilidad y oportunidades educativas de los niños a largo plazo (Safman, 2004). Del mismo modo, en zonas rurales de la República Unida de Tanzania, Uganda y Zambia, los abuelos son los cuidadores primarios de más de un tercio de los huérfanos (Deininger et al, 2003). Aparte de proporcionar cuidados, también pueden acabar siendo responsables de otros costos, como las deudas contraídas durante la enfermedad por el VIH o gastos funerarios. Esto aboca a la penuria física y económica, agravada por el duelo por el difunto y la preocupación por el futuro de los supervivientes (Schatz y Ogunmefun, 2005).

mujeres acostumbran a descubrir su estado serológico cuando van a los hospitales para dar a luz, y al conocer su seropositividad tienen muchas más probabilidades de abandonar a los recién nacidos, a menudo con la esperanza de que los niños puedan llevar una vida mejor sin ellas (Intigrinova y Hauslohner, 2004).

## Impacto sobre los niños

El impacto del SIDA sobre los niños continúa aumentando en diversas partes del mundo. Actualmente, los niños menores de 15 años representan una sexta parte de los fallecimientos relacionados con el SIDA en todo el mundo y una séptima parte de las nuevas infecciones por el VIH, la inmensa mayoría de ellas por transmisión maternoinfantil del virus (UNICEF, 2005). La Figura 4.6 ilustra cómo el SIDA ha aumentado la proporción de defunciones por mil nacidos vivos en ocho de los países más afectados de África.

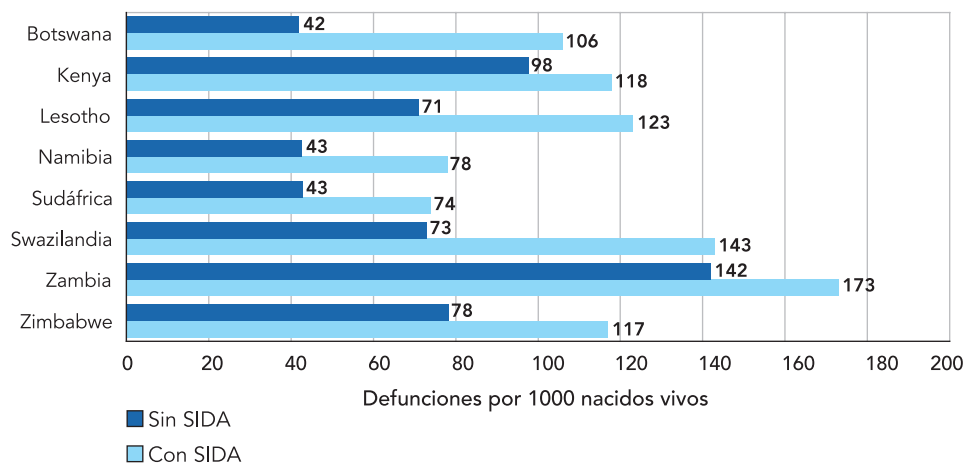
Después de la enfermedad y la muerte, el impacto más grave del SIDA sobre los

niños es la pérdida del afecto, apoyo y protección de sus padres. La probabilidad de que un padre se infecte si el otro tiene el VIH sin saberlo aumenta con el tiempo. La conmoción emocional de perder a uno de los padres puede ir seguida inexorablemente por el fallecimiento del otro. Es habitual la separación entre hermanos, ya que con frecuencia a los huérfanos de familias numerosas se los envía a vivir en distintos hogares. Aparte del trauma psicológico que experimentan estos niños, la pobreza y la desubicación social, así como el estigma y la discriminación, también pueden añadirse a sus penalidades y, al mismo tiempo, aumentar su vulnerabilidad al VIH. Por otra parte, innumerables niños que afrontan el impacto de la enfermedad relacionada con el VIH en sus familias tienen que responsabilizarse del cuidado de hermanos y otros parientes cuando los padres se encuentran debilitados a causa de su mala salud.

En África subsahariana, aproximadamente el 9% de los niños menores de 15 años ha perdido al menos a uno de los padres como consecuencia del SIDA, y uno de

FIGURA 4.6

Impacto estimado del SIDA sobre la mortalidad de los menores de cinco años en países seleccionados de África subsahariana, 2002–2005



Fuente: UNICEF (2005). División de Población de las Naciones Unidas. Proyecciones de la población mundial. Revisión de 2004; base de datos.

cada seis hogares con niños está cuidando como mínimo a un huérfano. (Un huérfano materno o paterno es un niño que ha perdido a uno de los padres —madre o padre, respectivamente—, mientras que un huérfano doble es aquel que ha perdido a ambos progenitores.) Se considera que, hasta ahora, las familias actuales han afrontado extraordinariamente bien esta situación, ya que el 90% de los huérfanos dobles ha encontrado cobijo en sus familias extendidas (Monasch y Boerma, 2004). Pero esta estadística no explica las grandes variaciones en las condiciones de vida que deben soportar, y todavía quedan millones de niños al cuidado de extraños o totalmente desamparados.

Un análisis reciente de encuestas domésticas realizadas en 40 países de África subsahariana puso de manifiesto que, en promedio, los huérfanos son más vulnerables que otros niños, de acuerdo con diversos indicadores (Monasch y Boerma, 2004). Los patrones difieren entre los países y las regiones, pero, en general, los huérfanos tienen más probabilidades de vivir en

hogares encabezados por mujeres, con un mayor número de miembros y con más personas dependientes de unos pocos generadores de ingresos (es decir, con una relación de dependencia menos favorable). Tal como se aprecia en la Figura 4.7, este fenómeno afecta significativamente a la educación, ya que los huérfanos, en comparación con los no huérfanos, tienen un 13% menos de probabilidades de asistir a la escuela (34 países).

Esto puede ser debido en parte a la carga económica o laboral adicional que asumen los hogares de acogida. Sin embargo, un estudio llevado a cabo en 10 países de África subsahariana constató que los huérfanos tienen menos probabilidades de acudir a la escuela que los no huérfanos que viven en el mismo hogar, lo que indica que casi todo depende de la proximidad del vínculo entre el huérfano y el cabeza de familia (Case et al, 2004).

En conjunto, los huérfanos paternos tienen más probabilidades de vivir con sus madres que los huérfanos maternos de vivir con sus padres. La asistencia de un



La epidemia está imponiendo una carga sin precedentes sobre los escasos recursos sanitarios disponibles.

huérfano a la escuela puede depender de cuál de los padres haya fallecido. En Zimbabwe, un estudio señaló que sólo completaba la escolarización primaria un pequeño porcentaje de los niños que habían perdido a sus madres. Esto era debido en parte a la falta de apoyo de los padres (muchos de los cuales estaban ausentes por motivos laborales) y a la renuencia de las madrastras a cuidar de sus hijastros. La terminación de los estudios era mayor entre los huérfanos paternos y los huérfanos dobles, especialmente las muchachas (Nyamukapa y Gregson, 2005). Un estudio similar entre 20 000 niños kenyanos puso de manifiesto que las tasas

de participación escolar disminuían un promedio del 5% después de un fallecimiento parental, pero el descenso después del fallecimiento de la madre era más de dos veces mayor que después del fallecimiento del padre (Evans y Miguel, 2005).

Aunque, hasta ahora, el número de niños huérfanos y vulnerables es proporcionalmente menor fuera de África, el impacto sigue siendo riguroso a nivel individual. Tal como se ha mencionado anteriormente, en la Federación de Rusia (y otros países de la Comunidad de Estados Independientes, como Ucrania) es frecuente que las madres VIH-positivas

FIGURA 4.7		Impacto de la orfandad sobre la asistencia a la escuela entre niños de 10 a 14 años de edad del continente africano (%)			
Porcentaje de los que acuden a la escuela	África occidental (9 países)	África central (6 países)	África oriental (9 países)	África meridional (10 países)	Todo el continente (34 países)
No huérfanos	67	75	70	88	74
Huérfanos	58	69	54	84	69
Huérfanos doble	57	58	49	80	64
Razones					
H. doble frente a no h.	0,86	0,94	0,72	0,90	0,87
Niños	0,96	0,96	0,82	0,93	0,94
Niñas	0,91	0,94	0,88	0,96	0,93

Fuente: Monasch R y Boerma JT (2004). Orphanhood and childcare patterns in sub-Saharan Africa: an analysis of national surveys from 40 countries. AIDS 2004, 18 (supl 2): S55–S65.

*En la actualidad, sólo están matriculados en escuelas primarias el 64% de los niños de África y el 83% de los niños de Asia meridional y occidental.*



abandonen a sus hijos. De los 13 000 niños nacidos de mujeres VIH-positivas a finales de 2003, aproximadamente uno de cada 20 fue abandonado o internado en instituciones estatales. A diferencia de lo que ocurre en África, estos niños no suelen ser adoptados o acogidos por familias. La mayoría crece en instituciones estatales y hogares infantiles, mientras que otros pasan los primeros años de su vida en hospitales, con el consiguiente deterioro físico, emocional e intelectual (Intigrinova y Hauslohner, 2004). Por suerte, está disminuyendo la proporción de madres VIH-positivas que abandonan a sus hijos. Esto es reflejo en parte de la incidencia creciente del VIH en mujeres de la población general, que probablemente pueden proporcionar más apoyo a sus hijos que las consumidoras de drogas intravenosas. Otro motivo que cabría argumentar es que la mujeres VIH-positivas en general cada vez están mejor informadas sobre la transmisión maternoinfantil del VIH (Voronin et al, 2005).

### Gobiernos y gestión pública

En los países con altos niveles de prevalencia del VIH, la epidemia está teniendo un fuerte impacto en la administración

pública. Al tiempo que disminuyen la productividad y las bases contributivas a causa del fallecimiento de adultos en los años más productivos de su vida, el SIDA impone demandas crecientes sobre los servicios del sector público, como la sanidad y educación, y también sobre la administración pública (Grant et al, 2004).

Crece la preocupación por los efectos a largo plazo de la continuidad y calidad de los servicios públicos y la gestión pública como consecuencia de la destrucción significativa de «memoria institucional». Por ejemplo, un ministerio gubernamental puede amoldarse probablemente a una pérdida puntual del 2-3% de su funcionariado (es decir, el personal perdido durante un solo año, más allá de las pérdidas normales por jubilación, fallecimientos no relacionados con el SIDA, etc.) aumentando la contratación o reasignando al personal a nivel interno. Sin embargo, si aparte de la movilidad normal, se pierde acumulativamente al 25% de los funcionarios a causa del SIDA durante un periodo de 10 años, el cambio en la composición por edad y la pérdida de experiencia y conocimiento experto del personal pueden deteriorar seriamente la eficiencia y eficacia de la institución.

Por ejemplo, una reducción en el número de candidatos a puestos de alta gestión puede provocar que se contrate a individuos menos cualificados o experimentados, con la erosión consiguiente de la calidad de la toma de decisiones (Haacker, 2004).

El SIDA puede tener un efecto negativo sobre la participación política y otros aspectos de un gobierno democrático, aunque hay pocas investigaciones acerca de este tema (de Waal, 2005). Algunos posibles efectos son una menor participación en organizaciones de voluntariado y política local (por fallecimiento, enfermedad o desmoralización), absentismo y fallecimiento de representantes electos y un cambio en el foco del debate, en el que los temas a largo plazo sobre democracia y derechos humanos son sustituidos por cuestiones más restringidas e inmediatas acerca de la prestación de servicios (Manning, 2002; Marais, 2005; Strand et al, 2004).

#### SEGURIDAD Y ORDEN

La seguridad y el orden basados en los derechos son elementos importantes en la

creación de un entorno en el que pueda florecer el desarrollo humano, y el impacto de la epidemia sobre las fuerzas policiales y el ejército constituye una preocupación considerable en algunos países. Mozambique tiene dificultades para reclutar y adiestrar a un número suficiente de agentes de policía con los que sustituir a los que fallecen por enfermedades relacionadas con el SIDA, mientras que en Etiopía, un estudio de 2004 entre esposas de agentes de policía constató que aproximadamente un tercio estaba viviendo con el VIH (Garrett, 2005).

Una reciente revisión mundial sobre SIDA y seguridad nacional puso de manifiesto que los oficiales de alto rango en todo el mundo están preocupados por los niveles de prevalencia dentro de los servicios uniformados y entre los nuevos reclutas. En África, las fuerzas armadas de Zimbabwe sufrieron un serio revés en 2004 cuando un tercio de los oficiales enviados a China para adiestramiento avanzado fueron expulsados del país después de que se les diagnosticara infección por el VIH (Garrett, 2005). En la Comunidad de Estados Independientes, y

#### IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN

Una de las principales preocupaciones de la iniciativa Educación para Todos es que la calidad de la educación ofrecida a los niños sea un criterio prioritario. También en este aspecto el VIH está teniendo un impacto nocivo, ya que la enfermedad afecta progresivamente a la capacidad de los maestros para enseñar, de los alumnos para aprender y de los administradores para gestionar el sistema escolar de manera eficaz y eficiente. En el sistema escolar de Zambia, las enfermedades de los maestros o su responsabilidad de cuidar a familiares (incluida la asistencia a servicios funerarios) representan más del 60% del absentismo laboral. Curiosamente, un estudio efectuado entre maestros de matemáticas e inglés de 5º curso constató que un incremento del 5% en la tasa de absentismo de los maestros reducía en un 4–8% anual el aprendizaje promedio de los estudiantes. Esto era consecuencia no sólo del absentismo de los maestros, sino también del impacto directo de una peor preparación de las lecciones y una menor calidad de la enseñanza cuando los maestros efectivamente trabajaban (Das et al, 2005).

especialmente en la Federación de Rusia y Ucrania, las fuerzas armadas tienen dificultades para encontrar a suficientes reclutas sanos con los que mantener su tropa. Esta situación puede empeorar aún más: las tasas decrecientes de natalidad a finales de los años ochenta y principios de los noventa, junto con las altas tasas de rechazo entre los reclutas debido al deterioro de las condiciones militares, amenazan el objetivo de la Federación de Rusia de mantener un ejército de un millón de hombres (Frolov, 2004).

### Servicios de salud

Un sistema de salud sólido es un componente crítico en la respuesta al SIDA y un escalón fundamental para el desarrollo. Sin embargo, en los países más afectados, la epidemia está minando los servicios de salud de diversas formas, que van desde el fallecimiento de los ya escasos

trabajadores de salud hasta el número creciente de personas que necesitan camas en hospitales y dispensarios con graves deficiencias financieras y de personal.

Por ejemplo, Botswana, entre 1999 y 2005, perdió aproximadamente el 17% de su fuerza laboral sanitaria a causa del SIDA. En Zambia se estima que el 40% de las parteras de Lusaka son VIH-positivas (OIT, 2004), mientras que en una muestra de trabajadores sanitarios públicos y privados de cuatro provincias de Sudáfrica, alrededor del 16% estaban viviendo con el VIH en 2002. Entre los trabajadores de salud más jóvenes (18-35 años), la prevalencia estimada era aún mayor (20%) (Shisana et al, 2004).

La epidemia está imponiendo una carga sin precedentes sobre los escasos recursos sanitarios disponibles. Las personas con enfermedades relacionadas con el VIH ocupan más de la mitad de todas las

### CONTABILIZAR LOS COSTOS, Y PASAR A LA ACCIÓN

Singareni Collieries es un contratista importante de Andhra Pradesh, uno de los estados de la India con una prevalencia más alta del VIH. La compañía, que suministra aproximadamente el 10% del carbón del país y que emplea a más de 93 000 personas, intentó averiguar el impacto actual y potencial de la epidemia sobre su plantilla y sus operaciones. Después de estimar que un 2% de su fuerza de trabajo era VIH-positiva (un porcentaje ligeramente superior al de la población local en conjunto), el estudio calculó una diversidad de costos que se acumularían a lo largo de los siguientes años, como pérdida de producción, gastos médicos, costos de seguros y desembolso por reposición de trabajadores cuando éstos enfermaran o fallecieran. Entre otros hallazgos, el estudio constató que, si no se trataba a los trabajadores, el costo de compensarlos cuando su enfermedad progresara durante 10 años se elevaría a US\$ 21 millones. En cambio, el suministro de tratamiento antirretrovírico durante el mismo periodo—que prolongaría la vida de los empleados y les permitiría mantener a sus familias—sólo costaría US\$ 1,24 millones. En respuesta a estos y otros hallazgos, la compañía ha instituido una serie de medidas de prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, y actualmente, en colaboración con el Gobierno, los sindicatos y organizaciones no gubernamentales locales, está examinando una diversidad de opciones para proporcionar atención y tratamiento a los trabajadores VIH-positivos (OIT, 2005).





*Debido a la magnitud y complejidad del sector informal en tantos países, el SIDA puede tener consecuencias de gran alcance en estos trabajadores, aunque el impacto es difícil de rastrear, prevenir o mitigar.*

camas hospitalarias en África subsahariana. Las excesivas cargas de trabajo, combinadas a menudo con el miedo a la infección por la falta de prácticas normalizadas de control de infecciones en los lugares de trabajo de los establecimientos de salud, están provocando que muchos abandonen por completo la profesión sanitaria.

El mayor acceso a tratamiento antirretrovírico devolverá años de vida de buena calidad a millones de personas con el VIH que, de lo contrario, fallecerían; sin embargo, esto también pone presión adicional sobre servicios de salud ya de por sí sobrecargados. En la República Unida de Tanzania, por ejemplo, la fuerza de trabajo del sector sanitario se ha reducido significativamente desde los años noventa a causa de políticas de reajuste estructural, y el SIDA no ha hecho más que agravar la situación. A pesar de ello, existe la necesidad urgente de ampliar el sector. Una misión de la OMS en ese país ha calculado que el suministro de tratamiento antirretrovírico a todas las personas que lo necesitan requeriría los servicios a jornada completa de casi la mitad del personal sanitario existente (OIT/GTZ, 2004).

Las implicaciones para los países más afectados son obvias, pero la amenaza también se extiende a los países con prevalencias mucho menores. En Viet Nam, una valoración reciente sugiere que en 2007 el VIH y el SIDA pueden absorber casi el 5% de todo el gasto sanitario público, suponiendo que se alcancen los niveles requeridos para proporcionar una respuesta integral a la epidemia. Aunque la ayuda de los donantes puede compensar una parte de ese gasto, «financiar los servicios necesarios de prevención, atención y tratamiento pondrá a prueba el compromiso, capacidad y voluntad de la economía vietnamita» (PNUD, 2003a).

En la India, la epidemia podría tener un impacto notable sobre el acceso a la atención de salud de los ciudadanos más pobres. En la actualidad, los seguros de salud, tanto públicos como privados, sólo cubren al 15% de la población, y los centros sanitarios públicos accesibles para los pobres carecen de financiación y personal suficientes. A medida que la India amplíe la disponibilidad de terapia antirretrovírica, la carga de trabajo adicional y el incremento de costos recaerán con mayor fuerza sobre los centros

públicos, ya que un número creciente de pobres que viven con el VIH empezará a solicitar tratamiento (Mahal y Rao, 2005).

### Impacto sobre la educación

La educación es uno de los pilares del desarrollo, y asegurar el acceso universal a la educación primaria para 2015 constituye una meta tanto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio como de la iniciativa Educación para Todos (EPT) (UNESCO, 2000). El último informe de la UNESCO sobre los progresos realizados hacia los objetivos de la EPT establecidos en el Foro Mundial de la Educación, celebrado en Dakar en 2000, indica que, a pesar de avances uniformes, las tasas actuales de progreso en cuanto a escolarización tienen que cuadruplicarse en África subsahariana y duplicarse en Asia meridional para alcanzar el objetivo de 2015. En la actualidad, sólo están matriculados en escuelas primarias el 64% de los niños de África y el 83% de los niños de Asia meridional y occidental (UNESCO, 2006).

Entre los países que se considera improbable que cumplan el objetivo de 2015,

más de la mitad figuran entre los más afectados por el SIDA. La UNESCO declara de forma inequívoca que, junto con los conflictos armados y las altas tasas de natalidad, «el VIH/SIDA constituye un obstáculo mundial importante para la prestación de educación de buena calidad» (UNESCO, 2005).

Aunque las tasas de prevalencia y mortalidad varían considerablemente, en algunos países el impacto del SIDA sobre el personal docente es crítico. La República Unida de Tanzania necesita unos 45 000 maestros adicionales para suplir a los que han fallecido o abandonado el sistema a causa del SIDA. Según la Unión de Maestros de Tanzania, la proporción máxima de bajas corresponde a personal altamente experimentado en el grupo de edad de 41-50 años (OIT/GTZ, 2004).

El sistema educativo de Sudáfrica se enfrenta a una diversidad de problemas. Aunque el número de niños en edad escolar (6-18 años) ha seguido creciendo, la tasa de escolarización ha disminuido. Esto se atribuye a varios factores, incluida una mayor proporción de niños vulnerables (especialmente huérfanos y muchachas) cuyo acceso a la escuela está restringido. Al mismo tiempo, está

*Hay pruebas considerables de una relación entre SIDA, orfandad y niveles más altos de trabajo infantil, que tiene lugar preferentemente en el sector informal.*



## SIDA Y MEDIO AMBIENTE

A primera vista, el Objetivo de Desarrollo del Milenio 7—asegurar la sostenibilidad medioambiental—tiene poco que ver con el VIH y el SIDA. Sin embargo, incluso aquí, la epidemia está teniendo un impacto. Por ejemplo, un estudio en cuatro comunidades de pescadores de Uganda puso de relieve que la enfermedad no sólo afectaba gravemente a las familias, sino que también las reservas de peces se estaban agotando a medida que jóvenes inexpertos sustituían a los pescadores enfermos, desconociendo o ignorando las tradiciones que habían asegurado el sustento de sus comunidades durante generaciones (Tanzarn y Bishop-Sambrook, 2003).

Una investigación actual (FAO, 2004) revela el impacto que están teniendo el VIH y el SIDA en las selvas de Miombo, una enorme ecorregión que se extiende a lo largo de algunos de los países africanos con máxima prevalencia del VIH, incluidos Angola, Malawi, Mozambique, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe. Efectuada en seis comunidades de Malawi y Mozambique, la investigación puso de manifiesto que la selva era una fuente importante de plantas medicinales utilizadas para aliviar síntomas relacionados con el VIH (sobre todo diarrea, llagas en la boca y garganta, eritemas cutáneos y fiebre), así como de alimento y combustible para las familias afectadas por el VIH y el SIDA. Las familias que habían sufrido el fallecimiento de uno de sus miembros (y, por tanto, eran menos capaces de adquirir fuentes energéticas como propano) tenían una probabilidad cinco veces mayor que las familias no afectadas de aumentar la recolección de leña, deforestando áreas próximas a sus asentamientos. También estaban emergiendo otras amenazas diversas. Por ejemplo, numerosas especies de plantas medicinales estaban en peligro a causa de métodos destructivos de recolección y la comercialización de esas plantas por parte de personas externas a la comunidad. Los hallazgos señalan la urgencia de valorar el impacto sobre los bosques y la respuesta con el fin de minimizar la destrucción (Barany et al, 2005; Siteo et al, 2004).

disminuyendo el número total de maestros de la escuela pública; entre 1998 y 2003, la reducción neta fue superior al 5%. Junto con la jubilación, renuncia y emigración de maestros, el fallecimiento durante el servicio fue uno de los principales factores de este declive. El SIDA explica gran parte del problema. La prevalencia del VIH en maestros sudafricanos es del 21% entre los de 25–34 años y del 13% entre los de 35–44 años. También está disminuyendo simultáneamente el número de personas que se gradúan en las escuelas de magisterio (Peltzer et al, 2005).

## El mundo del trabajo

Puesto que afecta mayoritariamente a adultos en los años más productivos de su vida, el VIH supone una amenaza para el crecimiento económico y el desarrollo de millones de personas empleadas en el sector informal (también conocido como «economía informal»). El impacto es general y complejo: se reduce el consumo, desaparecen los beneficios, se pierden ingresos contributivos e inversiones y dejan de proporcionarse servicios esenciales. Los adultos que viven con el

VIH —que, de otra forma, generarían ingresos, apoyarían a las familias y contribuirían a las economías local y nacional— ven inexorablemente cómo pierden el sueldo, el trabajo, los ahorros y, en última instancia, la vida.

#### **PREOCUPACIONES EN EL COLECTIVO EMPRESARIAL**

Durante los últimos años, los organismos empresariales, sindicales y gubernamentales han acumulado un corpus creciente de investigaciones sobre el impacto del SIDA sobre el mundo laboral. Los datos apoyan inequívocamente la necesidad de una mayor «implicación empresarial» en los esfuerzos de prevención, atención y tratamiento.

En los países más afectados de África meridional, el impacto ya es grave, pero las previsiones indican que se agudizará durante las próximas décadas. La Coalición Empresarial Sudafricana sobre el VIH y el SIDA, en un estudio reciente de 1006 empresas de los sectores de fabricación, venta minorista y mayorista, automoción y construcción, comprobó que el 9% había sufrido un impacto negativo significativo a causa del SIDA. Aproximadamente un tercio de las empresas notificó mayores tasas de rotación de personal, y una cuarta parte había tenido que asumir costos adicionales de contratación y formación como consecuencia de la epidemia. El impacto regional se relacionaba estrechamente con los niveles de prevalencia del VIH, de modo que casi el 40% de las compañías que operan en las provincias fuertemente afectadas de KwaZulu-Natal y Gauteng comunicaron un impacto negativo sobre los beneficios. Aunque la mayoría de las grandes empresas había elaborado políticas sobre el SIDA y había iniciado una serie de intervenciones de prevención y atención, sólo el 13% de las empresas con menos de 100

empleados tenía una política al respecto (SABCOHA, 2004).

El crecimiento económico equilibrado y sostenible a largo plazo dependerá de múltiples factores. Por ejemplo, los países en desarrollo necesitarán mayor inversión extranjera para impulsar sus economías. Sin embargo, la magnitud de la epidemia de SIDA es una de las variables que los inversores tienen en cuenta al decidir si invierten en un país determinado, y esto va en contra de los países más afectados.

#### **EL SECTOR INFORMAL**

La mayoría de los países en desarrollo tiene sectores informales prósperos, que representan entre el 25% y el 40% del producto interno bruto en Asia y África y que pueden llegar a constituir hasta el 80% del empleo no agrícola en muchas regiones (Banco Mundial, 2005b). Por ejemplo, se estima que el empleo informal supone el 40% del empleo total en Egipto, el 69% en El Salvador, el 14% en la Federación Rusia y el 23% en Sudáfrica (Avirgan et al, 2005). En la India, alrededor del 60% de los trabajadores informales son mujeres (Treacy, 2003).

Debido a la magnitud y complejidad del sector informal en tantos países, el SIDA puede tener consecuencias de gran alcance en estos trabajadores, aunque el impacto es difícil de rastrear, prevenir o mitigar. En 2003, las investigaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en Ghana, Sudáfrica, Tanzania y Uganda aportaron información abundante sobre la vulnerabilidad de los trabajadores del sector informal a la infección por el VIH. Por ejemplo, la elaboración y venta de cerveza es una actividad del sector informal que corre a cargo mayoritariamente de mujeres, y a la que recurren muchas mujeres de hogares afectados por el VIH y el SIDA. La investigación

realizada en la República Unida de Tanzania reveló diversos factores de vulnerabilidad asociados a esta actividad, empezando por el hecho de que la mayoría de los vendedores de cerveza son mujeres y que los principales clientes son varones. Con el fin de vender su cerveza, las mujeres corren mayor riesgo de ofrecer relaciones sexuales a los clientes o ser coaccionadas para que las tengan (Mackay, 2003). Las investigaciones subrayaban la necesidad de iniciativas de prevención del VIH entre los trabajadores del sector informal de los cuatro países.

El SIDA también incide en las iniciativas existentes contra la pobreza dentro del sector informal. Las enfermedades relacionadas con el VIH pueden afectar de diversas formas a los programas de microcréditos, que se dirigen con frecuencia a personas que trabajan en el sector informal. Es posible, por ejemplo, que disminuya el flujo de caja o que aumenten los costos transaccionales si los clientes empiezan a saltarse pagos, o que la enfermedad afecte al propio personal de las instituciones microfinancieras (Murray, 2005). Así pues, los esfuerzos de mitigación para el sector informal constituyen una parte importante de cualquier respuesta nacional al SIDA (véase el capítulo «Reducir el impacto»).

Existen pruebas considerables de una relación entre SIDA, orfandad y niveles más altos de trabajo infantil, que tiene lugar preferentemente en el sector informal. Gran parte de estos indicios provienen de África subsahariana (OIT/IPEC, 2003), pero la relación también se ha establecido en otras partes del mundo. Una investigación en familias afectadas por el SIDA de Nueva Delhi comprobó no sólo que muchos niños dejaban la escuela como forma de afrontar la reducción de ingresos y los gastos crecientes en

medicamentos, sino que el 17% de ellos tenía que asumir un trabajo remunerado para contribuir a la estabilidad económica de la familia (OIT, 2003).

#### AGRICULTURA Y DESARROLLO RURAL

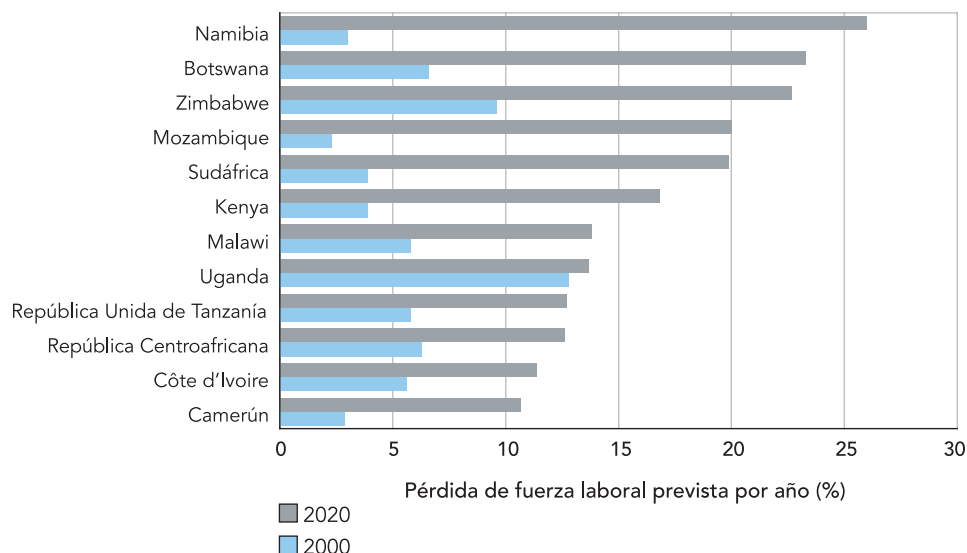
La agricultura es esencial para que casi todos los países en desarrollo alimenten a la mayoría de sus ciudadanos, pero también proporciona gran parte de las ganancias por exportación. Con frecuencia es la mayor fuente individual de empleo.

En 2000, la mano de obra agrícola en 12 países africanos con alta prevalencia del VIH era un 3-10% menor de lo que hubiera sido en ausencia del SIDA, según estimaciones de la FAO. (En Uganda, un país afectado desde las primeras etapas de la epidemia, esta cifra era del 13%.) Tal como muestra la Figura 4.8, en 2020 la pérdida podría superar el 10% en todos estos países y situarse por encima del 20% en Botswana, Mozambique, Namibia y Zimbabwe.

Los trabajadores agrícolas notan el impacto durante años mientras el virus sigue su curso, lo que provoca que vayan a trabajar con menos frecuencia (no sólo por enfermedades, sino también por obligaciones de cuidado y periodos de luto después del fallecimiento de otros) y una reducción en su productividad y poder adquisitivo. Esto se pone de manifiesto en un estudio reciente de trabajadores en la industria del té de Kenya. El estudio, que comparó a recolectores de té sanos con recolectores que acabaron dejando de trabajar por causas relacionadas con el VIH, cuantificó los días de baja por enfermedad, los días de permiso temporal y los días pasados realizando tareas menos agotadoras. El impacto sobre el sueldo de los trabajadores fue notable, ya que los recolectores de té VIH-positivos ganaron

FIGURA 4.8

Reducción prevista de la fuerza de trabajo agrícola en África por causa del VIH y el SIDA para 2020



Fuente: ILO (2004). HIV/AIDS and work: global estimates, impact and responses

un 16% menos en el penúltimo año de trabajo y un 18% menos en el último año. Es posible que el impacto fuera en realidad peor, pues se comprobó que los trabajadores afectados llevaban a menudo a «ayudantes» no registrados para que colaboraran en el trabajo (Fox et al, 2004).

Tal como ocurre generalmente, el peor impacto tiende a recaer sobre los miembros más pobres de la población. Un estudio en Kenya constató que los hogares relativamente pobres en zonas rurales no se recuperan con rapidez cuando fallece el cabeza de familia; durante los tres años que se prolongó el estudio, la menor producción de las cosechas y los ingresos no agrícolas no volvieron a alcanzar los niveles previos al fallecimiento. Al igual que en otros países, el sexo del fallecido influye notablemente en el valor de los cultivos que produce la familia, ya que el fallecimiento de un varón adulto reduce la producción de «cultivos comerciables» (normalmente

café, té y azúcar), mientras que el fallecimiento de una mujer adulta da lugar con mayor frecuencia a una reducción de la producción de cereales y otros cultivos de subsistencia (Yamano y Jayne, 2004).

#### ECONOMÍAS EN DESARROLLO

Mientras que el impacto del VIH y el SIDA sobre los individuos, familias y comunidades puede ser enorme, la investigación sobre las economías nacionales ha registrado efectos relativamente discretos utilizando variables tales como el producto interior bruto anual. Según los estudios efectuados en África subsahariana, el impacto neto sobre el producto interior bruto se sitúa alrededor del 1% anual (Bell et al, 2003), y las cifras son considerablemente menores en países con prevalencias del VIH más bajas. Recientemente se han emprendido iniciativas para averiguar los efectos a más largo plazo e investigar los factores que influirán en tales impactos.