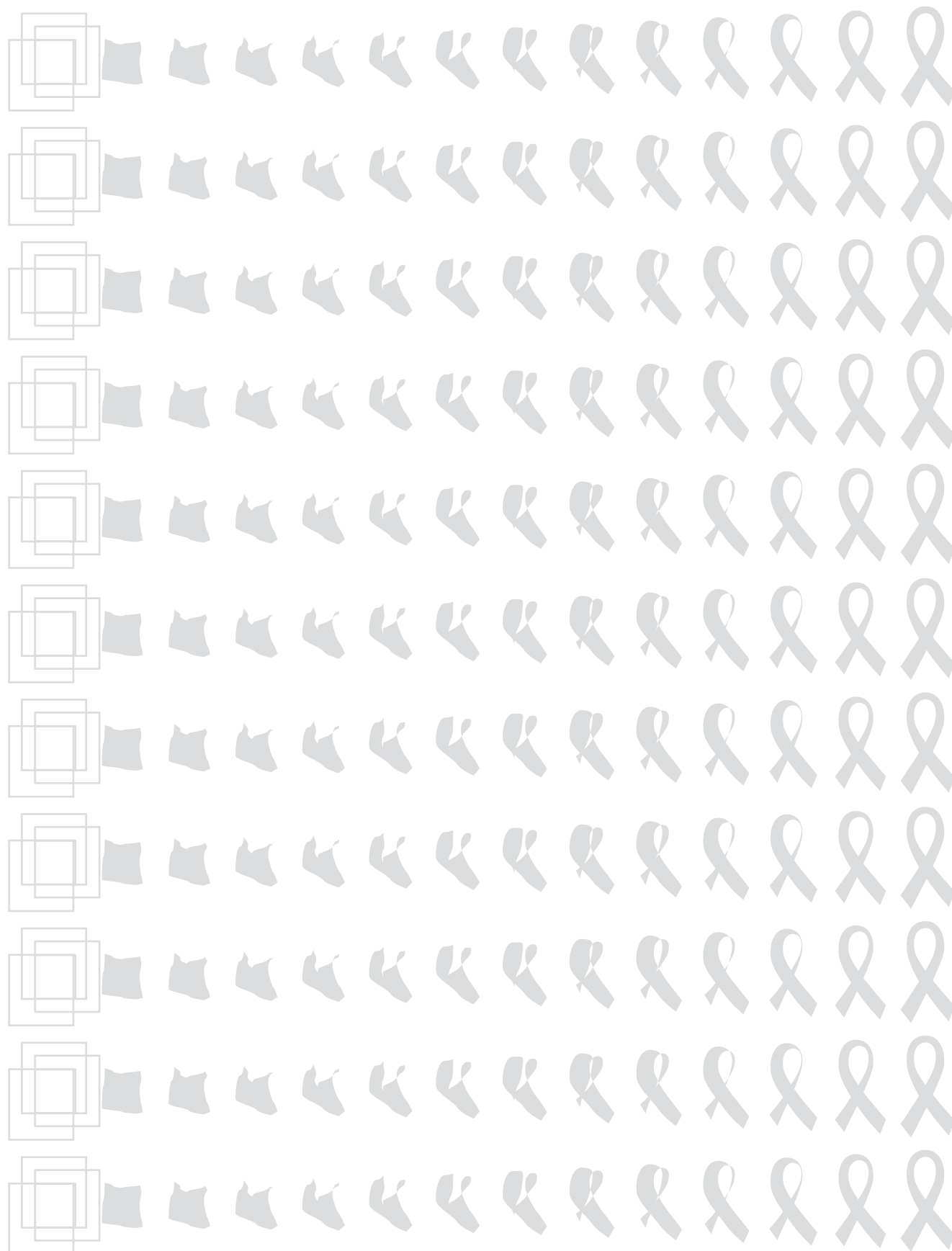




Oficina
Internacional
del Trabajo

El VIH/SIDA y el mundo del trabajo: estimaciones a nivel mundial, impacto y medidas adoptadas

2004



Derechos de autor © Organización Internacional del Trabajo 2004

Las obras publicadas por la Oficina Internacional del Trabajo gozan de la protección del derecho de autor, en virtud del Protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derecho de Autor. No obstante, la reproducción de extractos breves puede hacerse sin autorización, siempre que se indique la fuente. Quienes deseen reproducir o traducir el presente texto deben solicitar la autorización correspondiente a la Oficina de Publicaciones (derechos de autor y licencias) de la Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, solicitudes que serán bien acogidas.

ISBN 92-2-315824-9

Las denominaciones empleadas y la forma en que aparecen presentados los datos en las publicaciones de la OIT, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, no implican juicio alguno por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

Toda referencia a empresas, procesos o productos comerciales no implica aprobación alguna por parte de la Oficina Internacional del Trabajo. No obstante, el hecho de que no se mencionen empresas, procesos o productos comerciales tampoco implica desaprobación a ese respecto.

Las publicaciones de la OIT pueden obtenerse en las principales librerías, en las oficinas que mantiene la OIT en muchos países o directamente en la Oficina de Publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, oficina que pone a disposición del público, sin costo alguno para éste, los catálogos de sus publicaciones.

Fotocomposición: Oficina Internacional del Trabajo
Impreso en Suiza SRO

OF/LE/061004

Agradecimientos

La idea de contar con estimaciones del impacto del VIH/SIDA en el mundo laboral fue del Director General de la OIT, señor Juan Somavia, el primero en proponerla cuando recién se creó el Programa sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo. El Sr. Assane Diop, Director Ejecutivo del Sector de la Protección Social, por su parte, planteó la idea de enfocar la atención en la respuesta al VIH/SIDA que emanó del mundo del trabajo. El presente informe fue elaborado bajo la orientación general y la dirección del Sr. Franklyn Lisk (Director del Programa OIT/SIDA). La coordinación de los trabajos estuvo a cargo de la Sra. Odile Frank, quien diseñó el análisis técnico y se encargó de la redacción del conjunto del documento. En el equipo de profesionales que colaboraron en la obra figuran Ibrahima Coulibaly, Oluremi Doherty, Ndoli Kalumiya, Jessica Owens, Pallavi Rai y Jag Sehgal.

Merecen también nuestro reconocimiento Desmond Cohen y Malcolm McPherson por su contribución y valiosas recomendaciones; Sophia Lawrence, Farhad Mehran, Peter Peek y Sylvester Young, por el examen de las estadísticas; Jane Hodges, Norman Jennings y Susan Maybud por su contribución de orden técnico, y Benjamin Alli, Marie-Claude Chartier y Claire Mulanga por su aporte en materia de fuentes de datos. Nuestro agradecimiento se extiende también a varios de los integrantes del Grupo de Trabajo Intersectorial sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo.

Damos igualmente las gracias muy especialmente a nuestros colegas de ONUSIDA, de la OMS y de la ONU, en particular a los de la División de Población. Si no hubiésemos contado con los datos básicos que nos proporcionaron, no hubiese sido posible elaborar el presente informe.

La revisión final del texto estuvo a cargo de Susan Leather, quien además redactó partes del mismo con la asistencia de Olga Sheean y Prue Hopkins. Cabe señalar también las valiosas recomendaciones de Tom Netter en materia de comunicaciones. El diseño y la configuración general de la obra son de Sam Sansbury. El diseño de la cubierta es de Lewis Evans.

Prefacio

Según los cálculos más recientes, a fines de 2003 el número de personas con VIH fluctuaba alrededor de los 38 millones, de los cuales 36 millones eran personas en edad de trabajar.

La pandemia de VIH/SIDA, una catástrofe desde el punto de vista humanitario, constituye también una amenaza para el desarrollo económico y social sostenible. La pérdida de vidas humanas y los efectos deshabilitantes de la enfermedad reducen la capacidad para mantener los niveles de producción y de empleo, lo que a su vez socava los esfuerzos desplegados para reducir la pobreza y promover el desarrollo.

Los momentos de mayor riesgo de transmisión del VIH coinciden con los años en que los adultos de ambos sexos se encuentran en el apogeo de su vida productiva. Hacer frente a los perjuicios que ocasiona el VIH/SIDA a la productividad, a la fuerza de trabajo y a la eficiencia de las empresas en todos los sectores de la actividad económica, es uno de los principales objetivos del programa Trabajo Decente de la OIT, que apunta a reducir la pobreza mediante la creación de más y mejores empleos

La OIT, integrándose a la acción multilateral de lucha contra el VIH/SIDA, ha decidido combatirlo en el lugar de trabajo. Este lugar, punto de encuentro de muchas personas, no sólo permite abordar y debatir el tema cada día, sino que constituye además una poderosa plataforma para transmitir valiosos conocimientos relativos a su prevención y prodigar cuidados a quienes los necesiten. Dentro de este marco, las organizaciones de empleadores y de trabajadores, en colaboración con la Oficina Internacional del Trabajo, se han movilizado para unirse al esfuerzo internacional encaminado a derrotar la pandemia.

Colmar la brecha que existe en materia de información cuantitativa y cualitativa sobre la naturaleza y la amplitud del impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo y, por ende, en la producción, contribuirá ciertamente a mejorar la calidad de las políticas destinadas

a hacer frente a la pandemia. El presente informe *El VIH/SIDA y el mundo del trabajo: estimaciones a nivel mundial, impacto y medidas adoptadas* contiene información, análisis y recomendaciones en materia de política, destinados a estimular el debate y la toma de decisiones respecto del VIH/SIDA por parte de los mandantes tripartitos de la OIT. A partir de la situación presente y de lo ya alcanzado, y tras identificar los errores y los factores de éxito, este informe pretende ayudar a los mandantes y demás partes interesadas en el mundo del trabajo a afinar su acción e intensificar los esfuerzos desplegados hasta ahora.

Elaborado en el marco del Programa de acción sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo (OIT/SIDA), este informe proporciona información a los principales actores del mundo del trabajo, a otras partes interesadas y a quienes elaboran políticas en la materia. El programa Trabajo Decente, con sus cuatro pilares que son el desarrollo del empleo y de la empresa, la protección social, los principios y derechos fundamentales en el trabajo y las normas internacionales del trabajo, y el diálogo social, proporciona el marco de referencia en que se abordan los principales desafíos que plantea el VIH/SIDA. Espero que llegue a constituir un documento de referencia para cuantos participan en la lucha para controlar la propagación del VIH/SIDA y el perjuicio que causa al desarrollo económico y social en muchos países.



Juan Somavia
Director General

Índice

Resumen ejecutivo	xi
Introducción	1
Parte I. Estimaciones del impacto del VIH/SIDA en el mundo del trabajo a nivel mundial...3	
Capítulo 1. Estimaciones mundiales: síntesis del contenido de los cuadros principales	4
Cuadro principal 1: Datos básicos sobre el VIH/SIDA: fuerza de trabajo, población, grupos de edad e índice de dependencia.....	4
Cuadro principal 2: Estimación del impacto atribuible al VIH/SIDA en el crecimiento económico	5
Cuadros principales 3A, 3B y 3C: Estimación y proyección del impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo durante tres períodos de la progresión de la enfermedad: años 1995, 2005 y 2015	6
Cuadro principal 4: Estimación y proyección de las pérdidas totales acumuladas atribuibles al VIH/SIDA en la fuerza de trabajo masculina, femenina y total y como porcentaje de la fuerza de trabajo total	7
Cuadro principal 5: Estimación del impacto indirecto de la mortalidad relacionada con el VIH/SIDA en los niños y de su impacto directo en las personas en edad de trabajar.....	7
Cuadros principales 6A, 6B y 6C: Estimaciones del incremento de la carga económica y social como consecuencia de los decesos y las enfermedades atribuibles al VIH/SIDA durante tres períodos de la progresión del VIH/SIDA: años 1995, 2005 y 2015.....	8
Capítulo 2. Impacto macroeconómico del VIH/SIDA: capital humano, trabajo y producción 10	
Capítulo 3. Impacto del VIH/SIDA en el mundo del trabajo.....	16
i) El VIH/SIDA y el sector privado	16
Beneficios para las empresas de los programas de lucha contra el VIH/SIDA.....	19
ii) El VIH/SIDA y el sector público	19
Mantener en funcionamiento el sistema educativo	20
Demandas actuales y futuras al sector público de la salud	22
Suministro de cuidados a los trabajadores de la salud	23
iii) El impacto del VIH/SIDA en el sector agrícola: menor producción y mayor inseguridad alimentaria.....	26
iv) La economía informal.....	28
Capítulo 4. El impacto del VIH/SIDA en las mujeres y los niños.....	29
i) Mujeres y VIH/SIDA: reducción de su aporte a la economía y a la familia	29
ii) El impacto del VIH/SIDA en los niños: abandonan la escuela y se incorporan al trabajo 31	

Parte II. Consecuencias en materia de política y respuesta al VIH/SIDA	
en el mundo del trabajo	33
Capítulo 5. Consecuencias en materia de política	34
Un marco político que brinde apoyo	34
Consecuencias específicas en materia de política.....	35
Capítulo 6. La respuesta al VIH/SIDA en el mundo del trabajo	38
El Programa de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo.....	38
El Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo...	38
El VIH/SIDA y el mundo del trabajo: reformar la legislación para que se cumpla	40
El sector del transporte en Sudáfrica: elaboración de una política nacional en Zimbabwe	41
La India combate el estigma y la discriminación asociadas al VIH/SIDA.....	43
Iniciativas en el lugar de trabajo en Tailandia: de ser trabajador migrante pasar a pagar las primas de un seguro de vida.....	45
Sector informal: cambio en los comportamientos del personal y de los propietarios de talleres de mecánica en Ghana.....	47
Tratamiento en el lugar de trabajo: el ejemplo de las empresas multinacionales	48
El sector de la minería en Sudáfrica: recurrir al diálogo social para facilitar el tratamiento de los enfermos.....	50
Bibliografía	53
Notas técnicas	65
Fuentes citadas en el texto	66
Fuentes utilizadas para elaborar los cuadros principales	66
Definiciones y derivación de variables en cada cuadro principal	66
Notas para el VIH/SIDA y el mundo del trabajo.	
Cambiar las leyes para que puedan cumplirse	70
Cuadros principales	73
Cuadro principal 1: Datos básicos sobre el VIH/SIDA: fuerza de trabajo, población, grupos de edad e índice de dependencia para 50 países durante el período 200-2005..	74
Cuadro principal 2: Estimación del impacto atribuible al VIH/SIDA en el crecimiento económico en 47 países durante el período 1992 – 2002	76
Cuadro principal 3A: Estimación del impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo*, en tres momentos de las etapas III y IV de la progresión del VIH/SIDA en 50 países, en 1995	78
Cuadro principal 3B: Estimación del impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo*, en tres momentos de las etapas III y IV de la progresión del VIH/SIDA en 50 países, en 2005	80
Cuadro principal 3C: Estimación del impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo*, en tres momentos de las etapas III y IV de la progresión del VIH/SIDA en 50 países, en 2015	82

Cuadro principal 4: Total acumulado de decesos en la fuerza de trabajo masculina, femenina y total atribuibles al VIH/SIDA y como porcentaje de la fuerza de trabajo total en 50 países. Estimaciones y proyecciones quinquenales entre los años 1995 y 2015..... 84

Cuadro principal 5: Estimación del impacto directo de los decesos atribuibles al VIH/SIDA en los niños en el año 2003, y del impacto directo del VIH/SIDA en las personas en edad de trabajar en 50 países para los años 1995, 2005 y 2015 88

Cuadro principal 6A: Estimaciones del incremento de la carga económica y social como consecuencia de los decesos y las enfermedades atribuibles al VIH/SIDA en los momentos 1, 2 y 3 de las etapas III y IV de la progresión del VIH/SIDA en 50 países para el año 1995..... 90

Cuadro principal 6B: Estimaciones del incremento de la carga económica y social como consecuencia de los decesos y las enfermedades atribuibles al VIH/SIDA en los momentos 1, 2 y 3 de las etapas III y IV de la progresión del VIH/SIDA en 50 países para el año 2005..... 94

Cuadro principal 6C: Estimaciones del incremento de la carga económica y social como consecuencia de los decesos y las enfermedades atribuibles al VIH/SIDA en los momentos 1, 2 y 3 de las etapas III y IV de la progresión del VIH/SIDA en 50 países para el año 2015..... 98

Recuadros

Mantenimiento de la producción y de la productividad 19

Precauciones universales para prevenir el contagio con el VIH y otros agentes patógenos al manipular sangre u otros líquidos corporales 23

Si se quiere reducir la pobreza, es imprescindible impedir que, como consecuencia del VIH/SIDA, la situación económica de la mujer, ya precaria, se degrade aún más..... 30

Modelización del costo y de las consecuencias sociales del VIH/SIDA en la Federación de Rusia 36

El Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo (2001)..... 39

Cuidados y tratamientos en el lugar de trabajo 49

Etapas en la progresión del SIDA y niveles de actividad..... 68

Gráficos

Gráfico 1.1 Población masculina y femenina seropositiva, en edad de trabajar (15–64 años), 50 países, por región. Proyecciones para 20055

Gráfico 2.1 Años de esperanza de vida perdidos en 10 países muy golpeados por el VIH/SIDA. Proyecciones para los períodos 2002–2005 y 2010–2015 10

Gráfico 2.2 Porcentaje acumulado de decesos en la fuerza de trabajo masculina y femenina. Haití, Lesotho y Zimbabwe, período 1990–2015 11

Gráfico 2.3 Disminución de la tasa de crecimiento del PIB y de la tasa de crecimiento del PIB por habitante en 41 países. Período 1992–2002 14

Gráfico 3.1 Porcentaje de empresas que señalan haber percibido efectos claramente atribuibles al VIH/SIDA	18
Gráfico 3.2 Decesos atribuibles al VIH/SIDA entre la población en edad de trabajar, por sexo, en 35 países del África subsahariana. Estimaciones y proyecciones para 1995, 2005 y 2015	27
Gráfico 4.1 Esperanza de vida (años), por sexo, en Botswana, Swazilandia y Zimbabwe. Proyecciones para los períodos 2000–2005, 2005–2010 y 2010–2015	29
 Cuadros	
Cuadro 2.1 Estudios sobre el impacto macroeconómico del VIH/SIDA	12
Cuadro 3.1 Estimaciones de la prevalencia del VIH/SIDA presentadas en diversos estudios realizados en el lugar de trabajo, por sector de actividad. Botswana, Sudáfrica y Zambia. Período 2000–2001	16
Cuadro 3.2 Estimaciones de la prevalencia del VIH/SIDA presentadas en diversos estudios realizados en el lugar de trabajo, por nivel de cualificación. Botswana, Sudáfrica y Zambia. Período 2000–2001	17
Cuadro 3.3 Costo del VIH/SIDA para las empresas	17
Cuadro 3.4 Impacto del VIH/SIDA reflejado en las prestaciones a los trabajadores (como porcentaje de sus remuneraciones)	18
Cuadro 3.5 Disminución de la fuerza de trabajo en el sector agrícola atribuible al VIH/SIDA en los países africanos más afectados. Proyecciones para los años 2000 y 2020	25
Notas técnicas: Cuadro 1 Selección de combinaciones posibles de períodos de incapacidad laboral parcial y total de las personas que no reciben tratamiento por síntomas de SIDA	68

Resumen ejecutivo

Según estimaciones de ONUSIDA, hacia fines de 2003 cerca de 38 millones de personas en todo el mundo eran seropositivas, de las cuales 36 millones eran personas en edad de trabajar (15 – 49 años). Sobre la base de las estimaciones relativas a la prevalencia del VIH/SIDA elaboradas por las Naciones Unidas y las estimaciones de la propia OIT relativas a la población económicamente activa, se ha estimado que en 2003 la fuerza de trabajo seropositiva en el mundo ascendía a 26 millones de personas¹. Por lo tanto, la gran mayoría (73 por ciento) de los adolescentes mayores y de los adultos seropositivos son económicamente activos. También hay razones para pensar que, en la mayor parte de los países en desarrollo, la mayoría de los adolescentes mayores y de los adultos en edad de trabajar (menores de 65 años) hacen un aporte a la economía, aun cuando lo hagan de manera no convencional. Sobre la base de estas consideraciones, la OIT ha estimado que a escala mundial cerca de 36,5 millones de personas que desarrollan algún tipo de actividad económica viven con el VIH, cifra que excede en cerca de 800.000 unidades a otras estimaciones del número de personas seropositivas que tienen entre 15 y 49 años.

Si no reciben un tratamiento adecuado, los hombres y mujeres seropositivos que integran la fuerza de trabajo, tarde o temprano desarrollarán el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), enfermarán de las afecciones asociadas a éste, se verán imposibilitados de trabajar y finalmente fallecerán. Cabe tener en cuenta que los fallecimientos debidos al VIH/SIDA privan a las familias, a la sociedad y a la economía de muchos años de vida productiva. Según proyecciones de la OIT, el número total de personas en edad de trabajar fallecidas a causa del VIH/SIDA alcanzará los 28 millones en 2005, 48 millones en 2010 y 74 millones en 2015, si estas personas no tienen acceso a un tratamiento adecuado. Una larga enfermedad previa al deceso también reduce la eventual contribución económica de las personas seropositivas que de otro modo continuarían haciendo su aporte a la producción. Según estimaciones de la OIT, en 2005 cerca de 2 millones de integrantes de la fuerza de trabajo

mundial se verán imposibilitados de trabajar por causa del VIH/SIDA, cifra que hacia 2015 sobrepasará con holgura los 4 millones.

Cabe también señalar que la duración de la enfermedad aumenta la carga económica que pesa sobre el resto de la fuerza de trabajo e impone la carga social adicional que representan la asistencia y el apoyo a los enfermos por parte de sus familias, las cuales deben suplir la pérdida de sus miembros económicamente activos; a veces, la del único miembro de la familia que generaba ingresos. La OIT estima que en 2015 y a escala mundial, el efecto combinado de los decesos y las enfermedades atribuibles al VIH/SIDA se traducirá en un incremento de un 1 por ciento de la carga económica y de más de un 1 por ciento de la carga social.

Los efectos del VIH/SIDA en la población económicamente activa y en la fuerza de trabajo ya mencionados pueden también medirse a través de sus efectos globales en el crecimiento y el desarrollo económicos. Los decesos atribuibles al VIH/SIDA se traducen también en una pérdida del fondo general de cualificaciones y experiencias adquiridas por esa fuerza de trabajo, siendo esa pérdida de capital humano otra de las amenazas que se ciernen sobre el objetivo de erradicar la pobreza y alcanzar un desarrollo sostenible.

A partir del modelo elaborado por la OIT para medir el impacto del VIH/SIDA sobre la tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) y la tasa de crecimiento del PIB por habitante en el período 1992 – 2002, se puede decir que como resultado del VIH/SIDA en todos los países estudiados el nivel del PIB disminuyó en un 0,2 por ciento anual y que la tasa de crecimiento del PIB anual se redujo en un 0,1 por ciento cada año. En su equivalente en dólares de 1995, lo anterior representa 25 mil millones de dólares de pérdida, y 5 dólares menos por cada habitante.

En los países más golpeados por el VIH/SIDA, sus efectos pueden apreciarse en la fuerza de trabajo de los sectores privado y público, en la agricultura, en la economía informal y en la

¹ Este informe se ha elaborado a partir de la situación imperante en 40 países donde la prevalencia estimada del VIH sobrepasa el 2 por ciento (2001), 5 países donde la prevalencia estimada oscila entre 1,5 y 2,0 por ciento (2001), y 5 países con un millón y más de personas seropositivas o enfermas de SIDA. Entre ellos, figuran 35 países del África subsahariana, 8 países de América Latina y el Caribe, 5 países asiáticos y 2 países de zonas más desarrolladas.

población femenina e infantil. Las empresas, que han comenzado a evaluar el costo de pandemia, han concluido que los costos directos e indirectos de la inacción frente a ésta sobrepasan con holgura los gastos que hubiera exigido el tratamiento de los seropositivos. El sector público en particular se ha visto seriamente afectado, muy especialmente los sectores de la educación y la salud. En algunos países, el ritmo con que se pierde capital humano, en términos de conocimientos y cualificaciones que desaparecen, es superior al ritmo con que dicho capital puede sustituirse. Según la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO), en las zonas rurales de los países más afectados, el VIH/SIDA ha empeorado aún más la situación de los hogares rurales, ha comenzado a agotar la capacidad de las comunidades rurales para hacer frente a las crisis y ha agravado la inseguridad alimentaria actual. Cabe tener en cuenta además que la economía informal, que estaba demostrando ser capaz de generar empleos y absorbía gran parte de una fuerza de trabajo en aumento en muchos países en desarrollo, ha demostrado ser especialmente vulnerable a la pandemia. Los principales problemas que ésta plantea son el ausentismo, la pérdida de personal cualificado, muy difícil de sustituir, la extinción de los ahorros y gastos exorbitantes en el ámbito de la salud.

En los países más afectados, la desigualdad de oportunidades y de trato que afecta a la mujer es un factor que contribuye a la propagación del VIH entre las mujeres. Por otra parte, el cuidado a los enfermos, carga que recae preferentemente en las mujeres y las niñas, no sólo se añade a su carga de trabajo habitual sino que socava el tiempo que destinaban al trabajo en el sector formal y a otras labores “invisibles” como las que exige la agricultura de subsistencia que suele ser fundamental para la supervivencia de la familia. La única manera de evitar que se empobrezcan aún más las mujeres en las comunidades más afectadas por el VIH/SIDA puede ser aliviarles de la carga que representa el cuidado a los enfermos. Los niños, por su parte, se han mostrado especialmente vulnerables al VIH/SIDA que les afecta de dos maneras: los priva del cuidado y de la protección de sus padres y los envía prematuramente a trabajar, exigiendo que abandonen la escuela. Esto último tiene consecuencias de largo plazo por cuanto no adquieren las cualificaciones profesionales necesarias. Lo que pareciera sólo afectarles a título individual tiene entonces consecuencias para la sociedad entera. La eliminación del trabajo infantil y la consecución del objetivo del desarrollo sostenible se ven amenazadas

por la presión que se ejerce sobre los niños huérfanos y sobre los que tienen a sus padres enfermos para que se incorporen al trabajo.

Es indispensable que las políticas nacionales aborden la cuestión del capital humano y contemplen medidas destinadas a mantener el suministro de unos bienes y servicios públicos de calidad. Por otra parte, para alcanzar una masa crítica en materia de respuestas a la pandemia del VIH/SIDA debe preverse la existencia de un entorno político habilitante y que brinde apoyo, con base en un marco jurídico que persiga mantener la capacidad educativa y de empleo, la integración como un objetivo de las estrategias de desarrollo y la reducción de la pobreza.

La respuesta a la pandemia del VIH/SIDA emanada del mundo del trabajo ha cobrado diversas formas. En 2001, la OIT creó un Programa de acción y publicó el Repertorio de Recomendaciones prácticas sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo, este último destinado a orientar la respuesta a la pandemia considerándola como una cuestión que también debe abordarse en el lugar de trabajo. Varios países han enmendado su legislación o han promulgado nuevas leyes encaminadas a mitigar el impacto del VIH/SIDA en el lugar de trabajo y a proteger los derechos de las personas con VIH. En numerosos países, la gama de respuestas ha sido amplia y ha abarcado, entre otras, medidas de prevención y tratamiento; la formulación de políticas sectoriales nacionales; iniciativas a escala de la comunidad destinadas a combatir el estigma y la discriminación; iniciativas privadas para promover la prevención, un cambio en los comportamientos y una mejor comunicación entre los trabajadores, así como la elaboración de programas para prodigar tratamiento en el lugar de trabajo. Esto último debido a que un número creciente de empresas estima conveniente hacerlo, por ser su costo muy inferior al de otras opciones destinadas a mantener el nivel de ganancias y asegurar el crecimiento.

Introducción

Este informe presenta las estimaciones de la OIT sobre el impacto del VIH/SIDA entre los hombres y mujeres que conforman la fuerza de trabajo. Estas estimaciones, que se presentan en una serie de cuadros al final de la obra (cuadros principales 1 a 6C), se han elaborado a partir de tres tipos de datos seleccionados para mostrar el impacto del VIH/SIDA. Sirvió de base a este ejercicio un estudio reciente de las Naciones Unidas (2003) realizado en 53 países afectados por el VIH/SIDA. Las principales etapas de este ejercicio pueden resumirse así: en primer lugar se seleccionaron datos a partir de las estadísticas publicadas por las Naciones Unidas y otros organismos especializados de ese sistema; en segundo lugar, se elaboraron algunos indicadores a partir de los datos disponibles; en tercer lugar, se elaboraron nuevos indicadores que satisficieran específicamente el objetivo de mostrar el impacto del VIH/SIDA en el mundo del trabajo. Las fuentes exactas, las definiciones y los indicadores que figuran en cada cuadro principal, junto con explicaciones de orden metodológico, figuran en las notas técnicas.

El informe presenta primero un panorama general de la situación a partir de la información contenida en los cuadros principales relativos al impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo femenina y masculina y un resumen de las estimaciones más destacadas (capítulo 1). En la parte I se abordan los tres principales ámbitos en que se percibe el impacto del VIH/SIDA en el mundo del trabajo, a saber, el plano macroeconómico (capítulo 2); los sectores público y privado, la agricultura y la economía informal (capítulo 3); los hogares, la actividad productiva de la mujer y el trabajo infantil (capítulo 4). En la parte II se abordan las implicaciones de orden político de la información contenida en los cuadros y se examina y analiza el impacto del VIH/SIDA (capítulo 5). En el capítulo 6 se presenta un panorama general de la respuesta al VIH/SIDA emanada del mundo del trabajo, es decir, de los gobiernos, las empresas, las organizaciones de trabajadores y de la propia OIT. Esta última desea destacar la contribución del mundo del trabajo en lo que respecta a la prevención, el tratamiento, la asistencia y el apoyo a las personas con VIH/SIDA, así como subrayar el extraordinario potencial que encierra el lugar de trabajo a la hora de intensificar y extender la acción emprendida en todo el mundo para controlar el VIH/SIDA.

Parte I.

Estimaciones del impacto del VIH/SIDA en el mundo del trabajo a nivel mundial

Capítulo 1. Estimaciones mundiales: síntesis del contenido de los cuadros principales

Se ha estimado que hacia fines de 2003, en los 50 países más afectados por la pandemia del VIH/SIDA incluidos en el presente informe, la prevalencia del VIH entre las personas del grupo de edad 15 y 49 años fluctuaba entre el 1 y el 40 por ciento. En cada cuadro principal el índice de prevalencia, por región, se presenta por orden alfabético de los países, método seguido en la presentación de todos los datos. Cada cuadro muestra también, para los 50 países que abarca el informe, el promedio regional de prevalencia del VIH/SIDA, ponderado por la población respectiva de las regiones de África subsahariana, América Latina y el Caribe, y de las regiones más desarrolladas.

Según estimaciones de la OIT, cerca de 36,5 millones de personas que realizan algún tipo de actividad productiva en el mundo son seropositivas.

La región que de lejos se ha visto más afectada por el VIH/SIDA es África, donde el promedio regional de prevalencia en la población de 15 a 49 años es de 7,7 por ciento. Su impacto en las personas, los hogares, la sociedad y la economía de África, como en otras partes, se evaluó recurriendo a una serie de mediciones e indicadores, algunos de los cuales se elaboraron específicamente con este propósito. La gama de sus efectos se examina con más detalle en los capítulos 2, 3 y 4 del presente informe.

Cuadro principal 1. Datos básicos sobre el VIH/SIDA: fuerza de trabajo, población, grupos de edad e índice de dependencia

El cuadro principal 1 presenta los datos fundamentales sobre el VIH/SIDA, incluidas estimaciones del número de personas seropositivas en la fuerza de trabajo, proyecciones de corto plazo para el período 2000-2005 relativas a la población en general, determinados grupos de edad y el índice de dependencia para cada uno de los 50 países estudiados. Este cuadro se incluyó con la finalidad de proporcionar información demográfica general sobre los países estudiados—en particular, los datos y valores necesarios para calcular el índice de dependencia— así como para destacar el impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo.

En todo el informe, la expresión “fuerza de trabajo” se refiere al total de personas económicamente activas, definición que abarca a todas las personas con empleo remunerado, las que trabajan por cuenta propia y las

personas desempleadas que buscan trabajo. Para determinar la fuerza de trabajo total se sumaron los productos de las tasas de actividad económica calculadas por la OIT para cada grupo de edad, desglosadas por sexo, las que se ponderó por la población respectiva de dichos grupos.

Según estos cálculos, el total de la fuerza de trabajo mundial que tiene entre 15 y 64 años y es seropositiva o ha desarrollado el SIDA se cifra en 26 millones. Una mayoría aplastante de los seropositivos (más del 70 por ciento) vive en África, proporción que sería incluso mayor si los índices de participación en la fuerza de trabajo fueran allí también mayores. En varios países africanos hay más de un millón de personas económicamente activas que viven con el VIH: un millón en Kenya, 1,1 millones en Mozambique, 1,3 millones en Etiopía y en Zimbabue, 1,4 millones en la República Unida de Tanzania, 2,4 millones en Nigeria y cerca de 3,7 millones en Sudáfrica.

Al evaluar el impacto mundial del VIH/SIDA conviene tener en cuenta, sin embargo, que es precisamente en los países más afectados por la pandemia donde resulta más difícil medir la participación de la fuerza de trabajo en la actividad económica, porque en ellos es también más difícil establecer la distinción entre la población económicamente activa y la que no lo es. En efecto, como muchos adultos desempeñan actividades en la economía informal, su aporte efectivo a los ingresos familiares es difícil de medir en términos convencionales. Lo anterior es especialmente cierto en el caso de las mujeres. En consecuencia, suponiendo que en todos los países muchos adolescentes mayores y todos los adultos trabajan y hacen algún tipo de aporte económico, la OIT no se ha limitado a calcular el número de seropositivos que integran la fuerza de trabajo sino que, dando un paso más, ha elaborado una proyección de corto plazo, hasta 2005, del número de personas seropositivas en edad de trabajar (y por ende que realiza algún tipo de actividad productiva). El total de personas seropositivas en edad de trabajar, desglosado por sexo, puede apreciarse en el gráfico 1.1.

Según la OIT, cerca de 36,5 millones de personas que realizan algún tipo de actividad productiva en el mundo son seropositivas. Esta

cifra excede en casi 800.000 unidades el total mundial de personas seropositivas estimado por otras fuentes para el grupo de edad 15-49, si bien se tuvo en cuenta que la tasa de prevalencia del VIH/SIDA entre las personas económicamente activas en el grupo de 50-64 años es mucho menor.

PIB y de la tasa de crecimiento del PIB por habitante atribuibles al VIH/SIDA en 47 países para los que se obtuvieron todos los datos necesarios. En este cuadro no figuran Eritrea, Liberia y Myanmar, por falta de datos, por lo que no son 50 los países sino sólo 47. La información sobre el modelo económico utilizado para

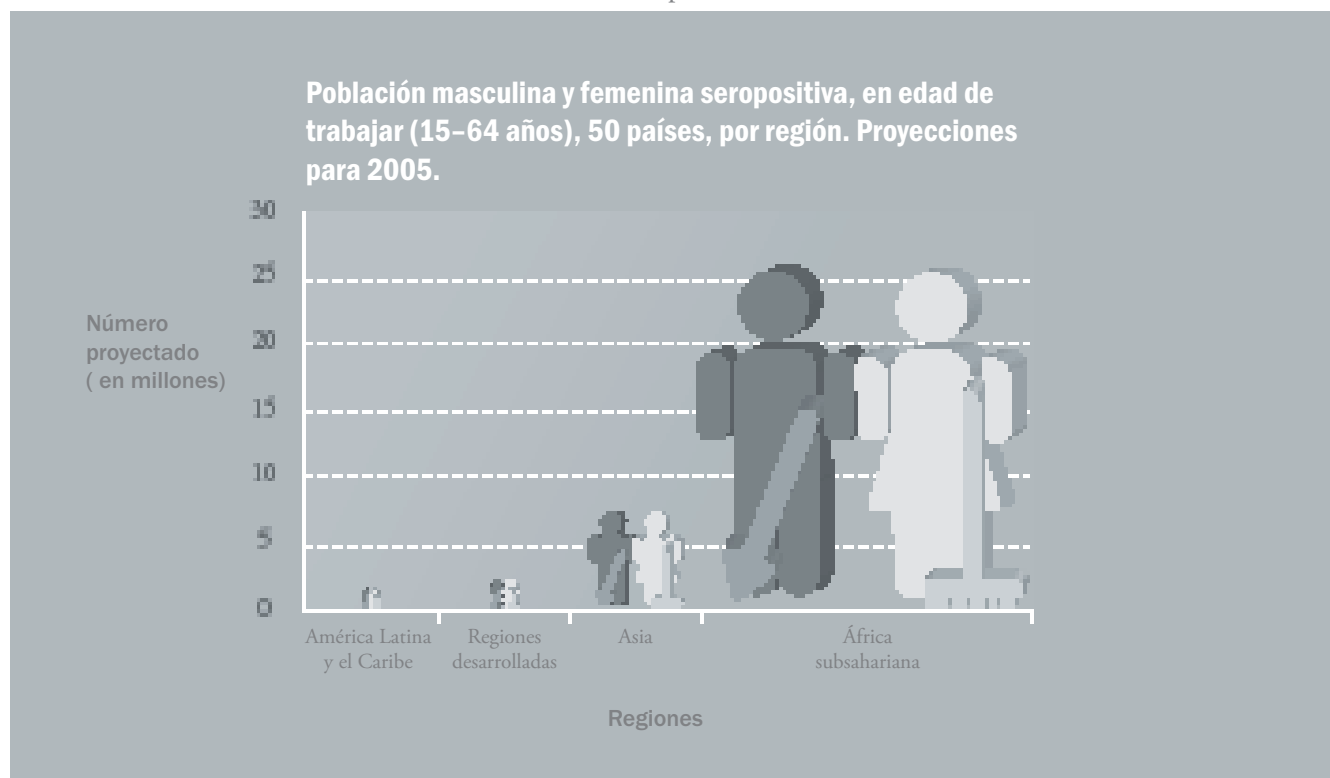


Gráfico 1.1

Fuente: Naciones Unidas, 2003 y 2003a

Una fuerza de trabajo mundial estimada en 26 millones de personas seropositivas y un total de 36,5 millones de adultos seropositivos que realizan algún tipo de actividad económica son las cifras que constituyen el fundamento del presente informe. Son por lo tanto las cifras que han orientado la evaluación del impacto negativo del VIH/SIDA en el desarrollo económico y social sostenible, por su efecto perjudicial en la fuerza de trabajo. El impacto del VIH/SIDA en el plano macroeconómico se presenta en el capítulo 2. Sus efectos en los sectores privado y público, en la economía informal, en la fuerza de trabajo y entre los adultos en edad de trabajar se analizan en los capítulos 3 y 4.

Cuadro principal 2. Estimación del impacto atribuible al VIH/SIDA en el crecimiento económico

El cuadro principal 2 presenta las estimaciones de la OIT del impacto económico del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo y el aporte de ésta última a la actividad económica. En particular, la disminución de la tasa de crecimiento del

cifrar las disminuciones mencionadas puede consultarse en las notas técnicas. El impacto del VIH/SIDA varía considerablemente de un país a otro y de manera proporcional a la variación de la tasa de prevalencia del VIH. Resulta muy difícil medir el impacto económico del VIH/SIDA en países muy poblados con una baja tasa de prevalencia, aun cuando vivan en ellos un millón o más de personas con VIH/SIDA, aseveración válida para todas las regiones (China e India en Asia; Brasil en América Latina y los Estados Unidos en las regiones más desarrolladas). En cambio, en los países donde la tasa de prevalencia es muy elevada, el impacto económico puede alcanzar niveles escalofriantes. Para ilustrar lo anterior basta citar un caso. La OIT ha estimado que entre 1992 y 2002 en Sudáfrica, una de las economías más poderosas de la región africana y donde la tasa de prevalencia del VIH/SIDA no es de las más elevadas, la reducción del PIB como consecuencia del VIH/SIDA se cifra en 7 mil millones de dólares, o sea, en promedio 115 dólares por habitante anuales. Considerados en su conjunto, entre 1992 y 2002, los 41 países afectados por el VIH/

SIDA en los que fue posible medir su impacto, perdieron 17 mil millones de dólares anuales, un promedio de 15 dólares por habitante al año. En el capítulo 2 se presenta una estimación del impacto macroeconómico del VIH/SIDA a través del efecto inducido por la pérdida de capital humano y se analizan sus efectos.

Cuadros principales 3A, 3B y 3C. Estimación y proyección del impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo durante tres períodos de la progresión de la enfermedad: años 1995, 2005 y 2015

Los cuadros 3A, 3B y 3C muestran el impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo en 1995, 2005 y 2015. Los cuadros muestran los efectos de la enfermedad en la disminución de la capacidad de trabajo atribuible al VIH/SIDA, ya que si las personas seropositivas no reciben tratamiento, su condición empeora y terminan por morir. Por lo que se sabe, en ausencia de tratamiento, el período que transcurre entre la aparición de los primeros síntomas hasta producirse el fallecimiento oscila entre 18 y 24 meses en promedio. En algún momento de la progresión de la enfermedad, las personas con SIDA se ven imposibilitadas de trabajar, al principio de manera intermitente hasta no poder trabajar por completo. En algún punto de esa trayectoria cesan de integrar la población económicamente activa, ya que no pueden hacer contribución alguna a la vida productiva.

En su empeño de documentar con la mayor exactitud posible el impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo, la OIT ha estimado, para cada país afectado, el número de trabajadores con incapacidad parcial o total debida al SIDA en tres períodos distintos. Para dar cuenta de la variación en el lapso de tiempo que transcurre entre los primeros síntomas y el desenlace fatal, en términos de pérdida de la capacidad de trabajo, se consideraron tres combinaciones posibles, a saber, incapacidad parcial durante 12 ó 15 meses, seguida de una incapacidad total durante 3, 6 y 9 meses, lo que da períodos totales de incapacidad que van de 18 a 24 meses. Las combinaciones de los lapsos posibles se presentan en las notas técnicas.

Conviene recordar que en la gama de combinaciones consideradas, se asume una ausencia de tratamiento. La postura de la OIT a este respecto es que debe proporcionarse tratamiento, pero, incluso en ausencia de éste, puede ofrecerse cuidados y atención paliativos en el lugar de trabajo (otorgando facilidades materiales y apoyo psicológico razonables,

por ejemplo) para prolongar la vida de los enfermos.

El cuadro principal 3A muestra que, en 1995, ya más de 500.000 personas en el mundo estaban discapacitadas para trabajar por causa del SIDA. De éstas más de 300.000 vivían en África. Como en 1995 las terapias antiretrovirales no se habían generalizado, es probable que esta estimación dé cuenta cabal del impacto del VIH/SIDA en la capacidad de trabajo. El cuadro principal 3B muestra que en 2005, bastante más de 2 millones de integrantes de la fuerza de trabajo estarán incapacitados para trabajar. De ellos, cuatro de cinco (78 por ciento) vivirá en África. Se estima que, en ausencia de tratamiento, y en caso de que las proyecciones de las Naciones Unidas con base en los modelos aplicables a las epidemias sean acertadas, en 2015 por lo menos 4 millones de personas estarán incapacitadas para trabajar por causa del SIDA. Se prevé que en 2015 la pandemia se habrá extendido a países muy poblados como India y China, pero África seguirá albergando una mayoría de trabajadores incapacitados para trabajar por causa del SIDA (seis de cada diez trabajadores). Tales proyecciones claman por sí solas por la adopción de medidas por parte del mundo del trabajo para hacer frente a la pandemia. Las respuestas emanadas de éste se analizan en el capítulo 6 y abarcan la amplia gama de medidas que pueden aplicarse en el lugar de trabajo y su entorno para cambiar el curso de la pandemia y, lo que es más importante, para que las peores previsiones no lleguen a cumplirse.

La incapacidad laboral de los seropositivos tiene múltiples consecuencias sociales y económicas en los países afectados, en particular en África. Hacer frente al VIH/SIDA exige gastos crecientes tanto al sector público como al privado e impone cargas enormes a las familias que deben generar ingresos y proporcionar los cuidados necesarios. Estas consecuencias se analizan en los capítulos 3 y 4. Sin embargo, cabe recalcar que las implicaciones de orden político de lo anterior son claras: sale caro ignorar la prevención y no prodigar atención, apoyo y tratamiento a los seropositivos y a quienes ya han desarrollado el SIDA. Es cada vez mayor el número de empresas que se dan cuenta de que el costo de la inacción frente a la pandemia del VIH/SIDA supera con creces el costo de unas acciones integradas que permitan hacerle frente. En el capítulo 4, donde se aborda la situación en la economía informal, se dice que a largo plazo el costo que representa ignorar el papel de la familia en la preparación de las generaciones futuras para el trabajo productivo y la creación de capacidad

para el desarrollo socioeconómico, no se ha apreciado aún en su justo valor. No deja de ser asombroso que sea precisamente la pérdida de la citada función de la familia lo que está poniendo en peligro la consecución de un desarrollo sostenible.

Cuadro principal 4. Estimación y proyección de las pérdidas totales acumuladas atribuibles al VIH/SIDA en la fuerza de trabajo masculina, femenina y total y como porcentaje de la fuerza de trabajo total.

El cuadro principal 4 muestra la disminución progresiva de la fuerza de trabajo atribuible al VIH/SIDA, desglosada por sexo, en intervalos de cinco años, durante el período comprendido entre 1995 y 2015. Aunque el número de personas que, por estar demasiado enfermas, no pueden trabajar se encuentra limitado por la esperanza de vida, muy corta, de las personas que viven con el VIH, el número de personas económicamente activas que mueren por SIDA aumenta a un ritmo acelerado. En 1995 en todo el mundo habían muerto como consecuencia del SIDA más de 3 millones de trabajadores y más de un millón de trabajadoras, más del 60 por ciento de ellos en el continente africano. Lo anterior representaba una pequeña proporción del total de la fuerza de trabajo en 1995 en la mayor parte de los países, aunque en Burundi y Uganda se acercaba al 5 por ciento y en Lesotho a un 6 por ciento. En el año 2000, Zambia y Zimbabwe habían perdido ya más del 10 por ciento de su fuerza de trabajo debido al SIDA, y en el mundo habían fallecido por esta causa cerca de 13 millones de trabajadores. Las proyecciones indican que en 2005, 11 países africanos habrán perdido más del 10 por ciento de su fuerza de trabajo por causa del SIDA. Por su parte, Zimbabwe habrá visto reducida su fuerza de trabajo en un 20 por ciento. Considerando el escaso tiempo de que se dispone para evitar estos fallecimientos, puede decirse que serán una realidad si no se adoptan urgentemente las medidas necesarias.

En el supuesto de una ausencia continuada de tratamiento, en el año 2010 un total de 17 países (16 países africanos y Haití) habrán perdido más del 10 por ciento de su fuerza de trabajo. Cinco de ellos –Swazilandia, Botswana, Lesotho, Zimbabwe y Sudáfrica– habrán perdido más del 20 por ciento de su fuerza de trabajo (Zimbabwe un 33 por ciento). En el año 2015, 19 países habrán perdido más del 10 por ciento de su fuerza de trabajo y tres de ellos un 30 por ciento de la misma –Swazilandia, Botswana y Lesotho.

En Zimbabwe, la cifra sobrepasaría el 40 por ciento. En 2015, siempre en ausencia de tratamiento, se prevé que el número absoluto de personas que perecerán por causa del SIDA alcanzará los 74 millones en todo el mundo, de los cuales 50 millones morirán en África. Lo anterior equivale a la desaparición de toda la población de un país africano muy poblado como Etiopía, la República Democrática del Congo o Sudáfrica, en términos de su población actual. En el capítulo 2 se examina el impacto macroeconómico de las cifras proyectadas y en el capítulo 3 su impacto en los sectores privado y público y en la economía informal. Como en el caso del costo social y económico de la enfermedad, el costo de los fallecimientos en términos del aporte económico perdido exige que tanto en el mundo del trabajo como en otros ámbitos se atienda la cuestión de manera amplia y con carácter de suma urgencia. Las consecuencias de orden político y los tipos de respuesta puestos en práctica se exponen en los capítulos 5 y 6.

Cuadro principal 5. Estimación del impacto indirecto de la mortalidad relacionada con el VIH/SIDA en los niños y de su impacto directo en las personas en edad de trabajar.

El cuadro principal 5 presenta una estimación de los efectos directos e indirectos de la mortalidad relacionada con el VIH/SIDA en 1995, 2005 y 2015. Las consecuencias de esta mortalidad abarcan muchos ámbitos, por lo que sobrepasan la mera disminución de la fuerza de trabajo. La desaparición de los adultos que sustentan a la familia deja a los huérfanos en la miseria, sean éstos infantes o adolescentes. Pocos son los adolescentes capaces de hacer frente a la ausencia de orientación parental, aunque muchos trabajan ya a partir de los 15 años. Se ha estimado que en 2003 había 15 millones de huérfanos menores de 18 años, de los cuales más de 12 millones se concentraban en África, número que, según las estimaciones, se incrementará considerablemente a medida que se extienda la pandemia. Las consecuencias de lo anterior en términos de trabajo infantil se examinan en el capítulo 4.

Los niños precisan de la presencia de adultos que les den cariño, les ayuden a crecer y desarrollarse y los orienten en la misma medida en que necesitan de adultos económicamente activos que les den el sustento diario. En África, muchas mujeres producen alimentos para sus familias, se ocupan de las labores domésticas y del cuidado de los hijos, aunque no figuran en los registros como personas económicamente

El fallecimiento de los adultos priva a los niños de sus padres. La pérdida de quienes son el sustento de la familia deja a los huérfanos en la miseria.

En África, el avance más rápido del contagio con el VIH entre las mujeres ya es evidente, pero se acentuará aún más hacia 2015. Para esa fecha, el 51 por ciento de los más de 3 millones de hombres y el 72 por ciento de los casi 3 millones de mujeres que mueren del SIDA en el mundo serán africanos.

activas. Para los niños, la presencia de cualquier adulto cuenta y su desaparición les afecta enormemente, haya sido o no este adulto económicamente activo. La OIT ha evaluado el daño potencial causado por la pérdida de las personas en edad de trabajar (15-64 años) en los niños que les sobreviven. Tan sólo en 1995 murió cerca de medio millón de hombres y cerca de un cuarto de millón de mujeres como consecuencia del VIH/SIDA; de ellos, más de 200.000 en África. Según las proyecciones de la OIT, en 2005 habrán muerto más de 3 millones de personas en edad de trabajar (1,6 millones de hombres y 1,5 millones de mujeres; un 72 por ciento de esas pérdidas se habrá producido en África. Habida cuenta del escaso margen de tiempo que se tiene para actuar, reviste máxima urgencia prodigar en gran escala tratamiento a los enfermos para impedir que esto ocurra. En ausencia de tratamiento, en 2015 habrán fallecido cerca de 6 millones de hombres en edad de trabajar; de ellos más del 60 por ciento en África. El avance más rápido del contagio con el VIH entre las mujeres en África es evidente, pero se acentuará aún más hacia 2015, cuando el 51 por ciento de los más de 3 millones de seropositivos y cerca de 3 millones de seropositivas habrá muerto, el 78 por ciento de los cuales habrá muerto en África. El impacto de tales cifras en el marco del papel fundamental que desempeñan los adultos en edad de trabajar, sobre todo del papel económico de las mujeres en el sector rural informal, en la economía doméstica, en el cuidado de los niños y otras actividades se analiza en el capítulo 4.

Cuadros principales 6A, 6B y 6C. Estimaciones del incremento de la carga económica y social como consecuencia de los decesos y las enfermedades atribuibles al VIH/SIDA durante tres períodos de la progresión del VIH/SIDA: años 1995, 2005 y 2015.

Los cuadros 6A, 6B y 6C muestran el incremento de la carga que impone la combinación de los decesos y las enfermedades atribuibles al VIH en la población económicamente activa (carga económica) y en la población en general (carga social) en 1995, 2005 y 2015. La hipótesis de base subyacente es la ausencia continuada de tratamiento con medicamentos antiretrovirales. Cabe tener en cuenta que estamos aún a tiempo para que el suministro de tratamiento altere el curso de los acontecimientos, tal como se indican en las proyecciones para 2015. A este respecto la OIT insta a los interlocutores sociales, a sus mandantes y a todas las demás partes interesadas de la comunidad internacional a que consideren las cifras que se

presentan y adopten medidas a escala mundial y nacional para cambiar dicho curso.

La familia y la sociedad en su conjunto, tarde o temprano, tendrán que hacer frente al peso de la doble carga ya anunciada de sustituir los ingresos perdidos y cuidar a los enfermos. Para estimarla, la OIT ha elaborado dos indicadores que permiten dar cifras al efecto combinado de los decesos y las enfermedades atribuibles al VIH/SIDA en la población activa o en la masa de personas en edad de trabajar.

El impacto económico del VIH/SIDA se estima en primer lugar exclusivamente en relación con las pérdidas atribuibles al SIDA en la fuerza de trabajo. Después, se presenta el número de personas dependientes que se ven afectadas por dichas pérdidas: menores de 15 y mayores de 64 años, más los adultos enfermos. Todos ellos se consideran con respecto a la población activa, sana y capaz de trabajar. El período transcurrido entre la aparición de los primeros síntomas y el fallecimiento por SIDA se estimó en tres momentos, en función de la progresión de la enfermedad, desde una incapacidad laboral parcial hasta la incapacidad total (consúltense las notas técnicas).

En la mayor parte de los países, la carga económica total calculada para 1995 era de escasa significación. En Lesotho y Zimbabwe, sin embargo, superaba en un 3 y un 4 por ciento a la carga habitual, en ausencia del VIH/SIDA, que imponen el efecto combinado de los decesos y las enfermedades en la población económicamente activa. En 2005 dicha carga no dejará de pasar desapercibida en varios países en los que alcanzará cifras que oscilan entre el 10 y el 20 por ciento, especialmente en Botswana, Lesotho, Swazilandia y Zimbabwe. En 2015, según las proyecciones, ésta será sustancialmente superior en los mencionados países pero también lo será en Malawi, Namibia, Sudáfrica y Zambia. En todos esos países, la citada carga excederá el 10 por ciento; pero en Lesotho y Swazilandia sobrepasará el 20 por ciento y, ciertamente, sobrepasará el 30% en Zimbabwe. Lo anterior significa que las personas económicamente activas deberán atender a las necesidades de un mayor número de dependientes, a saber, niños, jóvenes y adultos con buena salud, pero también a las necesidades de los adultos enfermos. En el conjunto de los 50 países considerados, el efecto promedio no es elevado pero, en ausencia de tratamiento a las personas que viven con el VIH, en los 35 países de la región africana, el promedio se habrá incrementado en un 5 por ciento en 2015, alcanzando niveles insostenibles en varios de los países

más afectados. Parece muy probable que, si la situación sigue como hasta ahora, la proyección para 2005 del volumen de la carga económica que pesa sobre la población económicamente activa en los países africanos, estimada en un 3 o un 4 por ciento –en un país alcanza un 18 por ciento– corresponderá a la realidad.

La carga social, por su parte, tiene en cuenta el hecho de que las personas que se encuentran en el grupo de edad 15 – 64 años trabajan, aunque no figuren en la población económicamente activa, según la definición de trabajo adoptada. Las actividades que se realizan en y fuera del hogar constituyen trabajo productivo. Por lo demás, en la mayor parte de los países africanos pobres, los adultos que realizan las actividades domésticas prodigan simultáneamente el grueso de los cuidados que necesitan los enfermos de SIDA hasta que éstos mueren. En consecuencia, la carga social considera el cambio en materia de dependencia a que dan lugar los decesos y las enfermedades entre las personas en edad de trabajar. Refleja situaciones en las que ciertas personas que prodigan cuidados ven su carga aumentada porque deben atender a los adultos enfermos que dejan de generar ingresos. En el cuadro final no se ha hecho una distinción entre las personas en edad de trabajar que están económicamente activas de las que no lo están, porque el peso de la carga recae en todas las personas en edad de trabajar. La carga social se ha medido a través del índice de dependencia, que relaciona la cantidad de personas dependientes (menores de 15 y mayores de 64) con la población total en edad de trabajar (véase el cuadro principal 1), el cual se ha ajustado para tener en cuenta el total de personas con incapacidad laboral, parcial y total, atribuible al SIDA (consúltense las notas técnicas).

Para una mayoría de países no fue posible medir para 1995 el aumento de la carga social atribuible al VIH/SIDA, pero en Burundi, Lesotho, Malawi, Uganda, Zambia y Zimbabwe ya se percibía en el sistema familiar del cuidado a los enfermos cierta tensión, debida al aumento adicional de un 2 o un 3 por ciento de la carga que impone el cuidado a los enfermos, independientemente de la duración de los síntomas del SIDA. En 2005 la carga social se incrementará considerablemente hasta alcanzar un 10 por ciento en Botswana, Lesotho, Swazilandia y Zambia y un 15 por ciento en Zimbabwe. Paralelamente, la República Centroafricana, Guyana, Kenya, Namibia, Malawi, Sudáfrica y Uganda deberán hacer frente a un aumento de 5 a 10 por ciento del índice de dependencia. En ausencia de

tratamiento, siete países (Botswana, Lesotho, Malawi, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia y Zambia) deberán hacer frente a un índice de dependencia que oscilará entre un 12 y un 26 por ciento. En Zimbabwe, el índice de dependencia familiar alcanzará al 30 por ciento; en el conjunto de los países africanos considerados, este índice aumentará en promedio en 6 por ciento y alcanzará un 9 por ciento en Guyana y cerca de 5 por ciento en Haití y las Bahamas. Aunque a largo plazo el acceso a los tratamientos puede modificar la situación, la mayor carga social prevista (que superará el 3 por ciento en promedio para el conjunto de los países africanos), sobre la base del actual acceso a dicho tratamiento puede desafortunadamente verse confirmada por la realidad. Las consecuencias del aumento de la carga social y económica que pesa sobre la fuerza de trabajo se analizan en los capítulos 2, 3 y 4. En los capítulos 5 y 6 se presentan y examinan las respuestas de orden político y pragmático emanadas del mundo del trabajo.

Esta nueva manera de evaluar el impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo y en la población en edad de trabajar aclara el impacto macroeconómico de la pandemia (examinado en el capítulo 2) y explica su impacto tanto en la empresa como en la economía informal. No cabe duda de que los efectos combinados de los fallecimientos y las enfermedades atribuibles al VIH/SIDA en los niveles de cualificación de la fuerza de trabajo incitarán al mundo del trabajo a tomar medidas para establecer y aplicar programas integrales de control del VIH/SIDA en la escala más amplia posible. Los gobiernos deberán incitar, promover y apoyar la realización de actividades en el lugar de trabajo como parte integrante de una estrategia nacional de lucha contra el VIH/SIDA, debiendo todos los interlocutores sociales actuar mancomunadamente para controlar la pandemia y sus efectos. Este tipo de cuestiones se analizan con detalle en el capítulo 5, dedicado a la política, y en el capítulo 6, donde se abordan las respuestas del mundo del trabajo a la pandemia del VIH/SIDA.



Es imprescindible alterar el curso de los acontecimientos tal como se prevén en las proyecciones elaboradas para 2015. La OIT hace un llamamiento a los interlocutores sociales y a todas las demás partes interesadas de la comunidad internacional para que tomen en cuenta estas proyecciones y obren por alcanzar los objetivos nacionales y mundiales de control de la pandemia del VIH/SIDA.

Capítulo 2. Impacto macroeconómico del VIH/SIDA: capital humano, trabajo y producción

El principal impacto de la pandemia del VIH/SIDA en el desarrollo económico y social de los países se percibe a través de sus efectos en la fuerza de trabajo y ámbitos colaterales. Ello se deriva del hecho de que las personas afectadas por la pandemia se encuentran en la población en edad de trabajar, donde se concentran las pérdidas y el mayor número de personas seropositivas que han desarrollado enfermedades atribuibles al VIH. En muchos países afectados por la pandemia ha disminuido la esperanza de vida como resultado del aumento de las tasas de mortalidad de los adultos y ha contribuido a la disminución de la fuerza de trabajo. El gráfico 2.1 refleja la disminución de la esperanza de vida atribuible al VIH/SIDA, desglosada por sexo, en diez de los países más afectados, en los períodos 2000-2005 y 2010-2015.

Como consecuencia del VIH/SIDA, hombres y mujeres adultos, con importantes

el mantenimiento del nivel de la capacidad productiva. De la misma manera, la pandemia del VIH/SIDA erosiona la capacidad de ahorro de los hogares, de las empresas en los sectores formal e informal de la economía y también del gobierno, por su efecto en sus niveles de ingresos y gastos. Con el tiempo, la baja de las tasas de ahorro acarrea una reducción de las inversiones, del crecimiento del producto agregado del empleo y del nivel de vida.

Unos menores niveles de ingresos, el empobrecimiento de los hogares y las quiebras de empresas en la economía informal han aumentado la pobreza, frenado el crecimiento del empleo y puesto en peligro el desarrollo sostenible. En este contexto, es evidente que en el plano microeconómico se ha estado viviendo una situación de estrés atribuible al VIH/SIDA, la cual puede decirse que remonta hasta comienzos del decenio de 1990 y que, de allí, se ha generalizado a todo el sistema.

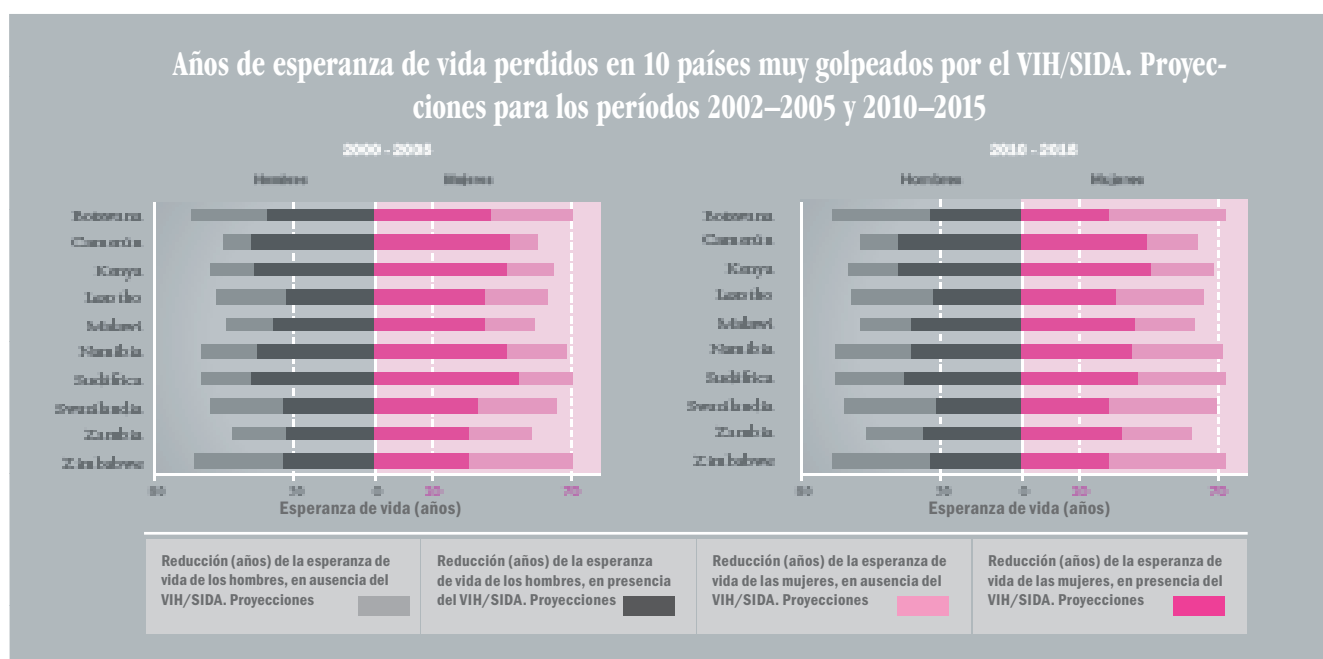


Gráfico 2.1

Fuente: Naciones Unidas, 2003

funciones económicas y sociales, se ven impedidos de contribuir con el máximo de su potencial al desarrollo. Las consecuencias de ello no se limitan evidentemente a la reducción de la fuerza de trabajo (véase el gráfico 2) sino que son muchos más profundas y se dejan sentir en la estructura de la familia, en la capacidad de supervivencia de las comunidades y las empresas, y en otros ámbitos relacionados con

El VIH/SIDA impone cargas muy pesadas a las familias. Si enferma el principal sostén económico de la familia, el cual por ende no puede seguir cumpliendo ese papel, el grupo familiar ve reducidos, o incluso anulados sus ingresos, a la vez que aumentan los gastos en atención médica o de otro tipo. Las enormes dificultades que lo anterior entraña se pueden compensar en parte mediante la contribución

económica del resto de los adultos que trabajan, incluidas las personas mayores y los niños. Otros miembros del grupo familiar ingresan al mercado de trabajo, comienzan a producir alimentos para la subsistencia de la familia, prodigan diariamente los cuidados necesarios a los miembros de la familia dependientes y realizan el trabajo doméstico. Suele suceder que las familias se vean obligadas a vender sus enseres para hacer frente a los gastos más urgentes. Dicha venta, dadas las circunstancias, suele hacerse perdiendo dinero. Esta serie de hechos producen una reducción agregada notable de la producción y de los ingresos, lo cual se percibe a través de una reducción, también notable, del consumo.

Los esfuerzos desplegados para compensar la pérdida de ingresos tienen varias consecuencias en el mercado del trabajo. Otros adultos, a menudo sin cualificaciones, ingresan a dicho mercado, personas ya mayores suelen reincorporarse a éste o bien, los muy jóvenes pueden hacerlo prematuramente. Una estrategia desplegada para hacer frente a la situación por parte de las familias es la decisión, o el hecho inevitable, de retirar de la escuela a los niños para que comiencen a trabajar. A título individual

ingresos. El gasto se incrementa debido al costo de la atención médica, los seguros, las prestaciones en caso de fallecimiento (incluidos los funerales), y la contratación y formación del personal que sustituye al que se ha perdido. La productividad declina gradualmente debido al mayor ausentismo y los decesos. La disminución gradual de la productividad del trabajo atribuible al VIH/SIDA pudo probarse con datos que cubrieron un período de tres años en un Estado productor de té en el oriente de Kenya. Estos datos permitieron señalar que dicha disminución es particularmente importante el año que precede al fallecimiento de una persona. Por otra parte, el mayor ausentismo también se debe a la necesidad de pedir licencia para desempeñar ciertas tareas colaterales como cuidar a los enfermos, asistir a funerales o bien, para formarse, como es el caso para el personal recién contratado. Un estudio realizado en Botswana y Kenya reveló que el ausentismo atribuible al VIH/SIDA era la causa del aumento en más del 50 por ciento del costo del factor trabajo. En último término, la productividad se ve afectada de manera muy importante por la pérdida de personal técnico cualificado y experimentado que debe ser sustituido por personal menos cualificado.

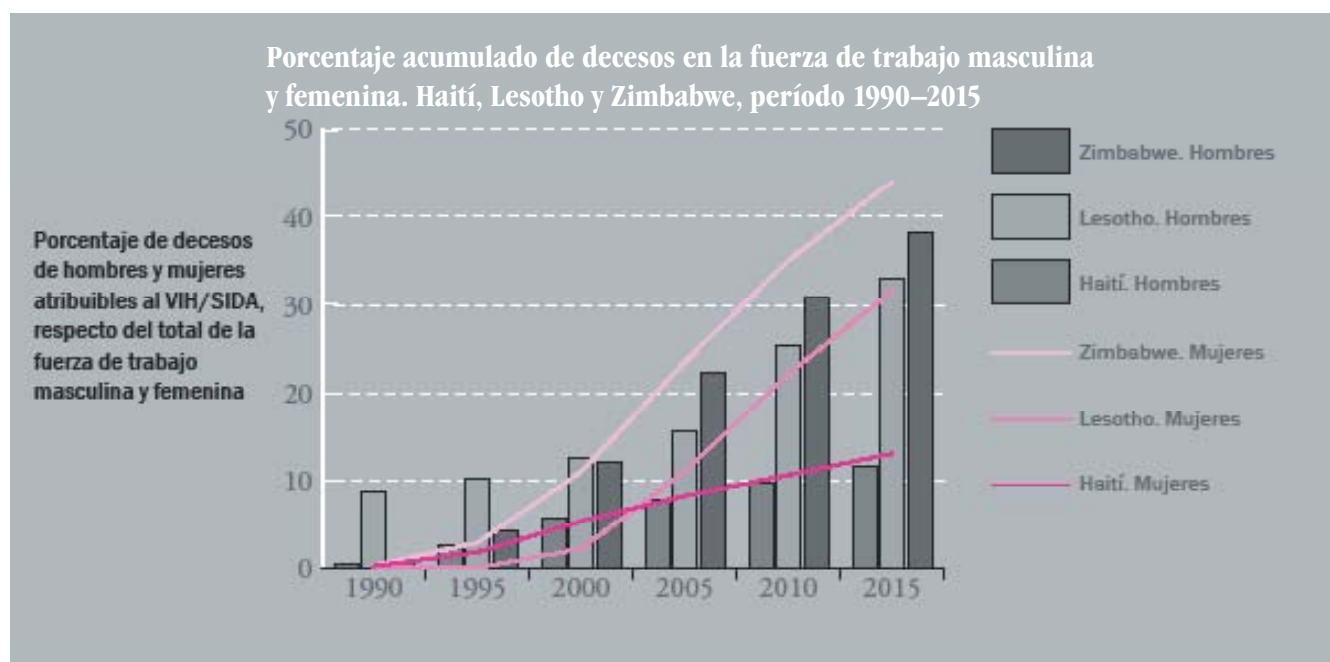


Gráfico 2.2

Fuente: idéntica a las del Cuadro principal 4 (véanse las notas técnicas, desglosadas por sexo)

esta decisión pone en peligro y compromete su futuro pero, desde la perspectiva de la economía en su conjunto, reduce el capital humano disponible para la sociedad.

Las consecuencias de la pandemia en el plano de la empresa son similares a las que se dejan sentir en los hogares: mayores gastos, disminución de la productividad y menores

El efecto acumulado de los decesos y las enfermedades atribuibles al VIH/SIDA entre los integrantes de la fuerza de trabajo, en la sociedad y en la economía ya es muy visible, como lo muestra el cuadro principal 2. Las estimaciones y proyecciones de la disminución de la fuerza de trabajo por esta causa se muestran en los cuadros principales 3A, 3B y 3C, y en el cuadro principal 4. Las consecuencias de lo

Estudios sobre el impacto macroeconómico del VIH/SIDA

Estudio	Países y período abarcado	Período al que se refieren los datos sobre VIH/SIDA	Crecimiento del PIB	Crecimiento del PIB por habitante
Over (1992)	30 países africanos (1990-2025)	Comienzos del noventa		Reducción de 0,15% (0,6 % en los 10 países más afectados)
Bloom y Mahal (1995)	51 países (1980-1992)	Comienzos del noventa	Efecto no significativo	
Bonnel (2000)	50 países (1990-1997)	Mediados del noventa		Reducción anual de 0,7%
Dixon et al. (2001)	41 países (1960-1998)	Fines del decenio de 2000	Se redujo entre 2 y 4 por ciento respecto de la prevalencia del VIH/SIDA	
Coulibaly (2004)	41 países (1992-2002) 33 países africanos (1992-2002)	Comienzos del decenio de 2000	Reducción anual promedio de 0,9% Reducción anual promedio de 1,1%	Reducción anual promedio de 0,6% Reducción anual promedio de 0,7%

Cuadro 2.1

Fuente: adaptado de Naciones Unidas, 2003

anterior para los sectores privado y público, así como la economía informal se examinan en el capítulo 3.

Los efectos atribuibles al VIH/SIDA se dejan sentir en las empresas de todos los tamaños. No obstante, su impacto puede ser especialmente importante en las empresas pequeñas y medianas del sector informal, en función del nivel de prevalencia del VIH y de las cualificaciones que exige el proceso de producción. Pero, sea cual sea el tamaño de la empresa, si los trabajadores más productivos, que son los más educados y, por ende, los más difíciles de reemplazar desaparecen, el efecto de tal desaparición puede ser devastador. Si los ejecutivos de más alto rango se contagian con el VIH, puede verse afectada toda la estrategia de gestión de la empresa. Si éstos mueren, la competitividad de la empresa puede verse afectada y terminar con su quiebra. En el caso de las pequeñas empresas, que suelen emplear pocos trabajadores escasamente cualificados y que suele dirigir su dueño, la pérdida de personal cualificado y con experiencia puede traducirse lisa y llanamente en su desaparición.

La disminución de la productividad y de la producción acarrea una reducción de los beneficios. En tal caso, los recortes de personal pueden combinarse y asociarse con una disminución del consumo o con un cambio en los patrones de consumo. Otro de los efectos colaterales es la disminución de los ingresos fiscales por concepto de impuesto y una reducción de las inversiones. En algún punto, las condiciones existentes desincentivan las inversiones extranjeras de capital y, en el largo plazo, el ritmo de desarrollo se frena, se estanca o incluso disminuye. El daño provocado en términos del empobrecimiento de la reserva de capital humano puede a su vez provocar una suerte de inercia económica debido a una reducción drástica del número de personas capaces de hacer funcionar y administrar las granjas, las fábricas, los servicios públicos y el gobierno.

Es un error pensar que el factor trabajo es un recurso ilimitado en los países en desarrollo o bien que puede ser sustituido sin mayor costo. Se ha demostrado que incluso los trabajadores no cualificados poseen un saber hacer relacionado con tareas específicas que es muy difícil de sustituir. Lo anterior es evidente en el caso de las labores agrícolas, pero también lo es en otros ámbitos económicos en los que aparentemente podría estimarse fácil la sustitución del capital humano. Parece evidente que en las pequeñas explotaciones agrícolas familiares la sustitución del personal cualificado perdido como consecuencia del VIH/SIDA tiene consecuencias importantes y que la transferencia de conocimientos y cualificaciones de los adultos a los niños se está poniendo en peligro. A lo anterior se agrega el hecho de que, como en las labores agrícolas y en el trabajo doméstico las tareas se realizan en función del sexo de las personas, la sustitución de los trabajadores perdidos como consecuencia del VIH/SIDA se ve doblemente dificultada. Asimismo, debe tenerse en cuenta que los efectos del VIH/SIDA son complejos y se dejan sentir en muchos ámbitos, entre otros, en las empresas del sector informal, donde las consecuencias de la pérdida de personal por deceso o enfermedad afectan su sostenibilidad, debido a su extrema dependencia de la generación interna de ahorros. Otro hecho que es tan importante como los anteriores y que se desprende de las informaciones disponibles, es la pérdida de experiencia y de conocimientos técnicos especializados en materia de administración de empresas y capacidad de liderazgo, fundamentales para la supervivencia de las mismas. Estas y otras consecuencias del VIH/SIDA en la economía informal se analizan con mayor detenimiento en los capítulos 3 y 4.

El impacto global, macroeconómico, del VIH/SIDA en las economías nacionales ha sido objeto de estudio desde que comenzó la epidemia. Economistas y especialistas en planificación han procurado comprender de

qué manera la pandemia ha afectado o afectará en el futuro a los agregados macroeconómicos. Con frecuencia han concentrado su análisis en la incidencia del VIH/SIDA en el desarrollo económico. Algunos estudios, que han medido sus efectos a través del comportamiento del PIB, han revelado que el VIH/SIDA no ha tenido efectos significativos en dicho desarrollo. En dichos estudios se ha considerado que la disminución del crecimiento de la población atribuible al VIH/SIDA se contrarresta con una disminución del crecimiento del PIB, lo cual tiene un claro efecto marginal en el ingreso por habitante. Los autores de esos estudios señalan que el impacto del VIH/SIDA no es significativo si existen trabajadores que puedan sustituir adecuadamente a los que abandonan el mercado de trabajo debido al VIH/SIDA y si las prestaciones pagadas a estos trabajadores no son elevadas.

Estudios macroeconómicos emprendidos posteriormente han concluido sin embargo que, por lo general, el VIH/SIDA reduce el desempeño económico en los países donde golpea la epidemia. Las estimaciones del impacto económico atribuible al VIH/SIDA hacen referencia a una reducción del orden del 0,5 al 4 por ciento en la tasa promedio de crecimiento anual del PIB en los países africanos más afectados.

En el cuadro 2.1 se presenta un resumen de los principales estudios internacionales sobre el impacto macroeconómico del VIH/SIDA. Todos los estudios comparan la tasa de crecimiento del PIB y la tasa de crecimiento del PIB por habitante, en ausencia y en presencia del VIH/SIDA. Aunque los estudios difieren entre sí en función de sus supuestos, de la muestra de países considerados, de los períodos que abarcan y de los métodos utilizados, puede decirse de todos los estudios realizados entre 1992 y 2001 que, mientras más reciente es el estudio, mayor es el impacto observado. Lo anterior muestra que el impacto macroeconómico se ha podido medir mejor a medida que ha aumentado la proporción de hogares, trabajadores y empleadores que se ven afectados por la pandemia. A medida que se extiende el contagio con el VIH, se hacen más evidentes sus efectos macroeconómicos de largo plazo, medidos por su impacto en el PIB, los cuales se traducen en una disminución progresiva del crecimiento y del desarrollo.

Independientemente de que los citados estudios muestren o no muestren efectos medibles atribuibles al VIH/SIDA, es importante hacer notar que todos ellos han fallado en la detección de efectos de mayor

alcance en la fuerza de trabajo y en el empleo. Por ejemplo, por lo general pasan por alto el costo que reviste sustituir a los trabajadores que abandonan la fuerza de trabajo, incluso la de los trabajadores escasamente cualificados. La mayor parte de los estudios ignoran también el efecto acumulado del VIH/SIDA en las redes sociales, las organizaciones y las instituciones, el cual debilita la transferencia de información y de conocimientos y experiencia. Debilita también la memoria institucional y pone en peligro hasta la transmisión de “las reglas del juego”. Una vez que estos factores se tienen en cuenta no sólo parece sustancial el impacto del VIH/SIDA en el crecimiento económico sino que se hacen más evidentes unos efectos que no se pueden medir y que se acumulan con el paso del tiempo de manera no lineal. Por otra parte, es importante destacar que, mientras más tiempo pase sin que se aborde esta cuestión, más difícil les será a los países reparar el daño sufrido, detener la tendencia o incluso invertirla, independientemente de que se haya podido evaluar o no toda la gama de sus efectos.

Así pues, los efectos de la pandemia son más profundos y más serios de lo que indican los estudios clásicos sobre su impacto en el PIB, aunque dicho impacto sí es importante en los países más afectados por la pandemia. Con el tiempo, los efectos acumulados de la pandemia reducen el volumen de la fuerza de trabajo de un país y distorsionan su organización hasta tal punto que disminuye su capacidad de mantener el nivel de su actividad productiva. En esto consiste la principal amenaza que representa el VIH/SIDA para el desarrollo social y económico sostenible.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, la OIT ha considerado conveniente medir el impacto de la pandemia recurriendo a los datos más recientes. En esta perspectiva, se elaboraron indicadores del impacto del VIH/SIDA en el crecimiento económico para 45 de los 50 países que abarca el presente estudio. Así pues, entre 1992 y 2002 el VIH/SIDA contribuyó a reducir la tasa promedio de crecimiento del PIB en un 0,9 por ciento anual en los 41 países donde pudo medirse dicho impacto. Tales resultados sugieren que, durante el período considerado, en ausencia del VIH/SIDA los 41 países en cuestión podrían haber crecido a una tasa que superara en 0,9 por ciento su tasa efectiva de crecimiento (véase el cuadro principal 2). Esta pérdida, que podría considerarse pequeña, es importante por ser acumulativa y se traduce, por ejemplo, en que en 15 años el crecimiento económico se reduce en un 14 por ciento si se lo compara con la situación en ausencia del

VIH/SIDA. Una estimación bruta del costo financiero de la pandemia indica que cada año se perdieron más de 17 mil millones de dólares en los 41 países estudiados. En este contexto, se estima que si se mantiene la reducción de 0,9 por ciento de la tasa promedio anual de crecimiento, la pérdida potencial calculada para el año 2020 habrá sido de 270 mil millones de dólares en este mismo grupo de países.

Los países africanos han sido los más afectados por el VIH/SIDA, habida cuenta de su tasa de prevalencia más elevada (7,9 por ciento) (véase el cuadro principal 2). La tasa de crecimiento del ingreso en esta región se redujo en promedio en un 1,1 por ciento anual en el período 1992-2002. El crecimiento económico en los países africanos podría haber sido superior en un 1,1 por ciento anual en ausencia del VIH/SIDA. Si la tasa de prevalencia no se reduce y si no cambian otras condiciones, en 2020 el conjunto de las economías de 33 países africanos habrán crecido un 18 por ciento menos de lo que hubieran crecido si la tasa de prevalencia del VIH/SIDA no hubiera alcanzado los niveles que alcanzó. Lo anterior representa una

cada año. La diferencia, en su equivalente en dólares, asciende a cerca de 400 millones de dólares anuales de producción total.

Aunque en algunas regiones ya se ha sentido el impacto del VIH/SIDA en la esfera de la economía, en países muy poblados como China e India, por una parte, y Brasil o los Estados Unidos, por la otra, no han sentido aún los efectos de la pandemia. La magnitud de su población y el peso de sus economías, a lo que se agrega una tasa oficial de prevalencia el VIH/SIDA relativamente baja, explican en gran medida lo difícil que ha sido medir allí dicho impacto o el escaso efecto observado.

En términos del crecimiento del PIB por habitante, los efectos del VIH/SIDA permiten explicar la disminución en un 0,6 por ciento de la tasa de crecimiento en los 41 países estudiados (exceptuando las cuatro grandes economías mencionadas más arriba). Una explicación de este hecho radica en que la disminución de la tasa de crecimiento de la población atribuible al VIH/SIDA (que se acompaña de un incremento de los decesos y una disminución del número de progenitores

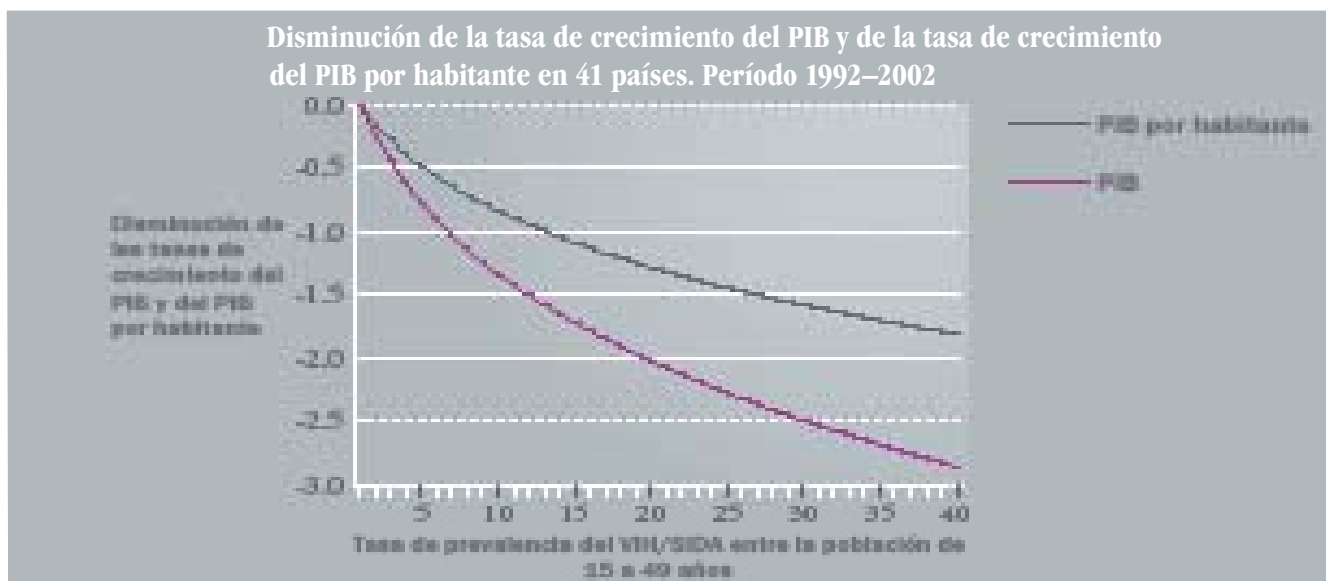


Gráfico 2.3

Fuente: Cuadro principal 2.

diferencia de cerca de 144 mil millones de dólares tan sólo para África, estimación que probablemente se queda corta puesto que no se han considerado otros efectos adicionales, no medidos y de orden acumulativo, que se agregan a la pérdida de recursos humanos y a la distorsión de la capacidad organizativa.

América Latina y el Caribe también vieron reducido su crecimiento económico aunque en menor medida que África. Según el modelo de la OIT, en ausencia del VIH/SIDA, el ingreso podría haber superado en un 0,5 por ciento las cifras que registró efectivamente esta región

potenciales) tiende a contrarrestar la baja del crecimiento económico. Pero sería errado encontrar consuelo en esta observación porque lo que cambia, y que no muestra el impacto en el PIB por habitante, es que cuando disminuyen conjuntamente la producción y la fuerza de trabajo, la pérdida neta para la economía es irreversible, incluso si el nivel del PIB permanece inalterado.

Teniendo esto en cuenta, los resultados observados siguen siendo muy interesantes. Según el modelo elaborado por la OIT, si bien es cierto que durante el período 1992

– 2002 el VIH/SIDA redujo en promedio la tasa del crecimiento del PIB por habitante en un 0,6 por ciento anual en los 41 países aludidos (equivalente a 15 dólares menos, por habitante), redujo también el PIB por habitante en un 0,7 por ciento en el conjunto de los países africanos, es decir, 11 dólares menos por habitante al año. Como la tasa promedio de crecimiento del PIB en los países africanos era de 0,7 por ciento anual durante el período considerado, se puede decir que como consecuencia del VIH/SIDA, las economías de estos países vieron su potencial de crecimiento reducido en la mitad. En ausencia de la pandemia, y suponiendo que todas las demás condiciones hubiesen permanecido inalteradas, la tasa de crecimiento del PIB por habitante en estos países hubiera sido de 1,4 por ciento anual, o sea, el doble de la tasa efectiva. En el caso de América Latina y el Caribe la tasa global de crecimiento se redujo en un 0,3 por ciento anual (equivalente a 10 dólares anuales menos por habitante), lo que representa una disminución considerable del crecimiento del ingreso por habitante en la región durante ese período.

También es importante considerar que, tratándose de un indicador agregado, el ingreso por habitante no da cuenta del bienestar real de que goza la población, pues en su cálculo se consideran todas las personas sobrevivientes, incluidas las que viven con el VIH. Por otra parte, no muestra la distribución del ingreso en la población. Por ejemplo, el deceso de personas de ingresos muy bajos eleva la cifra del PIB global por habitante sin que mejore efectivamente el bienestar de la población. Pese a estas limitaciones, el elevado nivel de prevalencia del VIH aún suele asociarse con una reducción, incluso mayor, del crecimiento del ingreso por habitante, si los demás factores permanecen inalterados. El gráfico 2.3 ilustra la relación entre la disminución de la tasa de crecimiento del PIB y la de la tasa de crecimiento del PIB por habitante que se puede atribuir al VIH/SIDA. Dicha relación sugiere que en los países con una tasa de prevalencia del VIH del 20 por ciento, la producción se reduce en un 2 por ciento y que, grosso modo, el ingreso por habitante se reduce en un 1,3 por ciento.

De los resultados del estudio de la OIT se desprende que el impacto macroeconómico de la pandemia del VIH/SIDA no puede seguir ignorándose. Con el paso del tiempo destruye un capital humano que ha costado años constituir y debilita la capacidad de los trabajadores para producir los bienes y servicios que necesita la economía. La pérdida de personal cualificado, a lo que se agrega el costo

de los cuidados y tratamientos suministrados a los enfermos, tiende a reducir la producción, la capacidad de ahorro y, a la larga, la inversión. Son motivo de preocupación a este respecto los efectos muy negativos que ello tiene en el plano microeconómico, en determinados sectores y ocupaciones específicas. En la economía informal, los trabajadores seropositivos se ven particularmente afectados porque carecen de protección social para sí y sus familias. A su vez, las empresas de este sector están afectadas porque utilizan intensivamente la mano de obra. Lo anterior significa que el empeoramiento de las condiciones socioeconómicas, que probablemente acompañará a una mayor mortalidad y morbilidad atribuibles al VIH/SIDA, duplicará los efectos negativos de la pandemia en las economías de los países más afectados, ahondando su deterioro, en particular en África.

Globalmente, los resultados del estudio señalan que el VIH/SIDA afecta de manera negativa el crecimiento económico y el desarrollo sostenible a través del golpe que asesta a la fuerza de trabajo, uno de los pilares de la economía. A su vez, el freno del crecimiento económico incide en los niveles de empleo y en la creación de puestos de trabajo, lo que a su vez afecta el presupuesto de los gobiernos. Tanto el empleo como la creación de puestos de trabajo dependen de la inversión interna y externa y, al hecho de que esta última puede verse desalentada por un crecimiento muy lento, se agrega que buena parte de la inversión interna, proveniente de los ahorros, debe destinarse a paliar los efectos del VIH/SIDA en los hogares, las pequeñas empresas y la economía informal. Los países más afectados por el VIH/SIDA, que han visto su desempeño económico tan reducido, deben a la vez hacer frente a presiones extremas sobre sus presupuestos para atender a las necesidades de orden social y económico en materias tan importantes como el empleo, la educación y la salud.

El VIH/SIDA erosiona la capacidad de crecimiento y desarrollo económicos a través de la baja del ahorro y de la inversión, un crecimiento lento del empleo y las presiones que se ejercen sobre los ingresos de los gobiernos. Todos esos elementos se combinan e impiden desplegar las estrategias diseñadas para combatir la pobreza. En los países más afectados por la pandemia, pueden incluso comprometer seriamente el logro de un desarrollo socioeconómico sostenible.

El VIH/SIDA destruye un capital humano que ha costado años constituir y debilita la capacidad de los trabajadores para producir los bienes y servicios que necesita la economía.



Capítulo 3. Impacto del VIH/SIDA en el mundo del trabajo

El papel que desempeña el lugar de trabajo en materia de prevención y cuidado y en la protección de los derechos humanos fundamentales, fue reconocido explícitamente por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su 26.º período extraordinario de sesiones (2001), que adoptó la *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA*, cuyo párrafo 49 reza lo siguiente:

“Intensificar la respuesta al VIH/SIDA en el mundo laboral estableciendo y ejecutando programas de prevención y atención en los sectores público, privado y no estructurado...”

Fuente: Naciones Unidas, 2001

Para los efectos del presente informe la expresión “mundo del trabajo” se refiere al lugar de trabajo, el cual comprende las empresas grandes, medianas y pequeñas, en los sectores público y privado, y en las zonas rurales y urbanas, donde la fuerza de trabajo realiza labores productivas, formal o informalmente. Comprende también las autoridades gubernamentales, el sistema jurídico y otras instituciones (como las encargadas de la educación) que forman a los recursos humanos, los emplean y moldean el entorno en que se desenvuelven. El presente capítulo se centra específicamente en el impacto del VIH/SIDA en los sectores público y privado y examina brevemente los beneficios aportados por la acción emprendida en los lugares de trabajo.

i) El VIH/SIDA y el sector privado

Cada año que pasa se hace más evidente la magnitud del costo que representa el VIH/SIDA para las empresas, sean del tamaño que sean. Una mejor comprensión de las cuestiones a las

que deben hacer frente todas las empresas así como los desafíos que se les plantean en función de su tamaño, recursos y especificidad sectorial, pueden contribuir a concebir respuestas pertinentes, eficaces y bien orientadas. El problema principal que se presenta tanto a los empleadores como al conjunto de la economía es la pérdida de trabajadores cualificados, poseedores de las competencias específicas que exigen determinadas tareas así como de experiencia en materia de organización, como bien se muestra en los cuadros principales 1, 2, 3, 4 y 6, y se analiza en los capítulos 1 y 2.

Por otra parte, a causa de la naturaleza misma de su actividad productiva, el entorno en el que desempeñan sus actividades puede constituir un marco más o menos propicio para la transmisión del VIH, como ocurre en los casos en que la fuerza de trabajo debe desplazarse o migrar, donde el riesgo de transmisión aumenta considerablemente. Cada rama de la actividad económica exige soluciones adaptadas a sus características y a su capacidad. Aunque son escasos los datos sobre la tasa de prevalencia del VIH/SIDA en sectores específicos, los datos que existen muestran claras diferencias en función del lugar de trabajo, el entorno y los niveles de cualificación del personal, en las diferentes actividades económicas que se comparan. Los cuadros 3.1 y 3.2 indican los niveles de prevalencia del VIH, desglosados por sector de actividad económica y por jerarquía en la ocupación, en el conjunto de los sectores, en tres países del extremo austral de África.

Los sectores de la industria pesada y del transporte se han visto particularmente afectados

Estimaciones de la prevalencia del VIH/SIDA presentadas en diversos estudios realizados en el lugar de trabajo, por sector de actividad. Botswana, Sudáfrica y Zambia. Período 2000–2001

País	Número de trabajadores encuestados	Porcentaje de trabajadores que aceptó someterse a pruebas de detección, el día en que se llevaron a cabo	Porcentaje de prevalencia del VIH/SIDA, por sector de actividad			
			Minería	Metalurgia	Manufactura	Otros
Botswana (4 empresas)	6,240	80	24.6 (23.6-25.7)			
Sudáfrica (26 empresas)	28,509	67	15.5 (15.0-16.1)	17.8 (15.8-19.8)	13.00 (12.1-13.8)	11.6 (10.6-12.6)
Zambia (4 empresas)	9,345	74	18.1 (17.2-18.9)	16.8 (14.9-18.8)		

Cuadro 3.1

Fuente: Evian, 2004

Estimaciones de la prevalencia del VIH/SIDA presentadas en diversos estudios realizados en el lugar de trabajo, por nivel de cualificación. Botswana, Sudáfrica y Zambia. Período 2000–2001.

País	Número de trabajadores encuestados	Porcentaje de trabajadores que aceptó someterse a pruebas de detección, el día en que se llevaron a cabo	Porcentaje de prevalencia del VIH/SIDA, por sector de actividad						
			Subcontratados	No cualificados	Semi-cualificados	Cualificados	Personal directivo	Otros/No se sabe	Todos los sectores
Botswana (4 empresas)	6,240	80	28.5 (26.5-30.5)	27.3 (24.0-30.5)	24.9 (23.1-26.7)	19.2 (16.9-21.6)	6.9 (3.5-10.3)	20.5 (7.8-33.1)	24.6 (23.6-25.7)
Sudáfrica (26 empresas)	28,509	67	20.4 (19.0-21.8)	14.8 (13.3-16.3)	17.7 (17.0-18.4)	6.7 (5.7-7.6)	4.1 (3.0-5.2)	12.2 (11.5-12.9)	14.5 (14.1-14.9)
Zambia (4 empresas)	9,345	74	18.0 (14.5-21.4)	18.4 (17.5-19.4)	17.0 (15.3-18.4)	26.4 (11.6-41.3)	3.5 (0.0-10.4)	13.9 (10.8-16.9)	17.9 (17.1-18.7)

Cuadro 3.2

Fuente: Evian, 2004

porque parte importante de sus trabajadores debe desplazarse continuamente. Este sector atrae a trabajadores de otras zonas que migran hacia los centros de producción, donde permanecen durante largos períodos fuera del hogar. Los trabajadores del transporte también deben recorrer largas distancias diariamente y durante períodos de tiempo prolongados. Por su parte, el golpe que ha acusado el sector minero, muy afectado por el VIH/SIDA, es de proporciones similares en los países del África austral en los que ha podido estimarse la tasa de prevalencia del VIH. Datos de otros sectores indican, sin embargo, que en Sudáfrica y en Zambia la tasa de prevalencia es similar en la metalurgia, donde es casi tan alta como en la industria manufacturera. Cabe tener en cuenta también que, si bien entre los trabajadores subcontratados y menos cualificados el ritmo de contagio es elevado, la prevalencia del VIH entre los trabajadores cualificados de Botswana y Zambia también es elevada. Lo es también entre el personal directivo hasta el punto que ha perturbado la producción, habiendo podido observarse un descenso de la productividad.

La pandemia se reflejan también en el nivel de costos de las empresas, las cuales no sólo deben atender las necesidades de sus trabajadores seropositivos sino que deben hacer frente a los costos indirectos agregados cuando el nivel de prevalencia del VIH/SIDA entre sus trabajadores es elevado (véase el cuadro 3.3).

En una encuesta realizada por el Foro Económico Mundial entre 1.620 empresas de África, un 89 por ciento comunicó que había acusado el golpe propinado por el VIH/SIDA en su quehacer: un 60 por ciento señaló que preveía efectos adversos, entre ellos, una disminución de la productividad. Según otra encuesta realizada por la Coalición de empresas sudafricanas para combatir el VIH/SIDA (South African Business Coalition on HIV/AIDS, SABCOHA) un 9 por ciento de más de 1.000 empresas indicó que ya había acusado un efecto adverso significativo en la marcha de los negocios; un 43 por ciento preveía que tal efecto podría producirse en los próximos cinco años (véase el gráfico 3.1)

Los efectos directos e indirectos de la

Los costos directos tienen su origen en la presión que ejerce el pago de los paquetes de

Costo del VIH/SIDA para las empresas

	Costos directos	Costos indirectos
Costo por cada trabajador con VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> Atención médica Prestaciones: licencias por enfermedad, incapacidad laboral, fallecimiento, funerales, entre otras Contratación y formación de los trabajadores de sustitución 	<ul style="list-style-type: none"> Menor productividad por ausentismo Tiempo de supervisores dedicado a paliar el descenso de la productividad Rotación de la mano de obra
Costo para la empresa que representa el total de trabajadores con VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> Primas de seguros Accidentes atribuibles a enfermedades o a la inexperiencia Costo de los litigios 	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo del personal directivo Perturbación del proceso de producción Baja moral y depresión Pérdida de personal cualificado Tensión en las relaciones de trabajo

Cuadro 3.3

Fuente: adaptado de Rosen et al., 2003

Porcentaje de empresas que señalan haber percibido efectos claramente atribuibles al VIH/SIDA



Gráfico 3.1

Fuente: SABCOHA, 2003

prestaciones ofrecidas por las empresas a sus trabajadores, incluido el apoyo financiero a sus dependientes, aunque dichas prestaciones varíen sustancialmente entre las empresas. En Sudáfrica por ejemplo, incluyen seguros colectivos de vida, jubilación y gastos médicos. Debe considerarse también el costo adicional que representa la contratación y formación del nuevo personal que sustituirá a quienes ya no puedan trabajar o a los que han sido despedidos. Casi una de cada cinco empresas de las estudiadas por SABCOHA indicó que había contemplado contratar a nuevos trabajadores para compensar la baja de la productividad causada por el ausentismo y la mortalidad atribuible al VIH/SIDA. En efecto, los trabajadores seropositivos tienden a verse más afectados cuando se lesionan mientras trabajan, en especial cuando realizan tareas muy duras como en la minería. No obstante, su sustitución no elimina necesariamente el costo que ellos representan, al menos en una primera etapa, porque también los nuevos trabajadores se lesionan o causan accidentes debido a su falta de experiencia. En todo caso es un hecho que los nuevos trabajadores no pueden sustituir la memoria institucional que representan los trabajadores de una empresa. Los litigios asociados con el goce de las prestaciones o con la presentación de quejas por despido injustificado representan un costo que se añade a los anteriores. La presión total que se ejerce

sobre el costo puede ser extraordinariamente alta, incluso si se compensa con un menor número de trabajadores que lleguen por la vía habitual a la edad de jubilarse y de gozar de ese beneficio. Según una proyección que figura en un estudio anterior sobre el tema, el costo de este tipo de prestaciones, que en 1995 representaba un 7 por ciento del total de la masa salarial pasó a representar un 19 por ciento de la misma en 2005 (véase el cuadro 3.4). Un importante banco de Zambia tan sólo en un año había triplicado el monto de los desembolsos por concepto de seguro de vida.

Los costos indirectos resultan principalmente de una baja de la productividad de los trabajadores seropositivos, de la pérdida de personal cualificado y, en especial, del vacío que se produce cuando se pierde el acervo de experiencia y conocimientos que representan los trabajadores enfermos o fallecidos. A lo anterior se agrega la intensificación de la rotación de la mano de obra, aguzada por la demanda de las empresas en materia de personal cualificado. El ausentismo de los trabajadores seropositivos es el principal elemento que contribuye a elevar los costos de una empresa. Un estudio realizado en empresas del sector privado en Kenya, Malawi y Zambia señaló que el ausentismo representaba entre un 25 y un 45 por ciento del costo total. Una evaluación de costos realizada en seis empresas

Impacto del VIH/SIDA reflejado en las prestaciones a los trabajadores (como porcentaje de sus remuneraciones)

Prestaciones	Porcentaje de las remuneraciones. Proyecciones		
	Año 1995	Año 2000	Año 2005
Suma alzada al fallecimiento	1.5	3.7	6.0
Pensiones de viudedad	4.0	7.5	10.0
Pensiones por incapacidad laboral	1.5	2.3	3.0
Total de prestaciones	7.0	13.5	19.0

Cuadro 3.4

Fuente: Doyle, 1991

de Botswana y Kenya en 1994, cuando recién comenzaba la epidemia, señalaba ya que el costo absorbía entre un 1 y un 9 por ciento de las ganancias, principalmente a causa del ausentismo. Un hecho de importancia crucial que debe tenerse en cuenta es que hay costos que se derivan de un efecto general sobre la motivación y la moral de los trabajadores cuando entre éstos la prevalencia del VIH/SIDA es elevada, aunque dicho efecto es difícil de medir. Hasta el presente, el efecto de la pandemia sobre la demanda ha sido muy leve o al menos se ha percibido menos que el efecto que se ha hecho sentir en la producción. No obstante, un 30 por ciento de las empresas encuestadas por SABCOHA pensaban que en los próximos cinco años los efectos adversos del VIH/SIDA se dejarían sentir en las ventas también.

Globalmente, el costo del SIDA puede representar una pesada carga para las empresas. Según un estudio realizado en cinco empresas kenyanas, representaba 45 dólares anuales por trabajador, es decir, un 3 por ciento de las ganancias. Según las proyecciones realizadas, dicho costo podría elevarse hasta 120 dólares anuales por trabajador en 2005, en ausencia de programas para hacer frente a la pandemia en el lugar de trabajo. Los estudios han mostrado que la estrategia desplegada por las empresas para hacer frente a esa situación y bajar los costos apuntaba a reducir las condiciones de empleo y las prestaciones ofrecidas. Una empresa sudafricana, por ejemplo, dividió por siete el tope máximo de las reclamaciones atribuibles al VIH/SIDA (de 100.000 rands por familia se pasó a 15.000 rands). Algunas empresas han preferido subcontratar operaciones de producción o utilizar tecnologías con bajo coeficiente de mano de obra, o han tratado de evitar la contratación de personal nuevo (que podría ser seropositivo) entre grupos de alto riesgo. Aunque sea contrario a las disposiciones legales o a lo estipulado en la política nacional en la materia, existen pruebas oficiosas, de diversas fuentes, de que en los países donde la prevalencia del VIH/SIDA es elevada se están efectuando pruebas de detección de VIH previas a la contratación.

Beneficios para las empresas de los programas de lucha contra el VIH/SIDA

Pese al elevado costo que representa para las empresas la ausencia de acción contra el VIH/SIDA, las inversiones en programas para controlarlo continúan siendo insuficientes. Un 25 por ciento de las empresas estudiadas por la SABCOHA señalaron que contaban

Mantenimiento de la producción y de la productividad

Dos elementos clave pueden ayudar a los empleadores a hacer frente al impacto del VIH/SIDA en sus empresas:

1. El ser seropositivo no constituye en sí una enfermedad y no impide a la persona continuar realizando una labor productiva durante varios años;
2. La baja progresiva del costo de los medicamentos antiretrovirales y la creciente disponibilidad de fondos destinados a financiar dicho tratamiento, se traducen en que incluso las empresas pequeñas podrían proporcionar tratamiento a su personal y conservarlo en funciones.

con una política oficial a ese respecto. No obstante, menos de un quinto de las mismas había adherido a algún programa voluntario de detección del VIH y de asesoramiento a las personas enfermas, o proporcionaban cuidados, tratamiento y apoyo a los trabajadores seropositivos.

Ha de considerarse, sin embargo, que un número creciente de empresas se han dado cuenta de que la inacción frente al VIH/SIDA es lo que termina saliéndoles más caro.

Los programas de control del VIH/SIDA en el lugar de trabajo han resultado beneficiosos para las empresas y la comunidad en general. En primer lugar, han ayudado a estabilizar la producción al reducir la rotación del personal, han frenado la pérdida de cualificaciones y de experiencias valiosas, han reducido la contratación de nuevo personal necesitado de formación y han contribuido a disminuir el ausentismo. En segundo lugar, dichos programas han contribuido a modificar el entorno de trabajo elevando la moral de los trabajadores, han jugado un papel para conservar y atraer a nuevos buenos elementos, han propiciado un mayor compromiso con la empresa y el respeto de los derechos de los trabajadores, en particular el respecto de la política destinada a combatir la estigmatización y la discriminación. En tercer lugar, estos programas han contribuido a mejorar la imagen de la empresa, han aumentado su prestigio y han estimulado la lealtad de los consumidores. Por último, pero no menos importante, han mejorado la situación financiera de las empresas al reducir sus gastos en materia de prestaciones de enfermedad y de otro tipo. En Botswana, el sector minero ha informado que la tasa de prevalencia del VIH/SIDA pasó del 28 por ciento al 22,6 por ciento en el período 1999 – 2001, sector en el que se ha aplicado una amplia gama de medidas destinadas a controlar el VIH/SIDA en los lugares de trabajo.

ii) El VIH/SIDA y el sector público

En todos los países del mundo, pero especialmente en los países en desarrollo, el sector público desempeña funciones clave para el desarrollo. En vista de ello, una proporción considerable de las personas que poseen cualificaciones técnicas, profesionales y en materia de gestión desempeñan funciones en el gobierno, la administración o los servicios públicos. Estos servicios, que cubren diferentes sectores y son de calidad variable, abarcan los ámbitos de la educación, la salud, el orden público, el agua potable y el alcantarillado, los transportes y las comunicaciones, entre muchos otros. Son servicios que dependen para su funcionamiento de los ingresos estatales y de otras fuentes, pero también de una reserva de funcionarios públicos que posean las cualificaciones y los conocimientos especializados que se necesitan. Cabe tener en cuenta que desde hace mucho tiempo uno de los objetivos de los gobiernos y de los países donantes ha apuntado a ampliar la gama y la cobertura de dichos servicios, así como a mejorar su calidad, principalmente en las esferas de la educación y la salud, que se consideran como derechos humanos fundamentales además de ser elementos esenciales para el desarrollo social y económico. Esos dos sectores son también cruciales en lo que respecta a la prevención, el cuidado y el tratamiento del VIH/SIDA.

El funcionamiento eficaz de estos servicios se ve cada día más amenazado por la pandemia del VIH/SIDA que socava el capital humano, disminuye los recursos para financiar el desarrollo y genera una demanda exacerbada de servicios, especialmente en la esfera de la salud. El impacto del VIH/SIDA puede caracterizarse como un impacto sistémico, siendo sus consecuencias particularmente graves, habida cuenta de la dependencia del sector público de un capital humano que concentra en él toda la inversión privada y pública que ha requerido su educación y formación. Ya es público y notorio que en varios ministerios de Sudáfrica no se pueden llenar las vacantes que se producen como consecuencia de los decesos y enfermedades atribuibles al VIH/SIDA. La pérdida de recursos humanos pondrá en peligro la capacidad del sector público para proporcionar los bienes y servicios esenciales, con efectos de muy amplio alcance en el resto de la economía.

La educación y la salud son componentes esenciales del sector público. La educación es uno de los sectores más afectados por el VIH/SIDA, desde la perspectiva de la demanda y de la oferta. No sólo sucede que los niños

abandonan la escuela por causa del VIH/SIDA (debido a varias razones que se examinan más adelante), sino que el propio personal docente, los directores de centros educativos y los encargados de las políticas educativas están falleciendo debido al SIDA. Por otra parte, la educación es un elemento esencial para la formación y el perfeccionamiento del capital humano, que a su vez es clave para alcanzar un desarrollo sostenible. El VIH/SIDA impone en consecuencia una pesada carga sobre el sector de la salud, el cual, además de estar encargado de atender a los enfermos, debe hacer frente a los estragos que causa el VIH entre sus propias huestes, lo cual disminuye su capacidad de planificación y crecimiento.

Mantener en funcionamiento el sistema educativo

... la educación es fundamental para formar y perfeccionar el capital humano, elemento indispensable para un desarrollo sostenible...

Si bien es cierto que la educación es un elemento indispensable para un desarrollo económico y social sostenible, la inversión en capital humano, producto de muchos años de intensos esfuerzos, corre el riesgo de verse aniquilada por el VIH/SIDA. Además de afectar al alumnado, la pandemia también ha golpeado al personal docente de todas las categorías, entorpeciendo así el proceso educativo y haciendo peligrar la calidad de la educación. Lo anterior aumenta el riesgo de que se acreciente el analfabetismo y de que los jóvenes no se escolaricen. Por otra parte, un menor crecimiento económico causado por el VIH/SIDA socava los ingresos fiscales; ello se traduce en la reducción del gasto en la educación y en otros sectores como el de la salud, encargado de velar por la conservación del capital humano. Hacer frente a la pandemia que nos ocupa constituye uno de los mayores retos para alcanzar el objetivo de *Educación para todos*, iniciativa dirigida por una coalición de instituciones y que se inscribe en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que incluyen el ofrecer educación primaria a todos en el año 2015, iniciativa que la OIT apoya con entusiasmo.

Más de 100 millones de niños en el mundo no tienen acceso a la educación básica, de los cuales dos tercios son niñas. Entre las regiones que tienen menos probabilidades de alcanzar la meta *Educación para todos* figura el África subsahariana, región que se cuenta

también entre las más afectadas por el VIH/SIDA y que ya antes de su aparición tenía enormes dificultades en materia de educación. Un personal docente sin formación adecuada, infraestructuras insuficientes y elevados índices de deserción escolar son problemas de larga data a los que han venido a sumarse la falta de profesores, el ausentismo y la merma de personal directivo en los ministerios y otras instituciones. Consideremos algunos elementos del impacto del VIH/SIDA en el sector de la educación de algunos países afectados.

...la inversión de muchos decenios en capital humano corre el riesgo de verse aniquilada por el VIH/SIDA.

Según proyecciones del Banco Mundial realizadas en 1998, un 40 por ciento del personal que desempeñaba funciones en la educación en las zonas urbanas de Malawi habrá muerto a causa del SIDA en 2005.

En 2006, se necesitarán 45.000 profesores para sustituir a los que habrán perecido a causa del SIDA en Tanzania, país donde mueren actualmente 1.000 profesores primarios cada mes por causa de esta enfermedad. El fallecimiento de los profesores se traduce ya sea en el cierre de aulas enteras o en una reorganización de las mismas para recibir entre 50 y 100 alumnos por profesor en funciones. Algo similar sucede en Sudáfrica donde la razón profesor-alumno pasó de 1:27 en 1990 a 1:34 en 2001, es decir, aumentó en un 25,5 por ciento. En Botswana, la tasa de mortalidad de los profesores primarios pasó de 0,7 por 1.000 en 1994 a 7,1 por 1.000 en 1999. Según algunos informes, en los institutos pedagógicos no se alcanza a graduar un número suficiente de profesores que permita llenar las vacantes que se producen por deceso o jubilación.

En África central y occidental, el sistema educativo ha sido sometido a presiones similares, aunque en general la tasa de prevalencia del VIH/SIDA es menor. En la República Centroafricana, el 85 por ciento de los decesos de profesores se debe al SIDA. Además, éstos mueren en promedio diez años antes de haber llegado a la edad mínima para jubilarse, de manera que cada deceso priva al sistema educativo de 10 años-profesor, lo que representa la pérdida de un recurso valiosísimo. En Côte d'Ivoire, el 70 por ciento de los decesos de profesores se debe al SIDA.

La educación básica se ve seriamente amenazada por esta situación. No obstante, cabe señalar que, desde hace tiempo, la educación básica ya no es una opción para

muchos niños que viven en condiciones muy precarias. Para muchos huérfanos o niños en cuyas familias hay un adulto enfermo de SIDA, la tasa de inscripción escolar es menor y la de deserción mayor, especialmente en los niveles secundario y terciario. En Swazilandia, la inscripción escolar ha bajado a causa del SIDA, observándose que esta baja afecta principalmente a las niñas. La gratuidad de la educación primaria, medida prevista en Malawi y Sudáfrica para impulsar la educación de las niñas, no ha cambiado la dirección de esta tendencia, ya que los progresos realizados se han visto anulados en gran medida por los efectos del SIDA. Los hogares que ven reducidos sus ingresos no envían a los niños al colegio o a la universidad. Un estudio realizado en Uganda señaló que el 47 por ciento de los hogares con huérfanos no enviaban a los niños a la escuela, lo que sólo ocurría en un 10 por ciento de los hogares sin huérfanos. Otro estudio realizado en 2000 en Zimbabwe indicó que en el 31 por ciento de los hogares encuestados había algún niño que había dejado de asistir a la escuela después del fallecimiento de su madre. Una encuesta realizada entre 116 familias afectadas por el VIH/SIDA en Zambia indicó que el 42 por ciento de los niños habían abandonado la escuela. Aunque muchos países afectados por el VIH/SIDA han seguido luchando para aumentar las inscripciones escolares, especialmente entre las niñas, el tener que hacer frente al VIH/SIDA ha ensombrecido aún más las oscuras perspectivas económicas de la nueva generación. La deserción escolar impulsada por la pobreza que ha traído consigo el VIH/SIDA sólo puede redundar en un mayor empobrecimiento en el futuro, ya que los jóvenes se incorporan prematuramente al mercado de trabajo con escasa o ninguna cualificación y terminan desempeñando labores marginales.

Por lo tanto, se puede decir que el impacto más grave del VIH/SIDA en la educación aún no se ha dejado sentir y está por venir. La Oficina del Censo de los Estados Unidos, por ejemplo, estima que, en 6 de los 26 países más afectados por la pandemia, el contingente escolarizado de las poblaciones se habrá reducido en el año 2015. En los próximos 10 años el contingente infantil escolarizado disminuirá en un 12 por ciento en Uganda, en un 13 por ciento en Kenya, en un 20 por ciento en Zambia, en un 23 por ciento en Swazilandia y en un 24 por ciento en Zimbabwe, con respecto a las cifras que se hubieran esperado en ausencia del VIH/SIDA.

Las estrategias desplegadas hasta el momento para sustituir a los profesores

El retiro de los niños de la escuela impulsado por la mayor pobreza de los hogares, como consecuencia del VIH/SIDA, trae consigo un empobrecimiento mayor, en la medida en que los jóvenes con escasa o ninguna cualificación se incorporan prematuramente al mercado de trabajo donde realizan labores marginales.

ausentes por personal recién contratado y recién formado no auguran buenos resultados, dada la magnitud de la tarea impuesta por las circunstancias. Los presupuestos deben ajustarse de manera de hacer frente a las nuevas contrataciones y al costo de la formación de un número creciente de personal docente de sustitución. A ello se agrega el hecho de que se debe pagar la totalidad de sus remuneraciones a los profesores enfermos o ausentes, además de las remuneraciones que deben pagarse al personal de reemplazo. En Swazilandia, el costo de la contratación y la formación de nuevos profesores alcanzará en 2016, según las proyecciones, la cifra de 233 millones de dólares, monto que supera el presupuesto nacional para el período 1998-1999. En Mozambique, se estima que la carga financiera impuesta por la pandemia por concepto de las nuevas contrataciones y el pago de remuneraciones a los docentes con licencia por enfermedad, ascenderá a 50 millones de dólares entre 2000 y 2010. El costo del personal de reemplazo es probablemente una carga más pesada en los presupuestos que el costo de la formación propiamente tal. El Banco Mundial ha estimado que como consecuencia del VIH/SIDA, la consecución del objetivo *Educación para todos* en África costará entre 450 y 500 millones adicionales por año.

Lo que constituyó siempre un reto, a saber, la concepción y aplicación de los programas de control del VIH/SIDA en el sector de la educación, ha llegado a ser actualmente una tarea gigantesca. El sindicato de profesores de Tanzania ha señalado que, a las condiciones precarias y la escasez de material de enseñanza que caracterizan la práctica profesional de los profesores, se agrega el hecho de que no están cualificados para impartir enseñanza respecto del VIH/SIDA ni tampoco para asumir la carga adicional de sustituir la orientación parental ante los alumnos huérfanos. Se considera que los profesores no tienen la competencia ni se sienten comprometidos con esa tarea, la cual se añadiría a su programa de trabajo, ya muy recargado, que se realiza en aulas atiborradas y se orienta hacia la aprobación de una serie de exámenes. Para realizar dicha tarea no han recibido formación o ésta ha sido ínfima. Tampoco cuentan con apoyo y orientación proporcionada por servicios ad hoc, o bien con el apoyo de sus colegas educadores, los cuales no están mejor formados. Aunque los programas de lucha contra el VIH/SIDA se generalizan en el sector privado, casi no hay indicios de que se apliquen en beneficio del personal docente del sector público o que haya intervenciones destinadas a proteger sus derechos y a promover la prevención y el tratamiento entre los

trabajadores del sector de la educación.

En los países más afectados por la pandemia, donde el sector de la educación ha experimentado enormes pérdidas humanas, el sistema educativo parece requerir reformas drásticas, entre otras, una revisión del proceso de formación del personal docente, y de sus condiciones de trabajo y de empleo.

Demandas actuales y futuras al sector público de la salud

En los países más afectados por el VIH/SIDA, el sector de la salud es objeto de enormes presiones de orden financiero, organizativo y en materia de recursos humanos, que se derivan del aumento del número de personas que requieren cuidados. Cabe señalar que, además de los cuidados y tratamientos a los enfermos, incumbe a estos servicios la vigilancia epidemiológica y del comportamiento de la población, la gestión segura y el control de la manipulación de la sangre, la realización de las pruebas de despistaje voluntario y de las tareas de asesoramiento, la prestación de cuidados a los enfermos y su seguimiento, así como la planificación y la gestión de las actividades de prevención.

La carga adicional que representa el VIH/SIDA en materia de finanzas y de gestión recae en un sistema público ya muy debilitado, lo cual provoca disfunciones importantes en muchos lugares donde los recursos son escasos. A mediados del noventa, los tratamientos suministrados a los seropositivos consumían el 66 por ciento de los recursos de salud en Rwanda y más del 25 por ciento de los mismos en Zimbabwe. Los enfermos seropositivos ocupaban más del 70 por ciento de las camas en el hospital Prince Regent de Bujumbura (Burundi). A medida que se ha incrementado la demanda relativa a los cuidados a los seropositivos, el resto de los pacientes se han visto relegados o bien desatendidos. Como resultado de lo anterior, otras enfermedades infecciosas se han podido extender con mayor facilidad. A lo anterior se agrega el mayor costo del tratamiento de las enfermedades que afectan a los seropositivos, si se lo compara con el que exige el tratamiento de otras enfermedades y el hecho de que el gobierno deba cumplir su misión con un personal que también está sujeto a una mayor mortalidad y morbilidad atribuibles al VIH/SIDA, como sucede con el resto de la población. Todos estos factores socavan el potencial del sector público para mantener los niveles de competencia necesarios para controlar la pandemia.

Precauciones universales para prevenir el contagio con el VIH y otros agentes patógenos al manipular sangre u otros líquidos corporales

La puesta en práctica de medidas de control de las infecciones previene el contagio de un paciente a otro. Tales medidas protegen además a los trabajadores de la salud e impiden el contagio con otras infecciones transmitidas por la sangre cuando prodigan sus cuidados profesionales. Se las considera universales porque se aplican en todo el mundo y a todas las personas, independientemente de su estado de salud.

Estas precauciones, que pueden complementarse con inmunizaciones, equipos de protección personal y una normativa clara en caso de exposición al contagio son:

1. Lavado escrupuloso de manos después de cada contacto con los pacientes;
2. Recolección y manipulación cuidadosa de los objetos punzantes o cortantes y su eliminación en condiciones de seguridad;
3. Utilización de guantes cada vez que se entra en contacto con líquidos corporales, piel no intacta y membranas mucosas;
4. Utilización de mascarillas, anteojos, batas o delantales de plástico en caso de salpicadura de sangre u otros líquidos corporales;
5. Protección de las heridas o de la piel no intacta con esparadrapos resistentes al agua;
6. Limpieza escrupulosa de las salpicaduras de sangre u otros líquidos corporales;
7. Establecimiento de un sistema seguro de gestión y eliminación de los desechos;
8. Buena desinfección de todo material o equipo contaminado;
9. Manipulación escrupulosa de la ropa sucia.

Fuente: adaptación del documento titulado Centres for disease control and prevention, 1999

El punto más álgido del sistema público de salud concierne los cuidados de salud requeridos por los propios trabajadores que emplea. Las presiones se manifiestan a nivel del número de funcionarios, su carga de trabajo, las condiciones de trabajo, la formación, el miedo al contagio, el riesgo de contagio y los medios para prevenirlo, así como la estigmatización de los pacientes seropositivos por parte de los trabajadores de la salud de que son objeto ellos mismos por parte del público en general.

Suministro de cuidados a los trabajadores de la salud

El suministro de cuidados y de atención de salud a los trabajadores de este sector se ha visto socavado por la disminución del número de trabajadores por deceso o enfermedad, el número de personas que abandona el sector (despidos incluidos) y la emigración del personal. El servicio de salud de Sudáfrica señala que entre 1997 y 2001 falleció el 14 por ciento de su personal como resultado del SIDA (en su gran mayoría personal de enfermería). En Zambia la tasa de mortalidad entre las enfermeras se multiplicó por cuatro entre 1986 y 1991, hasta alcanzar un 3 por ciento anual. La tasa de prevalencia del VIH entre parteras y enfermeras en Lusaka llegó

al 40 por ciento en 1991; es posible que actualmente la tasa de mortalidad para esta categoría de profesionales fluctúe entre un 4 y un 9 por ciento anual. Entre 2004 y 2008 se prevé que morirá entre la quinta parte y la mitad de las enfermeras a causa del SIDA, si no se cuenta con tratamiento adecuado. Según estimaciones, Botswana habrá perdido un 17 por ciento de su fuerza de trabajo entre 1999 y 2005, pero, si los seropositivos continúan sin tratamiento, en 2010 podría perder hasta el 40 de su fuerza de trabajo por causa del SIDA.

El nuevo personal de salud recién formado apenas permite llenar las vacantes que se producen. En Zambia en el año 1999, sólo se contrataron 76 nuevas enfermeras. Las 487 nuevas enfermeras que se graduaron sustituyeron a 411 que ya no desempeñaron más sus funciones (se registraron 185 decesos por diversas causas). En Malawi, donde en 1997-1998 se graduaron 110 enfermeras, murieron 44 y 58 dejaron de desempeñarse como tales por diversas razones. En suma, durante ese período sólo se incrementó el personal en 8 unidades. En Zimbabwe murieron 45 enfermeras en 1998, pero ocho veces esa cifra, o sea 330 enfermeras, abandonaron el sector por diversas razones. La migración ha llegado a ser una opción para muchas, no solamente por motivos económicos sino también para escapar

hacia otras zonas donde la tasa de prevalencia del VIH sea menos elevada.

Para el personal de salud seropositivo es particularmente penoso trabajar en entornos donde no se aplican las terapias antiretrovirales, ya que la elevada mortalidad por enfermedades atribuibles al VIH mina el sentimiento de adecuación profesional. Los trabajadores de la salud son conscientes de que corren los mismos riesgos y tienen ante sí las mismas perspectivas que los pacientes a quienes prodigan sus cuidados. Otra fuente de estrés para los trabajadores de la salud radica en sus escasas cualificaciones y la inadecuación de sus conocimientos específicos sobre el VIH/SIDA. Una encuesta realizada en Sudáfrica entre los trabajadores de la salud reveló que sólo un tercio de los encuestados había recibido formación sobre la transmisión del VIH y sobre el trato y los cuidados que deben prodigarse a las personas seropositivas. También se señalaron como problemas la enorme carga de trabajo que pesaba sobre ellos, la elevada rotación del personal, la escasez general de personal, las bajas remuneraciones, y la insuficiencia de medios y medicamentos. Dadas estas circunstancias, no resulta sorprendente que en la citada encuesta realizada en Sudáfrica, un 33 por ciento de los encuestados haya señalado que su moral era baja y que más del 16 por ciento indicara que había recibido tratamiento por estrés. En determinado momento, cerca del 10 por ciento del personal estaba con licencia por enfermedad ligada al estrés producido por las condiciones de trabajo imperantes. Los efectos del VIH/SIDA que se dejan sentir entre los trabajadores de la salud a causa de la mayor carga de trabajo que deben soportar, la cual concierne también su capacidad para hacerle frente, son cuestiones que incumben a la gestión y la política de salud. Frente a ellas, a los ministerios de salud les es cada vez más difícil actuar, en particular porque el personal que desempeña funciones en el sector de la salud está a su vez expuesto a los mismos riesgos y presiones.

Un factor específico al sector de la salud es el riesgo profesional asociado al VIH/SIDA. En este sector, los profesionales se hallan expuestos al mismo riesgo para la salud que la población en general y la mayor parte de los seropositivos entre el personal de la salud se han contagiado por la transmisión sexual del virus. Una encuesta realizada entre el personal de la salud de Sudáfrica mostró que entre el personal joven de los hospitales (menos de 36 años), la tasa de prevalencia del VIH era del 20 por ciento, casi la misma que la tasa nacional de prevalencia (23,5 por ciento). No obstante, el riesgo profesional es

una realidad. Este mayor riesgo se deriva de su mayor probabilidad de herirse con agujas (al manipular las cápsulas con ambas manos) y cuando se manipulan descuidadamente las agujas utilizadas. La manipulación incorrecta de material punzante o cortante (agujas u otros objetos) no sólo es fuente potencial de contagio para los trabajadores de la salud, sino también para el personal de limpieza y de recolección de desechos. Un estudio realizado en Sudáfrica mostró que el 13 por ciento de los trabajadores de la salud corrían el riesgo de contagiarse con el VIH en su lugar de trabajo. En el mundo, se estima que cerca del 40 por ciento de los casos de hepatitis que afectan al personal de la salud pueden atribuirse a las heridas provocadas en el lugar de trabajo. La OMS estima que, en el mundo, cada año 170.000 trabajadores de la salud se hieren en su lugar de trabajo y corren el riesgo de contagiarse con el VIH; de esas heridas, 500 se traducen en un contagio efectivo y un 90 por ciento de esos contagios ocurren en entornos de escasos recursos. Un estudio realizado a mediados del noventa mostró que en los países africanos donde la prevalencia del VIH/SIDA es elevada, el riesgo de contagiarse con el VIH que corren los cirujanos es 15 veces superior al riesgo que corren sus colegas de los países desarrollados.

Las normas de prevención de los riesgos profesionales respecto del contagio con el virus del VIH y otros agentes patógenos transmitidos por contacto con la sangre y otros líquidos corporales figuran en un recuadro que lleva como título "Precauciones universales" (véase el recuadro en pág....). La toma de conciencia respecto de tales precauciones necesita acompañarse también de una toma de conciencia acerca de la provisión de ropa y equipos de protección adecuados. El citado estudio realizado en Sudáfrica mostró que solamente un 36 por ciento de los trabajadores de la salud habían recibido formación en materia de prevención general; un 6 por ciento de los principales hospitales públicos indicó que no poseía material de protección esterilizado; cerca del 10 por ciento señaló que utilizaba guantes y ropa de protección menos del 75 por ciento de las veces que hubiera necesitado utilizarlos. Impartir formación y suministrar información en materia de VIH/SIDA es de importancia fundamental para proteger a los trabajadores, aumentar su nivel de competencia para tratar a los enfermos y reducir la discriminación.

A este respecto, la nueva iniciativa OIT/OMS es muy oportuna. Ambas organizaciones han preparado conjuntamente unas directrices en materia de VIH/SIDA destinadas a los

trabajadores de la salud. Estas directrices abordan los temas de la prevención del contagio con el VIH, así como las maneras de mitigar el impacto de la pandemia y de reducir el estigma y la discriminación en el sector de la salud.

En este contexto, las iniciativas destinadas a extender masivamente las terapias antiretrovirales constituyen por una parte una oportunidad pero, por la otra, representan una presión adicional sobre los sistemas de salud y su personal. Con dichas terapias se podrían evitar muchas pérdidas entre el personal de la salud, el cual a su vez podría atender a otros enfermos. Sin embargo, la carga de trabajo adicional que representa la administración de dichas terapias incrementaría la ya enorme carga que pesa sobre el personal existente y, como se necesitaría además un gran número de nuevos trabajadores, la presión que ello ejercería sobre el sistema podría introducir tensiones muy grandes. La iniciativa conjunta de la OMS y del Programa ONUSIDA, de poner las terapias antiretrovirales a disposición de 3 millones de personas para el año 2005, descansa en la formación y el despliegue en la comunidad de decenas de miles de trabajadores de la salud, encargados de aplicar las terapias y de realizar el seguimiento de los enfermos. La creación de capacidad que permita aumentar el número de beneficiarios hasta alcanzar “3 millones en 2005”, implica elaborar una normativa simple que abarque la formación del personal, su mantenimiento en funciones, la contratación de nuevo personal o la reincorporación del que ha abandonado el sector, la formación de un número suficiente de trabajadores de la salud o de legos que permita alcanzar los objetivos planteados, la elaboración de métodos de

supervisión destinados controlar el desempeño del personal y asegurar la calidad de las prestaciones.

Estimaciones realizadas por órganos independientes señalan que se necesitarán más de 80.000 trabajadores comunitarios para administrar con regularidad el suministro de tratamientos a 3 millones de pacientes. También se necesitarán administradores capaces de supervisar las labores y encargarse de la gestión del personal que prodiga los tratamientos, personal que a su vez debe recibir formación. Cabe tener en cuenta que se necesitarán también a otras categorías de personal, en particular encargados de compras, envíos, almacenamiento y distribución, incluida la distribución continuada de más de 4 mil millones de píldoras anuales o aproximadamente 84 millones de píldoras cada semana.

La aplicación de la iniciativa “3 millones en 2005” implica una presión extraordinaria en el sector de la salud, sector ya tremendamente debilitado que labora en entornos donde la prevalencia del VIH/SIDA es elevada. Ello plantea con urgencia la necesidad de decidir si los propios trabajadores de la salud tendrán acceso a las terapias antiretrovirales. En los entornos de escasos recursos y en zonas donde la tasa de prevalencia es elevada, puede resultar una prioridad brindar acceso a las terapias antiretrovirales a los trabajadores de la salud seropositivos. En estas circunstancias y en vista de la urgencia que reviste la situación, las terapias antiretrovirales podrían administrarse en el lugar de trabajo, especialmente donde ya existan servicios profesionales de salud.

Disminución de la fuerza de trabajo en el sector agrícola atribuible al VIH/SIDA en los países africanos más afectados. Proyecciones para los años 2000 y 2020

Países (por orden decreciente de disminución de la fuerza de trabajo)	Sector agrícola. Porcentaje de la fuerza de trabajo perdida	
	Año 2000	Año 2020
Namibia	3.0	26.0
Botswana	6.6	23.2
Zimbabwe	9.6	22.7
Mozambique	2.3	20.0
Sudáfrica	3.9	19.9
Kenya	3.9	16.8
Malawi	5.8	13.8
Uganda	12.8	13.7
Tanzania	5.8	12.7
República Centroafricana	6.3	12.6
Côte d'Ivoire	5.6	11.4
Camerún	2.9	10.7

Cuadro 3.5

Fuente: FAO, 2004

Para poner término al presente capítulo se dan a conocer algunos de los efectos del VIH/SIDA en la agricultura y el sector informal, sectores en los que los efectos de la pandemia revisten una importancia extrema porque estos dos sectores suelen constituir el primero y último recurso para ganarse la vida. Además, la presencia del VIH/SIDA en estos sectores puede hacer la diferencia entre sobrevivir y vivir en una extrema miseria. En los hogares, la incapacidad de los adultos de producir alimentos o de emprender una actividad remunerada reduce el nivel de vida y el bienestar del grupo familiar, que a veces se hunde en la miseria, pero afecta particularmente a las personas dependientes.

iii) El impacto del VIH/SIDA en el sector agrícola: menor producción y mayor inseguridad alimentaria

La mayor parte del empleo y de la producción nacional en las economías africanas dependen en gran medida de una agricultura de subsistencia orientada a la exportación. En Swazilandia, la agricultura de exportación genera el 10 por ciento del PIB. La agricultura de subsistencia, por su parte, emplea al 80 por ciento de la población. En el sector agrícola de los países más afectados, la llegada del VIH/SIDA y su cortejo de decesos ha tenido como resultado la disminución de la producción. A la reducción del ingreso que tal situación provoca, se ha agregado la incapacidad laboral de los adultos seropositivos enfermos, con el resultado de que las cosechas no se finalizan o no alcanzan a llegar al mercado para su venta. Varios estudios a escala nacional señalan que el aporte económico del sector agrícola declinará en función de la tasa de contagio del VIH/SIDA en las zonas rurales. De los resultados de tales estudios se desprende que el VIH/SIDA está empeorando la situación económica de los hogares rurales que no tienen acceso a la salud ni a los cuidados y que se está agotando la capacidad de las comunidades rurales para hacer frente a conmociones de tal envergadura.

Según estimaciones de la FAO, en el período 1985 – 2000, fallecieron en el mundo 7 millones de trabajadores agrícolas como resultado del SIDA. En los 12 países africanos

Table 3. Estimated and projected deaths of men and women of working age, 35 countries of Sub-Saharan Africa, in the single years 1995, 2005, and 2015

Year	Estimated or projected deaths of men	Estimated or projected deaths of women
1995	272,390	212,970
2005	4,168,490	1,293,970
2015	1,527,330	1,884,320

Source: Main Table 5

en los países más afectados. Se calcula que Botswana, Mozambique, Namibia, Sudáfrica y Zimbabwe habrán perdido entre un quinto y un cuarto de su fuerza de trabajo en menos de una generación.

Según una encuesta realizada en Zambia, los jefes de hogar crónicamente enfermos redujeron la superficie que cultivaban en un 53 por ciento, lo que a su vez se tradujo en una cosecha inferior y una menor disponibilidad de alimentos. Encuestas de hogares realizadas en Tanzania y Zambia señalan que, entre los primeros síntomas de la enfermedad y el deceso por SIDA, los adultos pierden el equivalente a dos años de trabajo y un tercio del ingreso anual que obtenían antes de la enfermedad (observación que guarda coherencia con los datos presentados en los cuadros principales del presente informe). En muchas zonas la producción disminuyó. Incluso algunas familias abandonaron temporalmente sus tierras, en vista de la imposibilidad de plantar, desherbar y cosechar.

Teniendo en cuenta además que en la agricultura las mujeres realizan la mayor parte del trabajo dedicado a la producción de alimentos, la situación es la siguiente. Un estudio realizado en el sur de Zambia confirma que las mujeres se vieron obligadas a abandonar sus cosechas porque no pudieron dedicarles tiempo en vista de la carga que les representaba atender a los familiares enfermos. Llegado el momento de decidir a qué actividad dedicar sus esfuerzos en las horas libres decidieron reducir el tiempo destinado a cultivar. Otro estudio realizado en Etiopía, mostró a mediados del decenio de 1990, que las mujeres destinaban alrededor de 100 horas semanales a atender a los enfermos, en gran medida a expensas del tiempo dedicado a sus hijos y a sus granjas. Tales observaciones coinciden con los resultados de los cuadros principales 6A, 6B y 6C, relativos a la sobrecarga de trabajo que recae sobre los adultos en edad de trabajar, en particular sobre las mujeres, en los hogares afectados por el VIH/SIDA.

Las empresas dedicadas a la agroindustria también acusan los efectos del VIH/SIDA derivados de un ausentismo exacerbado. Un molino de azúcar en Sudáfrica en que

el ausentismo de los trabajadores, junto con un 12.8 por ciento en el año 2000 (véase el cuadro 3), la contratación y la formación del personal en un aumento de los costos. El ausentismo promedio de los trabajadores en los años anteriores a su jubilación por razones

Decesos atribuibles al VIH/SIDA entre la población en edad de trabajar, por sexo, en 35 países del África subsahariana. Estimaciones y proyecciones para 1995, 2005 y 2015

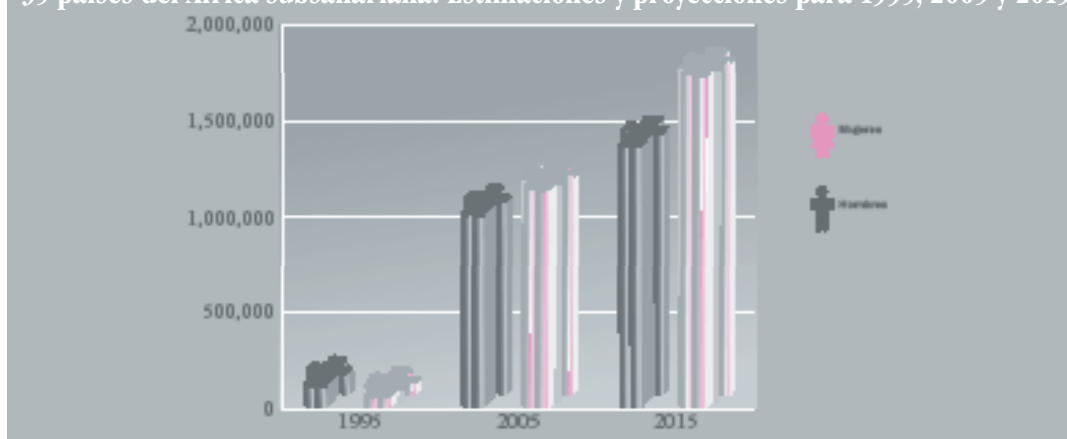


Gráfico 3.2

Fuente: Cuadro principal 5

médicas, llegó a representar cinco semanas. Sobre la base de las estimaciones que figuran en los cuadros principales, se desprende que el retiro por razones médicas se recomendó al cabo de algunos meses de la aparición de los primeros síntomas del SIDA, al percibirse una declinación de la capacidad de trabajo.

Un estudio realizado en la empresa Mhlume Sugar de Swazilandia concluyó que en tres años, cerca del 30 por ciento de los decesos de trabajadores se debieron al VIH/SIDA y que los efectos de la epidemia se habían percibido fundamentalmente en la producción, las prestaciones acordadas a los trabajadores y el costo de la atención médica. También se señaló que los trabajadores tuvieron que hacer frente a obligaciones de orden familiar como cuidar de los enfermos y que había aumentado su gasto en salud y funerales. El estudio mostró también que en Swazilandia, al comparar la situación en los hogares en que un miembro había fallecido a causa del SIDA con la de los hogares en que un miembro había fallecido por otra causa, en el primero, tan sólo en un año, el rendimiento de la cosecha de maíz se había reducido en un 54 por ciento, la actividad ganadera en un 30 por ciento y la superficie de tierra cultivada en un 41 por ciento.

En los ministerios de agricultura preocupa el hecho de que la tierra esté dejando de producir los alimentos que necesita la población. Por otra parte, la disminución de la productividad en la agricultura se está acentuando debido al extremo cansancio del personal de los ministerios de agricultura. En efecto, debido al VIH/SIDA, en la administración pública también se ha debido hacer frente a las tareas con un personal reducido. Un estudio emprendido en Malawi por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) señaló que había aumentado el número de

jubilaciones anticipadas y que la tasa de mortalidad en las zonas rurales duplicaba el promedio nacional a causa del VIH/SIDA. Un 67 por ciento de los puestos vacantes de profesionales no se llenaban.

El VIH/SIDA está agravando aún más la inseguridad alimentaria existente. El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos ha estimado que, en Sudáfrica, la reducción del número de trabajadores agrícolas contribuirá a reducir la productividad agrícola en un 12 por ciento anual, lo cual se traducirá a su vez en una disminución de un 3,3 por ciento de la producción de cereales. Esta gravísima situación de la agricultura, que se vive como consecuencia del VIH/SIDA, es motivo de honda preocupación. A este respecto, los informes de la FAO señalan que ha mermado considerablemente la capacidad de muchos países de la región africana para alcanzar los objetivos de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que preveían reducir a la mitad el número de personas hambrientas entre 1990 y 2015. En 1991, en tanto que la desnutrición comenzaba a declinar en la región, estaba aumentando en los países en que el VIH/SIDA ya se había extendido.

Aparte de los efectos más notorios que se observan en el sector agrícola, tales como la disminución de la producción y de la productividad como consecuencia de una disminución de la fuerza de trabajo, existen otros factores que contribuyen a empeorar la situación, tales como la dificultad de acceso a los insumos agrícolas, una mayor erosión del suelo, la pérdida de valiosas cualificaciones y experiencia, y una menor capacidad para hacer frente a las crisis como las provocadas por las sequías o las inundaciones. La venta de tierras por debajo de su valor o la venta de

Un estudio emprendido en las zonas rurales de Zambia mostró que los jefes de familia crónicamente enfermos habían reducido en un 53 por ciento la superficie de tierra cultivada, con lo que había disminuido la cosecha y la disponibilidad de alimentos.

otros insumos necesarios para la producción, motivadas por la necesidad de contar con dinero para pagar los gastos de salud y funerales, y la usurpación de tierras por parte de los parientes de los cultivadores que fallecen, son elementos que se agregan a la pesada carga que deben sobrellevar los hogares en las zonas rurales.

iv) La economía informal

La disminución de la fuerza de trabajo analizada en el capítulo 2 y en las secciones i) e ii), se refería específicamente a la situación de la población económicamente activa que figura en los registros oficiales o la que se ha estimado como tal. También se examinó el impacto de tal disminución atribuible al VIH/SIDA en el plano macroeconómico y en las empresas o lugares de trabajo de los sectores público y privado. El contenido de los cuadros principales 5 y 6 pone de relieve que el impacto del VIH/SIDA es aún mayor cuando se tiene en cuenta que más del 90 por ciento de las personas seropositivas tienen entre 15 y 64 años y que en su gran mayoría desempeñan algún tipo de trabajo para sobrevivir, aunque no figuren oficialmente entre las personas empleadas. Lo anterior explica por qué la situación de las empresas del sector informal, aunque se asemeja a la descrita, acusa una vulnerabilidad y una inseguridad económica aún mayor. Los trabajadores del sector informal no solamente viven en condiciones precarias, sino que les está vedado el acceso a los servicios de salud y carecen de seguridad social.

Debe tenerse presente que los análisis sobre esta cuestión no pueden pretender ser exhaustivos, puesto que la escasez de datos sobre las actividades que se desarrollan en el sector informal restringe su alcance, tanto en lo que respecta a la vulnerabilidad del sector al VIH/SIDA como a su impacto económico. Sin embargo, la simple proyección de los decesos atribuibles al VIH/SIDA entre los hombres y mujeres en edad de trabajar permite imaginar cabalmente sus efectos. El cuadro 3.2 muestra los decesos estimados y proyectados atribuibles al VIH/SIDA y desglosados por sexo en los 35 países africanos que abarca este informe. De su análisis se desprende claramente el impacto del SIDA en la mujer.

Durante varios decenios la economía informal ha demostrado ser una fuente de empleo dinámica y un motor del crecimiento del ingreso en todos los países en desarrollo. En Ghana, por ejemplo, emplea entre el 70 y el 80 por ciento de la población y en India cerca del 90 por ciento. Sus empresas o lugares de trabajo se caracterizan por no estar registrados

como tales; las actividades productivas se realizan en unidades de producción que son propiedad de los hogares y suelen asimilarse al empleo por cuenta propia. En los países en desarrollo, donde la economía informal absorbe una parte muy importante de la mano de obra, el impacto perjudicial del VIH/SIDA es muy complejo y se deja sentir en muchas esferas.

El ausentismo, la enfermedad y el fallecimiento de los trabajadores ejercen enormes presiones sobre las empresas del sector. Su capacidad de ahorro y, en consecuencia, de inversión se ve amenazada por el aumento de los gastos de salud. También les afecta seriamente la pérdida de personal cualificado y dotado de competencias técnicas y administrativas, que es clave para la supervivencia de las empresas pequeñas con fuerte coeficiente de mano de obra. En algunos casos, tales pérdidas llevan irremediablemente a la quiebra.

Por la vulnerabilidad y el carácter transitorio de las empresas de la economía informal, los trabajadores que emplean suelen perder su trabajo en cuanto dejan de trabajar. Un estudio realizado entre mujeres comerciantes en los mercados de Uganda mostró que si interrumpen su trabajo, sea porque enferman o porque deben cuidar a un familiar enfermo, rápidamente pierden su fuente de ingreso. Las existencias se les descomponen muy pronto, sus escuálidas reservas se esfuman hasta el extremo de que no pueden volver a reconstituir sus existencias, no pueden pagar su licencia para un puesto de comerciante y el negocio colapsa. Se encontró que las mujeres arruinadas vuelven a desempeñar funciones en la venta, incluso de servicios sexuales, con la esperanza de hacerse con un capital que les dé cierta seguridad económica. En Ghana, el comercio ambulante es también una fuente importante de ingresos para las mujeres. En el ejercicio de esta actividad pueden permanecer lejos de casa durante varios días seguidos, incluso semanas. Esto les hace vulnerables al VIH/SIDA y acrecienta su riesgo de contagio. Cuando enferman, el hogar entero ve su presupuesto mermar y la situación se torna muy difícil.

Las interrelaciones entre las actividades de la economía formal y las de la economía informal, entre las actividades de las zonas rurales y las de las zonas urbanas, así como las interrelaciones entre la economía hogareña y la economía general, se analizan con mayor detenimiento en el capítulo 3, secciones i) e iii), y en el capítulo 4.



A las condiciones precarias en que viven los trabajadores del sector informal se agrega el hecho de que por lo general no tienen acceso a los servicios de salud ni a ningún tipo de seguridad social.

Capítulo 4. El impacto del VIH/SIDA en las mujeres y los niños.

i) Mujeres y VIH/SIDA: reducción de su aporte a la economía y a la familia

Uno de los hechos que llama la atención con respecto a esta pandemia es que en los países más golpeados por la misma, el número de seropositivas sobrepasa actualmente al número de seropositivos. La razón de ello es que las mujeres tienden a contagiarse cada vez más precozmente debido a que los hombres buscan tener relaciones sexuales con mujeres muy jóvenes. En consecuencia, teniendo en cuenta que las mujeres viven más que los hombres, al contagiarse pierden más años de vida productiva que éstos. En todo el mundo, cerca de la mitad de las personas que viven con el VIH son mujeres, pero en el África subsahariana éstas representan el 58 por ciento de la población. Al igual que en África, ahora también en Asia las mujeres se están contagiando a un ritmo acelerado. Sobre la base de un estudio realizado por las Naciones Unidas en los 50 países abarcados en el presente informe, la OIT ha estimado que las mujeres habrán perdido 29,5 años de esperanza de vida

(dos tercios de los nuevos contagios se producen entre las mujeres jóvenes), período de la vida decisivo para sus respectivos roles sociales y económicos. Ello constituye un enorme desafío para los responsables políticos.

Una multitud de pruebas confirman que la mayor vulnerabilidad de la mujer al VIH tiene sus raíces en la desigualdad económica de que es objeto, en la violencia doméstica, en la desigualdad de oportunidades y de trato frente al trabajo y en otras muchas esferas de la vida social, incluida la educación y la formación, y el acceso a la prevención y a los cuidados en materia de VIH/SIDA. Las funciones sociales que las sociedades asignan a los hombres y a las mujeres afectan su comportamiento, su posibilidad de protegerse del VIH/SIDA y su capacidad para hacer frente a las consecuencias de un contagio. El desequilibrio de poder entre hombres y mujeres se acrecienta a favor del hombre con la edad; la dependencia económica de las jóvenes con respecto a los hombres (mayores) es también mucho mayor.

“Los efectos del VIH/SIDA en la labor de reproducción social, aún no estudiados, pueden revelarse más importantes que sus efectos económicos, más fáciles de medir.”

N.M. Ncube, 1999

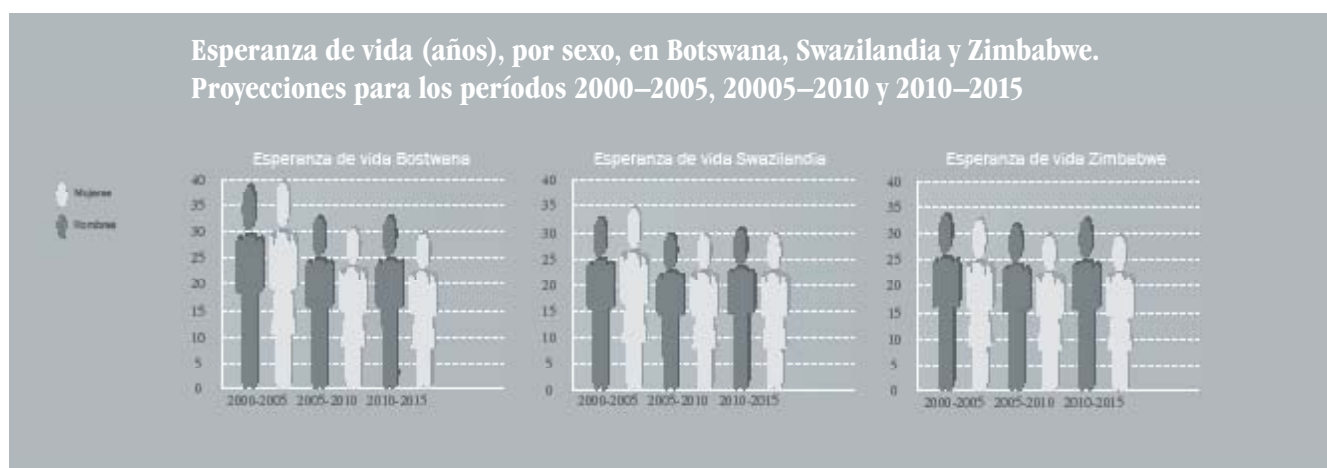


Gráfico 4.1

Fuente: ONU, 2003

hacia el año 2005, por encima de los 26,5 años que habrán perdido los hombres. En el período 2020–2025 esta diferencia se habrá acentuado en detrimento de las mujeres, cuya esperanza de vida en algunos países se habrá reducido en 6 años más, comparada con la de los hombres. El gráfico 4.1 muestra las diferencias en las proyecciones de la esperanza de vida hasta el año 2015 en tres países muy afectados por el VIH/SIDA. La diferencia entre hombres y mujeres en materia de contagio con el VIH es aún más patente en el grupo de edad 15 – 24

Según un estudio realizado en el sector agrícola de exportación en Kenya (plantaciones de café y té e industria manufacturera ligera), las mujeres consideraban que el acoso y la violencia sexual eran parte integrante de la vida laboral. Cabe mencionar también que un número creciente de mujeres es objeto de tráfico, principalmente transfronterizo, con fines de explotación sexual.

Por otra parte, cabe tener en cuenta que en todos los países el VIH/SIDA afecta

“Si se quiere reducir la pobreza, es imprescindible impedir que, como consecuencia del VIH/SIDA, la situación económica de la mujer, ya precaria, se degrade aún más”.

Cuando golpea el VIH/SIDA, se genera el siguiente círculo vicioso: la inseguridad de las mujeres más pobres y en situación precaria aumenta aún más, ya que bajan los ingresos del hogar y se modifica su distribución. Luego, al fallecer su cónyuge por causa del SIDA, las mujeres generalmente no pueden hacer valer sus derechos sobre la vivienda, la propiedad o la herencia, especialmente si se sabe que son seropositivas. Puesto que además las mujeres realizan la mayor parte de las labores de producción de alimentos en las zonas rurales, cualquier reducción de dicha producción causada por el VIH/SIDA intensifica la inseguridad alimentaria, al privar al hogar de los ingresos necesarios para alimentar a la familia. A su vez, una mayor inestabilidad del ingreso y del acceso a los alimentos tiende a desestructurar el grupo familiar, estimula la migración de sus miembros, el trabajo infantil, el tráfico de personas y la prostitución, lo cual a su vez aumenta el riesgo de contagio con el VIH/SIDA y así se realimenta el círculo vicioso de la pobreza.

considerablemente a las mujeres por la carga que les impone el cuidado de los enfermos y el sostenimiento de sus familias. Como la mayor parte de esta carga recae sobre ellas, están cada vez más pobres. En el seno mismo de las familias, se cuenta más con las mujeres y las niñas para cuidar de los enfermos, lo cual, además de aumentar su carga de trabajo, les resta tiempo para otras de sus funciones. Su aporte a la economía, aparte de no ser remunerado, se ha ignorado sistemáticamente durante años. Abarca actividades productivas como la agricultura de subsistencia y el trabajo doméstico, que caracterizan a la economía de los cuidados. Según estimaciones del PNUD, el valor del trabajo doméstico no remunerado representa por lo menos la mitad del PIB en el mundo desarrollado y, a escala mundial, el producto del trabajo femenino no remunerado asciende a 11 mil millones de dólares (compárese con el monto del PIB mundial cercano a los 23 mil millones de dólares a mediados del noventa). De todas las actividades “invisibles”, la economía de los

cuidados no remunerados constituye la más importante, pues las mujeres dedican el 70 por ciento de su tiempo no remunerado a cuidar de sus familiares.

Además del trabajo no remunerado que representa el trabajo doméstico y el cuidado a los seres queridos, las mujeres se las arreglan para realizar trabajos remunerados. Por carecer de apoyo para los cuidados a los enfermos de SIDA, les es cada vez más difícil a las mujeres encontrar y conservar un trabajo remunerado. Las exigencias que pesan sobre ellas las hacen proclives al ausentismo. En muchos países donde la prevalencia del VIH/SIDA es elevada, las mujeres pierden su empleo en el sector formal y comienzan a desempeñar funciones en el sector informal, donde están sobrerrepresentadas y no cuentan con un ingreso estable, ni protección social, ni acceso a los servicios de salud. Para los hogares y para la sociedad en general, este tipo de consecuencias de la pandemia tiene un costo elevado. Cuando el tiempo de las mujeres se destina al cuidado de los enfermos, se resta a otras actividades tan esenciales como “invisibles”, tales como la agricultura de subsistencia, que es de importancia fundamental para la supervivencia de las comunidades más afectadas. Uno de los resultados de esta situación es el agotamiento de los ahorros y de otros recursos y la venta, por menos de su valor, de los bienes familiares. Se trata de un proceso de empobrecimiento que afecta particularmente a las mujeres de edad avanzada.

Tanto el gobierno como los empleadores deben procurar aliviar el peso de esta carga. Un apoyo efectivo a quienes prodigan cuidados exige la creación de programas de protección social públicos o con base en las empresas. Este apoyo social efectivo compite sin embargo con otras metas de orden macroeconómico. El costo de tales programas sociales es muy elevado cuando exige de parte del gobierno un cambio en sus prioridades y programas de acción para adaptarse a elementos exógenos. Ya sucede que la expansión de los servicios de seguridad social compite con las prioridades derivadas de los ajustes económicos y de las restricciones presupuestarias. En muchos países ha disminuido la inversión social, justo cuando más se la ha necesitado. Tales políticas no han tenido en cuenta la importancia de la economía de los cuidados como una rama de actividad económica en la que también cabe invertir.

ii) El impacto del VIH/SIDA en los niños: abandonan la escuela y se incorporan al trabajo

La elevada mortalidad de los adultos ha tenido como resultado que un número creciente de niños crezca sin tener al lado una presencia adulta que los proteja y oriente. Según estimaciones para el año 2003, cerca de 15 millones de menores de 18 años han perdido uno o ambos progenitores como resultado del VIH/SIDA. De ellos, más de 12 millones viven en el África subsahariana (véase el cuadro principal 5). En un informe publicado en 2002 conjuntamente por ONUSIDA, UNICEF y USAID, se estimaba que un tercio (32,2 por ciento) de todos los huérfanos menores de 15 años habían perdido a uno o a ambos progenitores debido al SIDA. Las proyecciones de este informe indican que en 2005 dicho porcentaje se elevará al 40 por ciento y que en 2010 alcanzará un 50 por ciento. Esos niveles seguirán elevándose (entre 60 y 90 por ciento en 2010) en los países actualmente más afectados por la pandemia, donde la proporción de niños potencialmente huérfanos se situará entre un 15 y un 25 por ciento.

Fuera de África, incluso en los países donde la tasa de prevalencia es menor o ha declinado, la población afectada por el VIH/SIDA debería sufrir los efectos de la pérdida de casi toda una generación. En Tailandia, se prevé que en el año 2010 el SIDA se habrá llevado a los padres de más de un tercio de todos los menores de 15 años, y a los padres de entre el 40 y el 50 por ciento de todos los niños de América Latina y el Caribe, incluidos las Bahamas, Belice, la República Dominicana, Guyana, Haití, y Trinidad y Tobago. En Guyana y en Haití, más del 10 por ciento de todos los menores de 15 años serán huérfanos hacia 2010. El estudio de la OIT ha mostrado que el VIH/SIDA se ha llevado a los padres de casi el 50 por ciento de los huérfanos en Brasil.

Las consecuencias que tiene el hecho de que un número creciente de menores crezca en hogares o en comunidades donde el VIH/SIDA está socavando las estructuras económicas y sociales son profundas y afectan tanto a los propios niños como a la sociedad en su conjunto.

Sin la presencia de adultos que les orienten y con perspectivas de educación muy limitadas, muchos huérfanos no adquieren las cualificaciones y el saber hacer técnico que se les exigirá a la hora de obtener un trabajo decente en su edad adulta. Se constata cada

vez más que, en los países donde la prevalencia del VIH es elevada, un número creciente de hogares afectados por el VIH/SIDA dejan de inscribir a los niños en la escuela, muy especialmente a las niñas. Según estimaciones de la Agencia de Cooperación Técnica Alemana (GTZ), cerca de 60.000 huérfanos vivían en 2004 en la sola provincia de Sofala en Mozambique. Estimaciones recientes de la UNICEF señalan que en un distrito con 3.000 habitantes se contaban 379 huérfanos. La mayoría de los huérfanos habían desertado la escuela porque no podían pagar la matrícula anual de 1,5 dólares, ni financiar el costo del material de enseñanza y el uniforme.

Incluso antes de perder definitivamente a sus padres, los niños pertenecientes a hogares afectados por el VIH/SIDA viven en tales condiciones de pobreza y desnutrición que se les saca de la escuela para que ayuden a cuidar de los enfermos o aporten ingresos adicionales a la familia o ambas cosas a la vez. Una vez fuera de la escuela, resulta muy difícil sensibilizar a estos niños a través de campañas de información y prevención sobre el VIH.

Una deserción escolar de tal magnitud tiene como consecuencia que toda una generación no adquiere las cualificaciones que debiera adquirir. Más allá de este perjuicio incalculable para el futuro de estos niños, el VIH/SIDA impide la constitución del capital humano y con ello compromete el desarrollo sostenible. Consideradas colectivamente, estas personas carecen de competencias y de experiencia cuando se incorporan al mercado de trabajo. Ello les obliga a aceptar bajos salarios y limita sus oportunidades de avanzar hacia ocupaciones mejor pagadas. Tampoco pueden esperar mejorar sus ingresos en el largo plazo por no tener la educación necesaria. Se puede decir entonces que el VIH/SIDA no sólo daña a los niños a título individual, sino que contribuye a invertir la tendencia reciente hacia una leve mejora en el bienestar de varias generaciones de niños.

Por otra parte, el VIH/SIDA ha contribuido a acrecentar el trabajo infantil debido a que los huérfanos se incorporan prematuramente al mercado de trabajo sin formación. Para mantenerse y mantener a sus hermanos menores, realizan trabajos peligrosos o superiores a sus fuerzas, o que implican serios daños psicológicos como la prostitución. La presión a la que se ven sometidos los hogares por causa del VIH/SIDA es inmensa y esta manera de reaccionar frente a la pandemia tiene efectos a largo plazo, porque la pobreza se transmite de una generación a otra. A largo

Sin la presencia de adultos que les orienten y con perspectivas de educación muy limitadas, muchos huérfanos no adquieren las cualificaciones y el saber hacer técnico que se les exigirá a la hora de obtener un trabajo decente en su edad adulta.

Una deserción escolar de la magnitud observada se traduce en que toda una generación no adquiere las cualificaciones que debería adquirir. Además de empeñar el futuro de cada niño, el VIH/SIDA obstaculiza la constitución del capital humano que requiere el desarrollo sostenible.

plazo, se traduce en una menor cualificación de la fuerza de trabajo que afecta al crecimiento económico y al empleo y va en contra de las políticas de reducción de la pobreza y de mayor protección social. A la larga, la pandemia plantea un desafío de proporciones y constituye una amenaza cierta para la acción encabezada por la OIT para eliminar el trabajo infantil.

Según un estudio realizado por el centro *Innocenti* a partir de datos recogidos en hogares de 11 países del África subsahariana (Angola, Burundi, República Centroafricana, Côte d'Ivoire, Gambia, Ghana, Kenya, Lesotho, Senegal, Swazilandia y Zambia), existe un estrecho vínculo entre la pérdida de los progenitores y el trabajo infantil. La probabilidad de que los niños huérfanos abandonen la escuela es doble de la de otros niños, sobre todo en los hogares de escasos recursos. Las niñas, en particular, tienden en mayor medida a abandonar la escuela para dedicarse a cuidar de los familiares enfermos. Lo hacen para compensar la pérdida de ingreso que sigue a la incapacidad laboral del enfermo y, por último, debido al empobrecimiento de la familia tras la pérdida de los padres.

Una evaluación rápida de la situación en materia de trabajo infantil en Sudáfrica, la República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe, emprendida en 2002–2003 por el Programa Internacional para la Eliminación del Trabajo Infantil (IPEC), reveló que era mayor la probabilidad que los niños huérfanos trabajaran en el comercio agrícola, el servicio doméstico, la prostitución y como vendedores ambulantes. En Sudáfrica, un tercio de los niños que trabajaban en esos sectores habían perdido a uno de sus progenitores o a ambos por causa del VIH/SIDA. Se ha estimado que en Zambia el VIH/SIDA ha contribuido a aumentar la fuerza de trabajo infantil entre un 23 y un 30 por ciento. Todas las evaluaciones señalaron una fuerte asociación entre la situación de orfandad atribuible al VIH/SIDA y las peores formas de trabajo infantil, tal como se definen en el Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil, 1999 (núm. 182) de la OIT, que incluye la esclavitud en todas sus formas y prácticas, la prostitución infantil, la utilización de niños en el tráfico de drogas y otras formas de trabajo física o mentalmente peligroso.

En el sudeste asiático, entre un 50 y un 90 por ciento de los niños rescatados de burdeles era seropositivo. Según estimaciones de la OIT, cerca de 1,2 millones de niños y niñas cada año son objeto de un tráfico que los destina al trabajo agrícola, la minería, las fábricas, los

conflictos armados o la prostitución. Cada año, a cerca de un millón de niños en el mundo se les obliga a prostituirse. El total de niños dedicados a la prostitución puede cifrarse en 10 millones, de los cuales una minoría (cerca de 1,8 millones) tiene entre 15 y 17 años.

Allí donde no existen redes de seguridad social, como sucede en la mayor parte de las sociedades africanas, la tradición impone que la familia extensa o la comunidad asuma el cuidado de los huérfanos, pero, a medida que se extienden los efectos del VIH/SIDA, el sistema está dando signos de agotamiento. Aun cuando los abuelos son quienes probablemente asuman el cuidado de sus nietos huérfanos, estudios realizados en Tailandia, Uganda y la República Unida de Tanzania revelaron que estos abuelos son a su vez muy pobres y no están en condiciones de ofrecer apoyo material. Además, les resulta especialmente difícil atender a niños muy pequeños o a los adolescentes, por lo que el número de hogares donde la cabeza de familia es un menor de edad se está incrementando.

Las acciones emprendidas por la OIT en favor de los niños están destinadas a sacar a los niños del trabajo y a suministrar a los huérfanos la formación que les permita ser miembros productivos de la sociedad. Lo anterior representa un enorme desafío en la medida en que la mayor parte de los niños que ya han desertado la escuela están fuera del alcance de las políticas de educación y prevención. No obstante, tanto su estilo de vida como su edad (15–24 años) les hace particularmente vulnerables al VIH/SIDA (su tasa de contagio es de las más elevadas). Con frecuencia una conducta sexual arriesgada se asocia a la ausencia de oportunidades de encontrar un trabajo decente.

La tasa de desempleo entre los adultos jóvenes es extraordinariamente elevada, en parte debido a que no poseen las cualificaciones exigidas para el desempeño de ciertas labores. A ello se agrega sus altas tasas de deserción y fracaso escolar, aún más altas en el caso de los huérfanos. Todo esto disminuye sus probabilidades de incorporarse a la fuerza de trabajo. Esta realidad exige iniciativas que aseguren que los niños que trabajan puedan educarse y adquirir cualificaciones, de modo que una fuerza de trabajo cada vez más joven tenga las cualificaciones requeridas. Desde la perspectiva de la demanda, será preciso generar oportunidades de empleo para esta juventud que se incorpora al mercado de trabajo.



Parte II.

Consecuencias en materia de política y respuesta al VIH/SIDA en el mundo del trabajo

Capítulo 5. Consecuencias en materia de política

Del análisis de los principales cuadros se desprenden dos conclusiones ineludibles, una que merece hacerse con cautela y otra sobre la que se puede estar seguro. En el primer caso, puede decirse que, si no se aborda la cuestión de la amenaza para el capital humano y la fuerza de trabajo que representa el VIH/SIDA, la comunidad internacional habrá fallado en su deber de advertir acerca de la amenaza que se cierne sobre el desarrollo, primero en África y subsiguientemente en todas las regiones. Se necesita intensificar los esfuerzos para seguir avanzando en esta dirección, pero cabe reconocer que la escasez de datos fidedignos que alimenten los estudios destinados a configurar las respuestas es un factor limitante. En el segundo caso, se puede afirmar que el lugar de trabajo es un ámbito privilegiado para realizar actividades de prevención destinadas a mitigar los efectos de la pandemia, ya que por su naturaleza debe centrar su acción en mantener los niveles de producción y de productividad.

La información que se presenta en los cuadros principales destaca la amplitud de la gama de consecuencias del VIH/SIDA en los países de que se trata, incluidas las consecuencias para todas las personas en edad de trabajar, para las mujeres y los niños, y para la población económicamente activa. El mundo del trabajo puede desempeñar un papel muy importante para que el impacto previsto no sea una realidad, impacto que puede resumirse en un aumento de la carga social y económica que deberán soportar los trabajadores que sobrevivan a la pandemia (consúltense los cuadros principales 6B y 6C). Hasta el momento las respuestas obtenidas han sido positivas, pero parciales. Para abordar el problema de manera adecuada, se requiere un marco político integral y habilitante.

Un marco político que brinde apoyo

Los países que han abordado con éxito las complejas cuestiones que abarca el VIH/SIDA por lo general han contado con un marco político amplio, que ha servido de apoyo al debate que ha propiciado la elaboración y el desarrollo de políticas en la materia. Las limitaciones encontradas para poner en práctica políticas integrales no han sido solamente de carácter financiero, sino que resultan de haber puesto un énfasis casi exclusivo en los aspectos

relacionados con la salud y fallado, excepto en años recientes, en la consideración de la cuestión desde una perspectiva multisectorial y, en consecuencia, en la elaboración de planes y programas integrales. Muchos países, dándose cuenta de lo anterior, han desplegado nuevas estrategias y elaborado nuevos planes de lucha contra el VIH/SIDA. Sin embargo, aunque en éstos la cuestión se aborda desde una perspectiva más amplia, no se especifica de qué manera se van a poner en práctica.

El reto que se tiene ante sí ahora es la elaboración y aplicación de unas políticas que aborden las cuestiones relacionadas con el capital humano. Lo anterior requiere la realización de estudios en dos esferas: la de los marcos jurídicos y políticos pertinentes, y la del impacto del VIH/SIDA en el mercado de trabajo, en particular, sus consecuencias en el sector público. La tarea que se tiene por delante debe ir más allá del simple estudio del problema. Los gobiernos deberán elaborar políticas y programas destinados a compensar los efectos de la disminución del capital humano atribuible al VIH/SIDA y el debilitamiento de la capacidad para ofrecer bienes y servicios públicos de calidad.

Es fundamental que el personal de todos los sectores tenga a su disposición la gama de medios que permitan prevenir el contagio con el VIH y que encuentre apoyo en unos programas integrales que se apliquen en el lugar de trabajo. En muchos ámbitos de los sectores público y privado, estos programas no existen. En vista de que la mayor parte de los recursos humanos no son seropositivos, estas personas podrían obtener un gran beneficio de los programas de prevención. También son cruciales para el éxito de las políticas y programas aludidos las actividades destinadas a promover la inclusión y la participación social, pues el capital humano de una nación es un recurso de vital importancia. El establecimiento de alianzas o colaboraciones —entre sectores o entre la sociedad civil y el gobierno— asentadas en un marco político que brinde apoyo, es fundamental para el éxito de unas respuestas nacionales que beneficien a todos los miembros de la sociedad.

Consecuencias específicas en materia de política

Establecimiento de un marco jurídico y político.

Deberá determinarse si existe o no un marco destinado a proteger los derechos de todas las personas y trabajadores seropositivos, a promover la prevención del VIH/SIDA y a proporcionar a dichos trabajadores asistencia y apoyo en los lugares de trabajo de los sectores formal e informal. Allí donde se identifiquen carencias, será necesario detectar los obstáculos que impiden remediarlas.

Como el VIH/SIDA tiene efectos de muy largo alcance en el desarrollo sostenible, es fundamental mirar más allá de los efectos inmediatos de la pandemia y examinar si los planes sectoriales (de educación y salud, en particular) han integrado la cuestión del VIH/SIDA y de qué manera. Es también importante evaluar si los gobiernos están teniendo en cuenta en sus presupuestos y en sus planes de desarrollo los efectos de la pandemia en el capital humano. Es igualmente importante determinar si los gobiernos, en su calidad de principales empleadores, comprenden efectivamente y tienen planeado abordar los efectos del VIH/SIDA en el mercado de trabajo y en el empleo.

Establecimiento de una estrategia de investigación.

La información cualitativa y cuantitativa sobre el impacto del VIH/SIDA en el mercado de trabajo es escasa. Lo anterior sólo puede remediarse mediante un programa de investigación aplicada que atienda a las necesidades de quienes elaboran las políticas y toman las decisiones, a fin de identificar lo que está ocurriendo con la oferta y la demanda de trabajo en los distintos mercados laborales, así como las implicaciones de las tendencias observadas en los procesos de desarrollo.

Fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de educación y formación.

La pérdida de capital humano debido al VIH/SIDA recarga de diversas maneras la labor de todas las instituciones encargadas de la formación. Es crucial mantener la capacidad de estas instituciones si se desea que los países avancen en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y sus prioridades específicas. La realización de auditorías en el ámbito del capital humano puede ayudar a orientar mejor los esfuerzos en materia de planificación a fin de ajustar la oferta a la demanda de cualificaciones.

Objetivo central: alivio de la pobreza. Existe una necesidad creciente de contar con datos obtenidos en el terreno para saber lo que está ocurriendo con los pobres en el sector rural así como con el suministro de alimentos. Ello permitirá determinar lo que se puede hacer para fortalecer la política y los programas de asistencia a las poblaciones afectadas. Es evidente que será necesario aumentar la provisión de alimentos y que los niños deberán ser los destinatarios privilegiados de los programas de salud y nutrición. Estos son indispensables para permitir que la fuerza de trabajo futura del país pueda beneficiarse a su vez de los programas educativos y de formación profesional, que en última instancia aumentan la productividad.

Estrategia de desarrollo integradora. La carga de trabajo que pesa sobre las mujeres, ya excesiva, se ha incrementado como consecuencia del VIH/SIDA. A lo anterior se suma el hecho de que a veces estas mismas mujeres son seropositivas. Es fundamental y urgente que las presiones a que se ven sometidas y que atañen a sus actividades como productoras de alimentos y en el sector informal se aborden como corresponde y se elaboren, cuanto antes, programas que alivien dicha carga. De la experiencia obtenida en los países del África subsahariana se desprende que unas inversiones de poca monta, enfocadas en el trabajo femenino, permitirían reducir de manera considerable la mencionada carga de trabajo.

Apoyo al empleo. La fuerza de trabajo presente en el mercado estará compuesta por personas cada vez más jóvenes y con menos cualificaciones, situación que hará más difícil crear empleos y sostener su crecimiento. Es muy posible que en tales condiciones no se pueda dejar actuar por sí solas a las fuerzas del mercado. Muy probablemente será necesario establecer un programa destinado deliberadamente a aumentar las cualificaciones y a proporcionar formación profesional a la fuerza de trabajo. Lo anterior, que exigirá inversiones por parte del gobierno, es fundamental en la constitución de un capital humano con capacidad organizativa. Sólo si la fuerza de trabajo posee las cualificaciones que requieren los empleadores en los sectores público y privado será posible hacer frente a las exigencias del crecimiento del empleo.



Modelización del costo y de las consecuencias sociales del VIH/SIDA en la Federación de Rusia

La Oficina subregional de la OIT para Europa oriental y Asia central, con sede en Moscú, encargó a un equipo de investigadores un estudio que inició y financió el programa OIT/SIDA, destinado a evaluar las repercusiones sociales y económicas del VIH/SIDA en la Federación de Rusia. El modelo elaborado puede aplicarse a los demás Estados que integran la Comunidad de Estados Independientes (CEI) y cuentan con sistemas similares de protección social. En su estado actual, dicho modelo podría necesitar ser revisado una vez que la reforma del sistema de pensiones en curso haya tomado su forma final, tanto en la Federación de Rusia como en los otros países.

En años recientes, la tasa de transmisión del VIH en la Federación de Rusia ha sido excepcionalmente elevada. Hacia fines de 1998, se había comunicado la existencia de 11.000 casos, pero a mediados del 2002 se hablaba ya de 200.000 casos. Casi el 90 por ciento de los contagios se había producido a través de las agujas hipodérmicas que se usan para inyectar drogas. Aunque el número de seropositivos es pequeño en relación con el de muchos otros países, el ritmo con que aumenta el contagio es uno de los más elevados del mundo.

Teniendo en cuenta lo discutido en un grupo de trabajo tripartito sobre el VIH/SIDA, el equipo de investigadores elaboró un modelo destinado a evaluar el impacto del VIH/SIDA en:

- la población en general y la población económicamente activa en particular
- la sostenibilidad financiera del fondo de pensiones
- el costo a corto plazo de las prestaciones por discapacidad
- los gastos vinculados con el despistaje del VIH y los tratamientos suministrados a las personas con VIH/SIDA
- el nivel de productividad y, por ende, el volumen del producto interno (PIB)

El equipo calculó las probabilidades de contagio en función de la edad y el sexo, sobre la base de datos para el período 2000 – 2002 proporcionados por el Centro SIDA de la Federación de Rusia. La distribución resultante se ajustó para tener en cuenta los casos no declarados. El modelo utilizado para estimar los costos sociales y económicos se basó en las siguientes observaciones y supuestos:

- el número oficial de seropositivos y de enfermos de SIDA en 2003;
- la probabilidad de contagio con el VIH, desglosada por sexo y edad;
- la probabilidad de deceso, en ausencia de tratamiento, después de los primeros síntomas de SIDA;
- el costo anual de las terapias antiretrovirales;
- el costo de los exámenes médicos en las diferentes etapas de la progresión del VIH/SIDA;
- el promedio de días pagados en caso de incapacidad laboral de corta duración;
- la reducción de la capacidad de trabajo;
- el número estimado de pensionados y de personas con licencias médicas prolongadas (el modelo permite considerar como discapacitado a una persona según los síntomas que desarrolle), y el número de personas que reciben prestaciones de orfandad o viudedad.

Se consideraron tres situaciones hipotéticas futuras, en función del sexo y de la edad: una en que la probabilidad de contagiarse con el VIH permanece constante, otra en que ésta aumenta y otra en que ésta declina. Una cuarta situación hipotética se basaba

en el supuesto de que el contagio ocurriera a edades más avanzadas y no fuera causado por agujas hipodérmicas sino por transmisión heterosexual. En una quinta situación hipotética, se consideró como saturado el grupo de alto riesgo (un millón de personas) constituido por drogadictos que utilizan agujas hipodérmicas y se examinaron las consecuencias. En este último caso se compararon los datos de una proyección hasta 2050, en ausencia del VIH/SIDA, con una proyección en presencia del VIH/SIDA. La comparación de esos resultados permite establecer lo siguiente:

- en las primeras cuatro situaciones hipotéticas, se anticipa que el número de seropositivos pasará de 640.000 en 2006 a 700.000 en 2008. En la situación hipotética en que se prevé la saturación, se calcula que el número de seropositivos será de 1,2 millones en 2008;
- el número de casos de SIDA adquirirá valores máximos que oscilará entre 255.000 y 259.000 en 2011 - 2012 en las cuatro situaciones hipotéticas. En la quinta, el número de casos se elevará a 385.000 en 2010;
- en las cuatro primeras situaciones hipotéticas, se calcula que el costo de la atención de la salud representará el 0,25 o el 0,26 por ciento del PIB en 2010 - 2012; en la última, en cambio, se calcula que en 2011 ese costo representará el 0,43 por ciento del PIB;
- hacia 2050 se calcula que la fuerza de trabajo habrá disminuido entre un 1,4 y un 3,0 por ciento en las primeras tres situaciones hipotéticas, pero en un 5,4 por ciento en la última;
- hacia 2050 se calcula que el número de personas que reciben pensiones habrá disminuido entre un 1,4 y un 4 por ciento;
- la tasa de sustitución en el régimen de pensiones financiado mediante cotizaciones se reducirá también entre un 1,4 y un 4 por ciento;
- se calcula que entre 2010 y 2015 el número de personas que recibirán prestaciones por incapacidad laboral o de supervivencia se habrá incrementado en un 4 por ciento en las cuatro primeras situaciones hipotéticas y entre 7 y 8 por ciento en la quinta;
- el costo de las prestaciones por incapacidad laboral de corto plazo aumentará como máximo un 7 por ciento entre 2005 y 2010 en las cuatro primeras situaciones hipotéticas, pero entre 11 y 12 por ciento en la quinta, en el período 2005 -2015.

Aunque la intervención de numerosos factores hace difícil prever el curso que tomará la pandemia del VIH/SIDA, es importante permanecer alerta para detectar las tendencias emergentes y los nuevos elementos que pueden influir dicho curso. Entre éstos, cabe tener en cuenta los cambios en la estructura de los grupos más expuestos a riesgos, la aplicación de importantes medidas de control de la pandemia, y la mayor o menor facilidad o la dificultad de acceso al tratamiento. En consecuencia, el modelo debe actualizarse para que sus aplicaciones sigan siendo pertinentes. Los resultados del seguimiento que esto supone ya están disponibles para los especialistas en VIH/SIDA como también para los gobiernos, los sindicatos, las organizaciones de empleadores y las organizaciones no gubernamentales. El citado modelo puede contribuir así a crear un consenso sobre la necesidad de adoptar decisiones apropiadas y hacer las correcciones que corresponda. Puede también servir para evaluar la eficacia de las intervenciones en materia de prevención y la de las campañas de amplio alcance destinadas para inducir cambios en el comportamiento de los jóvenes, así como para promover la utilización del preservativo y los tratamientos. Como las proyecciones no son exhaustivas, el modelo puede ser completado con módulos adicionales, según proceda (consúltase Misikhina y al. 2004)



Capítulo 6. La respuesta al VIH/SIDA en el mundo del trabajo

En junio de 2001, 189 Jefes de Estado suscribieron la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA mediante la cual se comprometieron a:

“Para 2003, establecer un marco jurídico y normativo nacional que proteja en el lugar de trabajo los derechos y la dignidad de las personas que viven con el VIH/SIDA o afectadas por éste y las que corren el mayor riesgo de infección, en consulta con representantes de los empleadores y los trabajadores y teniendo en cuenta las directrices internacionales establecidas en relación con el VIH/SIDA en el lugar de trabajo ” (§69).

Naciones Unidas, 2001

El Programa de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo

La polifacética respuesta al VIH/SIDA tuvo su origen en la 88.^a reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo de junio de 2000. En esa oportunidad la Conferencia adoptó una Resolución en la que se pedía al Director General de la Organización que ampliara la capacidad de respuesta de la Organización frente a la pandemia. A raíz de ello se creó, en noviembre de 2000, el Programa sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo (OIT/SIDA). El Director General insistió en que todos los programas y unidades buscaran la manera de incorporar las cuestiones relativas al VIH/SIDA en sus actividades corrientes a fin de asegurar que los enfoques utilizados fuesen integrales y abordaran las múltiples facetas de la pandemia.

El programa OIT/SIDA persigue fortalecer la capacidad de los mandantes tripartitos de la Organización para elaborar políticas y programas, destinados a ser aplicados en los lugares de trabajo, que persiguen tres objetivos generales, a saber, prevenir la transmisión del VIH, reducir el impacto de la pandemia entre los trabajadores, sus familias y la comunidad en general, y asegurar el respeto de los derechos humanos.

La OIT se ha empeñado en conseguir que los gobiernos, los empleadores y los trabajadores en todo el mundo realicen acciones comunes tendientes a mejorar la protección social y las condiciones de vida y de trabajo, en particular, a través del programa por el Trabajo Decente. Frente a la pandemia del VIH/SIDA, la OIT decidió actuar reconociendo la amenaza que

ésta representaba para la salud, los derechos y los medios de vida de sus mandantes y el desarrollo sostenible. La OIT ha reconocido igualmente el potencial que ofrece el lugar de trabajo para la realización de actividades de prevención del contagio y para mitigar los efectos de la pandemia.

Los objetivos específicos del Programa de la OIT sobre el VIH/SIDA son los siguientes:

- aumentar el conocimiento y la comprensión de las consecuencias económicas, laborales y sociales del VIH/SIDA;
- movilizar la voluntad y los recursos de sus mandantes con este fin en los ámbitos local, nacional e internacional;
- orientar los programas nacionales sobre el VIH/SIDA cerciorándose de que incluyan al mundo del trabajo y se opongan a todo tipo de discriminación, y asesorar a los gobiernos en materia de reforma de la legislación laboral, y
- fortalecer la capacidad de los gobiernos, los empleadores y los trabajadores para elaborar políticas y programas sobre el VIH/SIDA y aplicarlos en los lugares de trabajo.

El programa comprende actividades de investigación y análisis de políticas, acciones de información y sensibilización, servicios de asesoramiento, orientación y formación en materia de formulación de políticas, el establecimiento de asociaciones en los planos nacional e internacional con énfasis en la colaboración en materia de cooperación técnica, así como la identificación y la difusión de las buenas prácticas nacionales. La mayor disponibilidad y accesibilidad de las terapias antiretrovirales, junto con la mayor concienciación sobre el costo económico que representa la pérdida de capital humano, han propiciado la inclusión de elementos como asistencia, tratamientos y protección social en los programas aplicables en el lugar de trabajo.

El Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo

El citado repertorio se elaboró previa consulta con representantes de los gobiernos, los

El Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo (2001)

Los diez principios sobre los que se asientan estas directrices internacionalmente reconocidas son los siguientes:

1. El VIH/SIDA se reconoce como un problema en el ámbito laboral.
2. Los trabajadores real o supuestamente afectados por el VIH no deben ser objeto de discriminación alguna.
3. Es imprescindible corregir la desigualdad de oportunidades y de trato entre hombres y mujeres. Ello es vital para prevenir la transmisión del VIH y para una mejor gestión de sus consecuencias.
4. Un entorno laboral que no presente riesgos para la salud disminuye el riesgo de contagio y permite a los trabajadores seropositivos seguir desempeñando sus funciones.
5. El diálogo social desempeña un papel porque las políticas se aplican mejor si existe un clima de cooperación y confianza entre empleadores, trabajadores y gobiernos.
6. No deben aceptarse las pruebas de detección del VIH si éstas se utilizan para excluir a los trabajadores del trabajo y de las actividades laborales.
7. Debe respetarse el carácter confidencial de los datos personales de los trabajadores.
8. No debe ponerse término a la relación de trabajo mientras el trabajador sea médicamente apto para seguir cumpliendo sus funciones.
9. La prevención debe contemplar la información, la educación y la consideración de los factores económicos y sociales.
10. La asistencia y el apoyo a los seropositivos deben incluir el acceso a la seguridad social, a las prestaciones profesionales y a unos servicios de salud asequibles.

empleadores y los trabajadores de todas las regiones. Dicha labor culminó con la realización de una reunión tripartita de expertos que puso punto final a la obra, la cual fue adoptada por el Consejo de Administración de la OIT en junio de 2001. Ese mismo mes fue considerado y refrendado por la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, en su 26.º período extraordinario de reuniones, celebrado en Nueva York. El repertorio establece los principios fundamentales que deben orientar la formulación de unas políticas y directrices prácticas que den lugar a respuestas concretas frente al VIH/SIDA en los planos de la empresa, la comunidad y la nación. Promueve la utilización de un enfoque integral en los programas aplicables en los lugares de trabajo, que incluya:

- el respeto de los derechos de los trabajadores, incluida la protección del empleo, la igualdad de oportunidades y de trato entre hombres y mujeres, el derecho a prestaciones y la ausencia de discriminación;
- la realización de actividades de prevención, el establecimiento de programas que consideren atenta y específicamente la situación de la mujer, y acciones

concretas para promover cambios en los comportamientos;

- la provisión de asistencia y apoyo, incluido un acondicionamiento razonable del trabajo, el acceso a prestaciones, la oferta de pruebas de despistaje voluntario y de asesoramiento y el suministro de tratamientos donde los servicios locales de salud sean inadecuados.

Como complemento y para facilitar la aplicación del Repertorio, la OIT ha elaborado un manual de capacitación titulado *Aplicación de las recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo*. Este manual sirve de documento de referencia y contiene directrices, estudios de caso y actividades prácticas destinadas a ayudar a sus usuarios a tener en cuenta el contenido del repertorio a la hora de establecer los planes estratégicos nacionales y las políticas y programas aplicables en el lugar de trabajo. En todas las regiones se están utilizando conjuntamente el repertorio y su manual de aplicación, con el fin de desarrollar las cualificaciones y la capacidad institucional necesarias en este ámbito, en beneficio de los mandantes de la OIT.

El VIH/SIDA y el mundo del trabajo: reformar la legislación para que se cumpla

Una legislación progresista, resultante de enmiendas o de nuevas leyes, puede desempeñar un papel importante en la mitigación del impacto del VIH/SIDA en el lugar de trabajo. *El Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo* orienta la evolución o la reforma de la legislación vigente con el fin de paliar los efectos adversos de la pandemia. Señala que, para eliminar la discriminación y promover acciones en el lugar de trabajo, los gobiernos, junto con los interlocutores sociales, deberían proporcionar un marco normativo pertinente y, donde sea necesario, propiciar la revisión de la legislación, tanto la laboral como la que rige otros ámbitos.¹ Recientemente varios países han revisado su legislación o han adoptado nuevas leyes que abordan específicamente cuestiones relativas al VIH/SIDA y el empleo. En algunos, especialmente en los que rige el derecho consuetudinario, los tribunales se han basado en las disposiciones relativas a los derechos humanos contenidas en la legislación (especialmente en las constituciones) para otorgar protección a las personas seropositivas y a los que viven junto a ellas, cuyas vidas modifica tanto el VIH/SIDA.² Varias medidas de orden jurídico pueden utilizarse para responder al VIH/SIDA en el mundo del trabajo, entre ellas, las leyes que se aplican específicamente al VIH/SIDA, las leyes laborales, la legislación sobre los derechos humanos y la no discriminación, así como las leyes que rigen la incapacidad laboral y los regímenes de seguros.³

Una legislación que aborde específicamente el VIH/SIDA lo hará desde una perspectiva integral con énfasis en la coordinación.⁴ Por ejemplo, la ley camboyana sobre prevención y control del VIH/SIDA abarca la educación, la información y la difusión de prácticas y procedimientos seguros que impidan la transmisión del VIH/SIDA en el lugar de trabajo, prohíbe las pruebas de detección del VIH antes de decidir una contratación, abarca los servicios de salud y apoyo, cuestiones ligadas a la no discriminación y la protección de la vida privada como también cuestiones relacionadas con la asignación de los recursos presupuestarios. Y, lo que es más interesante, impone a todas las instituciones y empresas la obligación de colaborar con las autoridades nacionales encargadas del VIH/SIDA en la elaboración de los planes y programas de educación y prevención aplicables en el lugar de trabajo. Como el conjunto de sus disposiciones está contenido en un documento

único, resulta más fácil comprender la amplitud de la protección ofrecida. Por lo general, las leyes sobre el VIH/SIDA pueden ser bastante detalladas e incluir la definición de cuestiones fundamentales, que, por ende, no quedan sujetas a la interpretación de los tribunales.

La legislación del trabajo se utiliza ampliamente tanto para regular las relaciones entre empleadores y trabajadores como para establecer el marco en el que trabajadores y empleadores definen dichas relaciones, a través de patrones de interacción colectivos como la negociación colectiva. La legislación del trabajo permite recordar y garantizar el respeto de los principios y derechos fundamentales en el trabajo, campo expuesto a tanta discriminación. Un número creciente de países, especialmente en África y el Caribe, ha incluido en dicha legislación disposiciones que prohíben la discriminación y la obligatoriedad de las pruebas de detección del VIH previas a una contratación.⁵ Otros han adoptado una legislación o códigos de conducta centrados específicamente en el VIH/SIDA y el empleo.⁶ Los convenios colectivos también se han utilizado para proteger los derechos de los trabajadores apoyando la adopción por las empresas de políticas en materia de VIH/SIDA.⁷

La legislación antidiscriminación y sobre los derechos humanos persigue específicamente asegurar la protección de los derechos y libertades fundamentales. Las reclamaciones que se presentan en virtud de esta legislación suelen hacerse ante tribunales especializados. La legislación en cuestión no está especialmente orientada a castigar a quienes realicen actos prohibidos sino más bien a educar, imponiendo sanciones destinadas a reparar plenamente los perjuicios ocasionados por la violación de un derecho. Fuera del pago de una indemnización y de la reincorporación al empleo, puede obtenerse la aplicación de sanciones innovadoras orientadas a corregir la situación, tales como la educación en materia de no discriminación. Por ejemplo, en Rumania, el Reglamento de Emergencia núm. 137/2000 sobre la prohibición y sanción de toda forma de discriminación, prohíbe la discriminación de los seropositivos en el empleo⁸ e impone medidas destinadas a eliminarla.⁹

Las leyes sobre la discapacidad están destinadas a proteger a las personas concernidas contra la discriminación, a asegurarles la igualdad de trato y a facilitarles la integración en la sociedad en la mayor medida posible. Dichas leyes suelen contemplar disposiciones detalladas sobre la obligación de los empleadores de acomodar como corresponda el lugar de



Transporte de troncos sobre largas distancias

trabajo (espacio de trabajo, tareas y horarios) para que las personas discapacitadas puedan seguir trabajando el mayor tiempo posible. Tales leyes pueden resultar de gran utilidad para proteger a las personas seropositivas aún capaces de trabajar.¹⁰ No obstante, la protección acordada por esta legislación a los seropositivos que no manifiestan síntomas de enfermedad es menos evidente y depende de la definición de discapacidad contenida en la ley y de la interpretación que le den los tribunales.¹¹

La exclusión de los seropositivos de los regímenes de seguros de vida y de salud, ya sea porque no se les considera con derecho a participar en ellos o porque se les excluye de los mismos, es moneda corriente en todo el mundo. Una manera indirecta de excluirlos consiste en exigirles unas primas tan elevadas que les resulte imposible pagarlas, medida que también se practica. Muchas personas que viven con el VIH y sus familiares se encuentran sin protección cuando más la necesitan. Muchos gobiernos están luchando para elaborar políticas que reduzcan la exclusión y aseguren a la vez la sostenibilidad del sector de los seguros. En Sudáfrica, la Ley núm. 131, de 1998, sobre regímenes médicos¹² prevé que en los planes de atención médica que se hayan suscrito no se debe discriminar a las personas por ser seropositivas.¹³

Todos los instrumentos legales aludidos muestran que los marcos normativos pueden utilizarse para eliminar la discriminación de los seropositivos y fomentar la prevención en el lugar de trabajo y asegurar medidas de protección social. La utilización de ese tipo de instrumentos no impide que se recurra a otros, por el contrario. Las diferentes disposiciones referentes al VIH/SIDA pueden incorporarse en la legislación laboral y en las legislaciones relativas a la discapacidad, la no discriminación y los derechos humanos.¹⁴ Este

enfoque polifacético asegura que cada tema quede abarcado por el instrumento pertinente. Corresponde a cada Estado entonces elegir el marco normativo que refleje con propiedad las consideraciones sobre las que ha habido acuerdo entre los interlocutores sociales y otras partes interesadas, acuerdo que se habrá obtenido tras consultarles oportunamente, en los planos nacional y regional.

El sector del transporte en Sudáfrica: elaboración de una política nacional en Zimbabwe

En la medida en que los trabajadores del transporte (conductores de camiones y trenes, tripulación de aviones y barcos, entre otros) pasan largos períodos fuera de casa y lejos de su familia, el nivel de riesgo de contagiarse con el VIH resultante de su actividad sexual aleatoria es superior a la media. Ese mismo nivel de riesgo lo comparte toda la comunidad que jalona las carreteras por donde transitan, se concentra en los principales nodulos de carreteras y puertos y lo comparten también las comunidades de donde son originarios. Frente a esa situación, la OIT y SIDA/Suecia emprendieron un proyecto piloto de un año (2002 – 2003) en ocho países de la Comunidad para el Desarrollo de África Austral (Southern African Development Community, SADC), a saber, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia y Zimbabwe. Este proyecto apunta a ayudar a los interlocutores sociales y a determinadas partes, consideradas clave, a establecer coordinadamente unas estrategias nacionales susceptibles de armonización en el plano de la subregión, aplicables a todo tipo de transporte e instalaciones colaterales, con el objeto de reducir la transmisión del VIH entre los trabajadores del transporte y sus familias y de mitigar el impacto del VIH/SIDA en el sector.

¹⁻¹⁴ See Technical notes

Dicho proyecto se inició en Zimbabwe en septiembre de 2002 con ocasión de la celebración de un taller nacional que congregó a los mandantes de la OIT, actores clave del sector del transporte, representantes de organismos de las Naciones Unidas y otros actores nacionales interesados en cuestiones de desarrollo. El objetivo de este taller era informar y sensibilizar acerca del proyecto y obtener la participación de todas las partes interesadas. Luego se creó un Comité Asesor del Proyecto (CAP) y se evaluó el impacto del VIH/SIDA en el sector así como el contenido de las leyes y políticas pertinentes. Asimismo, se realizó un estudio para determinar los conocimientos, las actitudes y las prácticas en materia de VIH/SIDA, con el objeto de contar con datos básicos que permitieran hacer un seguimiento y evaluar los resultados del proyecto.

Se calcula en 30.000 los trabajadores que se ganan la vida en los caminos y vías fluviales en Zimbabwe (dicha cifra incluye los conductores de taxis y transportistas de zonas urbanas y rurales). Cerca de 9.500 trabajan en ferrocarriles. Si se consideran sus dependientes, las personas en riesgo totalizan unas 38.000. El transporte aéreo abarca cerca de 1.500 personas. Se calcula que esta cifra es inferior a la real porque muchas pequeñas empresas, regionales o privadas, no declaran a todo el personal que emplean. Incluso un número total de unos 100.000 trabajadores del sector del transporte no parece representar la realidad, si se considera que la población activa total del país es de 7 millones de personas (véase el cuadro principal 1). No obstante, los resultados del estudio nacional confirman que, debido a la importancia y al alcance del sector del transporte, su personal es particularmente vulnerable debido a la prevalencia de conductas arriesgadas. Por ejemplo, más del 25 por ciento de los trabajadores del transporte aéreo declararon haber tenido relaciones sexuales con múltiples parejas el año precedente. Uno de diez encuestados declaró que su más reciente relación sexual no había sido con su cónyuge. Cerca de un tercio de los encuestados dijo padecer de una enfermedad de transmisión sexual.

Sobre la base de los datos recogidos se organizó un taller destinado a redactar un proyecto de política en la materia y a definir las estrategias para la aplicación de dicha política. A este taller le siguió una reunión consultiva en la que las partes interesadas revisaron y adoptaron el proyecto de política. El proceso tuvo como resultado la elaboración de una política nacional para todo el sector del transporte. Actualmente, el proyecto está enfocado en la creación de capacidad en los subsectores clave, lo cual

comprende la formación del personal para que adquiera las cualificaciones que les permitan elaborar propuestas relativas a la movilización de recursos y encargarse de la gestión del programa. El subsector del transporte por tierra ha conseguido desde entonces obtener recursos para aplicar su programa.

El proyecto de política en cuestión fue presentado *a la consideración* del Comité ministerial encargado de los servicios sociales, formalidad exigida por el procedimiento, antes de su presentación al Parlamento de Zimbabwe, habida cuenta que se elaboró en el marco de la política nacional sobre el VIH/SIDA. En mayo de 2004 dicha política fue aprobada por el comité parlamentario correspondiente y se pidió a la OIT que redactase el prefacio de la misma.

Las modalidades de operación y de procedimiento contempladas en el proyecto y que redundaron en una aplicación eficaz del programa incluyen los siguiente elementos:

- el hecho de que el Ministro del Trabajo abriera oficialmente el taller en el que participaron cerca de 60 personas con responsabilidades en el sector del transporte –lo que fue comentado extensamente por los medios de comunicación– dio un apoyo al proyecto al más alto nivel;
- la participación de los mandantes tripartitos de la OIT y de otras partes interesadas contribuyó enormemente al éxito del proyecto. Todas las partes adoptaron los principios contenidos en el *Repertorio de recomendaciones prácticas sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo* como elementos de referencia y orientación para elaborar la política, así como los principios contenidos en el *Código sobre el VIH/SIDA y el empleo, de la Comunidad para el Desarrollo de África Austral*;
- la coordinación y la gestión del proyecto se vio facilitada por la consulta permanente y unas decisiones adoptadas con el concurso de las partes. Se apoyó eficazmente a los interlocutores sociales para que elaboraran un amplio plan de acción contra el VIH/SIDA en el mundo del trabajo, que se tradujo en la elaboración de una política sectorial y de unas directrices concretas para llevar a cabo las intervenciones en los diversos subsectores;
- el proyecto se asentó en una evaluación nacional que permitió contar con información pertinente. Sobre esta base se pudo elaborar la política, determinar

rápida­mente las intervenciones necesarias y elaborar estrategias que evitan los escollos con que suelen tropezar las intervenciones recomendadas, a fin de asegurar su sostenibilidad. Se identificaron también los aliados potenciales, los sitios donde convenía intervenir y otras oportunidades de acción.

El proceso de elaboración de política aplicado para el sector del transporte de Zimbabwe sirve ahora como modelo para otros sectores como el de la minería y el sector público, donde, con la asesoría de la OIT, se han elaborado proyectos de política sobre el VIH/SIDA. La política elaborada en Zimbabwe contribuyó también a dar un nuevo impulso al proyecto subregional en su conjunto.

La India combate el estigma y la discriminación asociadas al VIH/SIDA

El estigma (o marca vergonzante) le es impuesto a una persona por otras con el fin de desacreditarla o desvalorizarla. Llevar un estigma permite a quienes no lo llevan pensar que no corren el mismo riesgo y pueden evitar recibir el trato que recibe la persona estigmatizada. El estigma suele ser producto del miedo y se construye sobre alguna desigualdad existente o que contribuye a reforzar. En el contexto del VIH/SIDA, la estigmatización es tremendamente dañina. Promueve falsas creencias tanto en la persona estigmatizada como en la que la estigmatiza. Esta última no reconoce que está en peligro y, sobre la base de esa ilusión, no busca informarse acerca de cómo prevenir la enfermedad, no cambia su comportamiento peligroso, evita someterse a pruebas de detección y no ayuda a las personas con VIH/SIDA. Por otra parte, las personas objeto de estigma ven disminuir el respeto que se deben a sí mismas, se sienten inseguras, se inhiben, no buscan la manera de defenderse y por último tienden a retirarse. En la población en su conjunto, es enorme la reticencia a someterse a la prueba de detección del VIH, por miedo al estigma, a ser catalogado e identificado como seropositivo, incluso si se tiene acceso a las terapias antiretrovirales. Por esa razón, queda sin explotar un gran potencial en materia de comportamiento preventivo y personas enfermas continúan sin tratamiento. Así, el estigma constituye un acicate para la discriminación, la cual a su vez conlleva la violación de los derechos humanos, incluido el derecho a no ser discriminado, al respeto de la vida privada y a gozar de la protección de la seguridad social.

El estigma y la discriminación persisten en cierto grado en todo el mundo y el nivel alcanzado en la India, donde casi 5 millones

de personas viven con el VIH/SIDA, quizás no sea inferior ni superior al que impera en otras partes. En este país, varias organizaciones de seropositivos han decidido recientemente hacer frente a la cuestión y han producido una importante cantidad de documentos relativos a la extensión del estigma y la discriminación de que son objeto las personas que viven con el VIH en el mundo del trabajo.

Cuatro organizaciones de personas seropositivas (las Redes de personas seropositivas de Delhi, Manipur, Maharastra y del sur de la India) realizaron un estudio que financió la OIT. Éste reveló que, entre las personas encuestadas, un tercio (29 por ciento) estaba sin trabajo fundamentalmente a causa de su mala salud, un tercio (38 por ciento) trabajaba pero hasta la fecha había ocultado su seropositividad a su empleador por temor al despido, y otro tercio seguía trabajando después de haber comunicado su estado a su empleador (33 por ciento). De estos últimos, el 74 por ciento dijo recibir efectivamente algún tipo de ayuda (principalmente para sus gastos médicos) de parte de su empleador. Del resto de los trabajadores, un 6 por ciento comunicó ser objeto de franca discriminación, un 33 por ciento no había recibido prestación alguna, a un 25 por ciento se les había negado un ascenso y un 25 por ciento fue obligado a jubilarse anticipadamente. Cerca del 12 por ciento de los encuestados cambiaron de trabajo a causa de su mala salud, al pedirles que se retiraran o porque los despidieron. Otra de las razones que los había inducido a cambiar de trabajo era la estigmatización y el rechazo de que eran objeto por parte de los demás trabajadores. Algunos habían pedido frecuentemente licencias médicas y cerca de un 20 por ciento indicó que, debido a los días de trabajo perdidos, su ingreso había disminuido.

Para hacer frente a la disminución de sus ingresos y al costo de la atención médica, los encuestados indicaron que habían vendido algunos bienes, se habían endeudado mucho y habían modificado radicalmente sus patrones de consumo. Algunos simplemente dejaron de comprar sus medicamentos. Uno de los resultados más dramáticos fue que el gasto en la educación de sus hijos se redujo en un 80 por ciento y muchos niños fueron sacados de la escuela. Un 35 por ciento de los hijos de los encuestados no satisfacían sus necesidades esenciales y un 17 por ciento había comenzado a trabajar para ayudar a sostener a la familia. Aun así, y pese a tales sacrificios, sólo un 18 por ciento de los encuestados señaló que tenía suficientes recursos para beneficiarse de la terapia antiretroviral.

Llevando en mente el objetivo del trabajo decente y el respeto de los derechos humanos y de la dignidad de las personas afectadas por el VIH/SIDA, no debería discriminarse a los trabajadores sobre la base de su estado, real o supuesto, de seropositivo. La discriminación y la estigmatización de las personas que viven con el VIH restan energías a la acción preventiva que se podría emprender.

(§ 4.2. Ausencia de discriminación)

OIT, 2001

El estigma y la discriminación persisten en cierto grado en todo el mundo. El nivel alcanzado en la India, donde casi 5 millones de personas viven con el VIH/SIDA, quizás no sea superior ni inferior al que impera en otras partes.



Paciente recibiendo información sobre su tratamiento en India

Cozai M./OIT

Otro estudio destinado a documentar la violación de los derechos humanos lo llevó a cabo la Red de seropositivos de la región de Asia y el Pacífico, con resultados similares a los señalados en la India. Cerca del 8 por ciento de los encuestados informó haber sido objeto de franca discriminación por parte de su empleador y un 7 por ciento perdió su empleo cuando se conoció su seropositividad. La discriminación había cobrado además nuevas formas: un 24 por ciento de los encuestados no fue ascendido, a un 24 por ciento se le pidió que se jubilara anticipadamente y un 33 por ciento no siguió desempeñando las mismas funciones. Un 12 por ciento señaló además padecer discriminación por parte de sus colegas; un 6 por ciento indicó haber sido objeto de acoso o haber experimentado dificultades en su trabajo.

Este último estudio reveló también casos de discriminación por parte del personal de los servicios de salud: un 30 por ciento de los encuestados lo señaló así, más del 21 por ciento indicó que un trabajador de la salud se había negado a atenderlo y un 20 por ciento indicó que había tenido que esperar mucho tiempo antes de que se le atendiera debido a su estado de seropositivo. Es interesante destacar también que cerca de un 7 por ciento indicó que un trabajador de la salud le había comunicado que *no* se le iba a atender. Estos resultados muestran cuánto pesa el estigma, no sólo en los diversos lugares de trabajo de la India, sino también en los servicios de salud donde los trabajadores enfermos esperan encontrar cuidados, tratamiento y apoyo.

En el primer estudio, la actitud de los empleadores es alentadora, pues éstos proporcionaron apoyo a los trabajadores que

habían revelado su seropositividad, pagaron sus gastos médicos y les otorgaron licencia pagada de enfermedad. Los encuestados indicaron también que el apoyo moral de parte del empleador representó para ellos una gran ayuda. Debe destacarse sin embargo que esos empleadores comprensivos se encontraban en zonas donde las ONG y otros institutos trabajaban activamente en el ámbito del VIH/SIDA (un 39 por ciento de los encuestados trabajaba en el sector público o para una ONG), por lo que se mostraron sensibles a las necesidades de los trabajadores. No obstante, no existen razones para pensar que otros empleadores no puedan mostrarse igualmente comprensivos a la hora de ayudar a los trabajadores que viven con el VIH/SIDA.

Varias de las iniciativas lanzadas en la India están destinadas a combatir la estigmatización y a prevenir o paliar los efectos de la discriminación. La OIT, en consulta con sus mandantes tripartitos y la Organización Nacional para el Control del SIDA, ha desarrollado en la India un programa que impulsa la acción tripartita en la prevención del VIH/SIDA y en la provisión de asistencia y apoyo a estos enfermos en el mundo del trabajo. Dicho programa, financiado por el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, persigue dos objetivos generales, a saber, reducir los comportamientos peligrosos mediante una formación participativa y un apoyo práctico, y luchar contra la estigmatización y la discriminación.

Otro ejemplo que cabe citar a este respecto es la iniciativa titulada Colectivo de Abogados (Lawyer's Collective), grupo que se creó en 1981 para proporcionar asistencia jurídica a los grupos marginales en sus litigios

de interés público. El Colectivo defendió con éxito los derechos de los trabajadores que fueron despedidos cuando se conoció su seropositividad, consiguiendo que se aceptara la cláusula denominada “de la supresión de la identidad” en este tipo de litigios. Ello significa que las personas pueden presentar demandas ante los tribunales utilizando un seudónimo para evitar el estigma y la discriminación. Lo importante es que el citado Colectivo ganó un juicio contra un hospital por no haber respetado la cláusula de confidencialidad y haber revelado la seropositividad de un paciente a su empleador. Éste es un problema de particular interés en la India. En el estudio donde se documentan casos de violación de los derechos humanos, cerca de un tercio de los encuestados (29 por ciento) indicó que alguien había dado a conocer su seropositividad sin su consentimiento. Más aún, en casi la mitad de los casos (49 por ciento), quien comunicó el hecho no fue el cónyuge u otro miembro de la familia del afectado, sino un trabajador de la salud, un colega, un amigo, un vecino o un funcionario público.

Otra manera de abordar la cuestión del estigma y la discriminación es conseguir que los líderes de la comunidad propicien debates serenos sobre temas que tradicionalmente se consideran tabú. En la empresa Tata Iron and Steel Company Ltd. se creó un “grupo de señoras” encargado de sensibilizar a la opinión sobre el VIH/SIDA. Constituido por las esposas de los principales ejecutivos de la firma, este grupo consiguió llegar hasta las mujeres de grupos marginales y comprometerlas con la causa, venciendo las barreras de comunicación y superando las inhibiciones culturales.

El proyecto Sonagachi se propuso capacitar a las prostitutas para que convenzan a sus clientes de utilizar preservativos a fin de disminuir el riesgo al que están expuestas, el cual se ve agravado por el estigma asociado al trabajo que realizan y a su bajo estatus. El proyecto se inició en una zona que contaba 370 burdeles donde trabajaban y vivían 4.000 prostitutas. Al comenzar el proyecto, una mayoría de ellas eran analfabetas y nunca habían utilizado un preservativo. El proyecto no sólo les impartió cursos de lectura y escritura, les informó sobre sus derechos y sobre los servicios de salud, sino que además capacitó a educadoras de pares para enseñarles a tener prácticas sexuales seguras y a utilizar preservativos. Además, se les facilitó el acceso a los programas de asistencia social y económica, a los planes de ahorro y crédito y a las estructuras de puericultura. El éxito del programa se ha podido apreciar a través de una disminución de la tasa de enfermedades de

transmisión sexual, que pueden actuar como factores de riesgo del VIH, así como un alza neta en la utilización de preservativos.

Iniciativas en el lugar de trabajo en Tailandia: de ser trabajador migrante pasar a pagar las primas de un seguro de vida

El primer caso de VIH/SIDA comunicado en Tailandia data de 1984, país donde este flagelo se extendió con rapidez. La respuesta por parte del gobierno fue también rápida y los programas nacionales de prevención contribuyeron a frenar la transmisión del VIH haciendo bajar en un 80 por ciento el número de nuevos contagios en 10 años (de 143.000 en 1991 se pasó a 29.000 en 2001).

En 1991, el VIH/SIDA se instituyó como la prioridad número uno en el Ministerio de Salud y el estado de la campaña de prevención del VIH/SIDA figuraba de oficio en el programa de trabajo del Primer Ministro. Además de multiplicarse por veinte el presupuesto del ministerio, se organizaron una campaña masiva de información al público y un programa para alentar la utilización de preservativos “el cien por ciento de las veces”. A este intenso esfuerzo se puede decir que se debe la utilización creciente del preservativo, así como la disminución de las enfermedades de transmisión sexual, corolario de una notable reducción de la tasa de contagio del VIH. No obstante, la pandemia y su impacto distan de haberse terminado. La OIT calcula que más del 1 por ciento del total de la población en edad de trabajar (15 – 64 años), o sea, más de 500.000 personas, son seropositivas. Por su parte, ONUSIDA calcula que son 290.000 los huérfanos menores de 18 años atribuibles al VIH/SIDA (véanse los cuadros principales 1 y 5).

En Tailandia ha comenzado a ponerse en práctica en el lugar de trabajo una amplia gama de programas innovadores. Uno de ellos persigue alentar la utilización de preservativos entre las trabajadoras fabriles del norte del país. Muchas de estas mujeres pensaban que la transmisión del VIH sólo concernía a las relaciones sexuales remuneradas pero no a las “románticas”. Temían también que si planteaban o exigían la utilización de preservativos se las juzgara mal. Se trabajó esta percepción de la situación con educadoras, a fin de aclarar la importancia que revestía la utilización de preservativos en vista del riesgo de transmisión del VIH y se les enseñó cómo conseguir que sus parejas accedieran a esta petición. Se distribuyó preservativos en el lugar



110

Trabajadoras que cosen en Tailandia

de trabajo en vista de que, por ser migrantes, muchas no tenían acceso a los servicios de salud.

El riesgo de contagio con el VIH entre los trabajadores del transporte se reconoce ampliamente. La empresa Shell-Tailandia, que identificó a los centros de venta de gasolina como lugares de riesgo para los conductores de camiones que allí se detienen y son abordados por las trabajadoras del sexo, inició en 1997 con el apoyo de UNICEF el proyecto titulado Peer Education at the Pump (Educación por los pares en la gasolinera). Se formó y entrenó al personal de las gasolineras, en su mayoría jóvenes sexualmente activos, para que aconsejaran y educaran tanto a los conductores de camiones (generalmente hombres) como a los trabajadores del sexo (generalmente mujeres). La iniciativa tuvo éxito debido, entre otras razones, a que los consejeros eran gente joven, a que se hizo esfuerzos por mantener su motivación, a que se les proporcionó el material necesario y a que se les brindó apoyo permanentemente. Otras empresas distribuidoras de combustible han seguido el ejemplo y han puesto en práctica programas similares.

El organismo que lleva por nombre Organización para una respuesta armonizada al SIDA (AIDS-Response Standard Organisation, ASO), utiliza un sistema de certificación elaborado en el marco del proyecto Horizontes, del Consejo de Población y la Coalición de empresarios tailandeses contra el SIDA (Thailand Business Coalition on AIDS, TBCA), en colaboración con la Internacional Americana de Seguros (American International Assurance, AIA), la principal empresa de seguros de Tailandia. Este organismo se ha propuesto alentar el establecimiento de políticas sobre VIH/SIDA en los lugares de trabajo valiéndose de una rebaja (del 5 al 10 por ciento) de las primas a las empresas que contraten un seguro de vida. El sistema en cuestión da un certificado, reconocimiento público y estímulo financiero a las empresas que cumplen las normas en materia de prevención del VIH/SIDA y, en este marco, aceptan que se lleven a cabo intervenciones en el lugar de trabajo. La empresa que participa obtiene una bonificación mínima si no efectúa las pruebas de detección del VIH a quienes desean ingresar al sistema o a los trabajadores que emplea (la empresa sigue dando trabajo a los trabajadores seropositivos). Las empresas que adhieren pueden obtener descuentos de hasta un 10 por ciento en las primas si cumplen con todas las exigencias de una política moderna en materia de control del VIH/SIDA. Durante el primer año de funcionamiento adhirieron al programa 83.000 trabajadores a través de las 125 empresas en que trabajaban en los sectores industriales (71 empresas), de la hotelería y la restauración (30 empresas) y del sector de servicios (24 empresas).

El citado programa y varias otras iniciativas han sido emprendidos gracias al apoyo de la Coalición de empresarios tailandeses contra el SIDA. Otro ejemplo lo constituye la empresa Nike Inc. que también trabaja con el proyecto Horizontes, del Consejo de Población. El programa de educación para la prevención se centra en la formación y la educación de los compañeros de trabajo, el sometimiento voluntario a las pruebas de detección del VIH y al asesoramiento colateral ofrecido. Proporciona información y consultas a los trabajadores que ya trabajan en la empresa, un programa corto de orientación en materia de VIH/SIDA a los recién contratados, y pruebas de detección del VIH –sólo a petición del interesado y tras garantizarse a éste el carácter confidencial de la información. Los trabajadores seropositivos reciben un trato exento de discriminación y se les permite seguir trabajando mientras así lo indique el médico. Los directivos encargados de la gestión de los recursos humanos de todas



Crozet M./OIT

Reparación de un remolque

las fábricas Nike reciben formación sobre la política de la empresa en materia de VIH/SIDA.

Los programas en los lugares de trabajo tienen la gran ventaja de que se aplican directamente a los grupos de la población con mayor riesgo de contagio con el VIH. La experiencia de Tailandia revela que el lugar de trabajo ofrece grandes posibilidades para controlar el curso de la pandemia mediante programas concebidos para ser aplicados específicamente en ellos. Un importante paso adelante es la decisión de la Oficina Tailandesa de Seguridad Social de proporcionar, a partir de abril de 2004, terapia antiretroviral con medicamentos genéricos a todos los trabajadores seropositivos del sector privado.

Por otra parte, existen planes para extender la cobertura de los programas de control del VIH/SIDA en el lugar de trabajo. Dentro de esta óptica, está por terminarse un proyecto conjunto en que colaboran el Departamento del Trabajo, Protección y Bienestar; el Ministerio de Trabajo, la TBCA y la OIT, que ha permitido demostrar la utilidad de un enfoque integral en toda la provincia de Rayong. Dicho proyecto, en el que colaboran los sectores público y privado, ha recibido financiamiento del Fondo Mundial del Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, y ha permitido diseñar mecanismos y herramientas destinados a los programas que se aplican en los lugares de trabajo y pueden repetirse en otros ámbitos.

Sector informal: cambio en los comportamientos del personal y de los propietarios de talleres de mecánica en Ghana

En 2003 la tasa de prevalencia del VIH/SIDA en Ghana se estimaba en cerca del 3 por ciento de la población que tiene entre 15 y 64 años. La mayoría aplastante (90 por ciento) de los casos de SIDA notificados concierne a personas en edad de trabajar que constituyen el 58 por ciento de la población y el núcleo económico de la fuerza de trabajo. Se ha dicho que el sector privado y el desarrollo de la capacidad empresarial, especialmente en las empresas pequeñas, son elementos cruciales para impulsar el establecimiento de una economía de mercado. Pese a que los niveles de prevalencia del VIH/SIDA son muy inferiores a los de África austral y oriental, aunque comparables con los que se registran en África occidental, sus efectos ya se han hecho sentir en las empresas. Dichos efectos incluyen un mayor gasto en salud, ausentismo y el costo indirecto que representa la pérdida de personas con conocimientos técnicos que desempeñaban cargos directivos y de gestión en empresas nacionales. La economía informal, que proporciona entre el 70 y el 80 por ciento del empleo, está sometida a presiones considerables. La política nacional en materia de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, así como el Marco Estratégico establecido para el período 2002 –2005, prevén la elaboración de políticas integrales aplicables en el lugar de trabajo y el estímulo al sector privado para que desempeñe un papel a este respecto. Como respuesta a lo anterior y en el marco del Programa Internacional de Educación sobre VIH/SIDA en el lugar de trabajo, financiado

por el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos, la OIT encargó un estudio sobre la situación imperante en varios sectores. El estudio relativo a la economía informal se centró en el personal y los propietarios de talleres de mecánica. Se quería conocer lo que sabían acerca del VIH y del SIDA, si se daban cuenta de los riesgos de contagio inherentes a su ocupación y, mediante técnicas de comunicación, inducir cambios en los comportamientos peligrosos.

Se eligió a este grupo en vista de la complejidad de su “ecosistema” y redes de contacto, que incluyen a grupos que se desplazan permanentemente, por lo que son susceptibles de extender la transmisión del VIH. Antes del estudio, ninguno de los talleres se había beneficiado de una intervención relativa al VIH/SIDA. Una selección hecha al azar permitió incluir en el estudio a 395 talleres situados en las zonas urbanas de las tres regiones donde la prevalencia del VIH/SIDA era la más elevada: Accra metropolitana (195 encuestados), Brong Ahafo (102 encuestados) y región oriental (98 encuestados). Entre los encuestados se incluyó a propietarios de talleres, aprendices de mecánica, mecánicos jefes y vendedores de alimentos, que suelen instalarse junto a los talleres. La información se recogió mediante cuestionarios estructurados, rellenos por entrevistadores en vista de que la mayoría de los encuestados eran funcionalmente analfabetos.

Según la información recogida, el nivel de conocimiento de los encuestados en materia de VIH/SIDA era elevado. En Accra y en la región de Brong Ahafo, sobre el 80 por ciento de los encuestados dijo estar conscientes de que no era posible curar el SIDA. En la región oriental, sin embargo, el nivel de conocimientos era menor (sólo lo dijo un 47 por ciento). La percepción de los riesgos de contagio era sin embargo baja en todas las regiones.

Las técnicas de comunicación para promover cambios de comportamiento incluían un conjunto de documentos informativos, educativos y de comunicación, cuyo contenido se elaboró para ser utilizado entre colegas, es decir, personas del mismo nivel. Dicho material incluía manuales de formación en materia de VIH/SIDA, tarjetas con información sobre otras enfermedades de transmisión sexual, modelos anatómicos y preservativos para el hombre y la mujer. Se reclutaron educadores de pares en todas las categorías de encuestados y se les impartió formación sobre el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, preservativos, control de fertilidad, técnicas de

comunicación y problemática específica de la mujer.

Después de siete meses de iniciado el proyecto, los resultados eran alentadores. Los comportamientos de alto riesgo se redujeron en un 47,2 por ciento en todas las categorías de encuestados, la utilización de preservativos aumentó en un 28 por ciento y el número de parejas sexuales regulares de cada persona bajó de 4,7 a un promedio de 1,5.

Los propietarios de talleres pequeños, incluidos los del sector informal, son miembros de una federación, pero no existe una organización de trabajadores, por lo que se alentó a los aprendices y mecánicos a organizarse. Si estuviesen organizados, sería más fácil incluirlos en programas con finalidades específicas. Se puede pensar que en el futuro podrían concebirse intervenciones para establecer lazos entre las asociaciones del sector informal y las autoridades públicas locales. Esos lazos podrían aumentar la capacidad de determinados grupos para aprovechar las oportunidades que se ofrecen, participar en las asambleas de distrito y acceder a recursos para financiar programas que les beneficien.

Los resultados del estudio indican que intervenciones con objetivos claros y precisos pueden dar resultado y permiten esperar que ello también se consiga con intervenciones similares en otros lugares de trabajo. Entre las personas encuestadas se puede encontrar algunas que, luego de ser seleccionadas, de recibir formación y de que se les proporcione el material necesario, quieran desempeñarse a su vez como formadores, repitiendo la experiencia en otros ámbitos como el de la restauración, la elaboración de bebidas alcohólicas, la fabricación de ropa o las peluquerías (y sus respectivos aprendices). Una estrategia de este tipo puede crear capacidad educativa entre un mayor grupo de trabajadores, y aumentar así el alcance de este tipo de intervenciones.

Tratamiento en el lugar de trabajo: el ejemplo de las empresas multinacionales

Los programas de control del VIH/SIDA aplicables en el lugar de trabajo dan mejor resultado si abordan el asunto desde diversos ángulos (si incorporan la prevención, los cuidados y medidas para combatir la discriminación) y si se conciben en un marco de colaboración entre trabajadores y empleadores. Les interesa a ambos actores que la tasa de contagio sea lo más baja posible. A su vez, a los trabajadores seropositivos les interesa

Cuidados y tratamientos en el lugar de trabajo

Muchas grandes empresas cuentan con un servicio de salud en el trabajo que puede complementarse con los servicios prestados por los sistemas nacionales de salud como respuesta al VIH/SIDA. La amplitud de su enfoque las convierte en asociados muy útiles en lo que toca a la prevención, el apoyo psicosocial y la promoción de la protección social. Pueden alentar a la gente a que se someta voluntariamente a las pruebas de detección del VIH y se beneficie del asesoramiento colateral ofrecido mediante campañas del tipo “sepa si se ha contagiado” y mediante la provisión del apoyo y seguimiento que se requiere para asegurar la eficacia del tratamiento.

Mientras no se conocían las terapias antiretrovirales, los cuidados apuntaban preferentemente a aliviar los síntomas y dar apoyo al paciente. Ahora que dichas terapias se encuentran disponibles y son más asequibles, la palabra “cuidados” ha adquirido un nuevo significado y encierra una promesa. El suministro directo de los medicamentos antiretrovirales y el seguimiento de los afectados en el lugar de trabajo se ha transformado en un ámbito privilegiado de colaboración entre el mundo del trabajo y el sector de la salud. El tratamiento en cuestión se ha mostrado particularmente eficaz para conservar en funciones a la fuerza de trabajo cualificada y con experiencia que se necesita.

Cómo considera la OIT la asistencia y el apoyo brindados

En el marco de la OIT, la asistencia y el apoyo brindados a las personas que viven con el VIH comprenden aspectos muy amplios, que se presentan a continuación, con un énfasis particular en el derecho que tienen las personas afectadas a seguir trabajando, libres de estigma o discriminación:

- acceso a tratamientos y medicamentos, a la vez terapéuticos y paliativos;
- acceso a información en materia de higiene de vida y a los servicios comunitarios pertinentes;
- acceso a un apoyo psicosocial;
- acceso a condiciones de trabajo razonablemente adaptadas al estado de salud del trabajador;
- acceso a la protección social, lo que incluye el beneficio de la seguridad social, de los regímenes de seguros de salud y de las prestaciones médicas.

Un programa piloto de la OIT aplicado en Guyana, Nigeria y la República Unida de Tanzania prevé un conjunto de medidas que incluyen el suministro de tratamientos en el lugar de trabajo, financiados por el empleador, y el tratamiento prodigado a los cónyuges y los hijos, financiado por los copatrocinadores del proyecto.

La empresa Heineken

Durante diez años, Heineken International ha estado aplicando un amplio programa de prevención del VIH/SIDA en África central. En una primera etapa, dicho programa contemplaba acciones de información, pruebas de detección voluntaria del VIH y asesoramiento colateral, el acceso a preservativos, la creación de servicios médicos en el lugar de trabajo y cursos cortos sobre terapias antiretrovirales para impedir el contagio madre – hijo. En 2001 la empresa decidió ampliar el programa y ofrecer terapias antiretrovirales a todos sus trabajadores y sus familias. Esta nueva etapa empezó en las cervecerías de Ruanda y Burundi, extendiéndose después a las plantas situadas en la República Democrática del Congo y el Congo, plantas donde, en los cinco años precedentes, el SIDA había sido la principal causa de deceso. El costo de los programas de prevención lo sufraga enteramente la empresa; para las pruebas de despistaje y los tratamientos se requiere una contribución de los individuos.

seguir trabajando el máximo de tiempo posible. El papel que puede desempeñar el lugar de trabajo en el empeño nacional por controlar la extensión del flagelo es muy importante.

En todo el mundo las empresas han empezado a aplicar programas, siguiendo el ejemplo de las que evaluaron los costos y destinaron recursos para combatir el VIH/SIDA. La iniciativa titulada Iniciativa para mejorar la salud en el mundo (Global Health Initiative, GHI) del Foro Económico Mundial se creó para ayudar a las 1.000 empresas y otros establecimientos que han adherido a la misma a tomar medidas para combatir el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo. La Coalición de empresarios contra el VIH/SIDA (Global

Business Coalition on HIV/AIDS, GBC) se creó en 1997 para mejorar la calidad y la cobertura de los programas para controlar el VIH/SIDA, que aplica el sector privado en los lugares de trabajo y en el seno de la comunidad. Tanto la primera como la segunda iniciativa destacan el hecho de que controlar el VIH/SIDA es una cuestión clave para las empresas. En 1998, la citada coalición instituyó un premio de excelencia empresarial destinado a destacar y a promover las respuestas de las empresas a la pandemia del VIH/SIDA. En 2003, las dos empresas que recibieron dicha distinción fueron Tata Steel, por su programa de prevención de alcance comunitario, destinado especialmente a la mujer, y el banco Standard Chartered Bank, por sus programas

en el lugar de trabajo “Seguir vivo” (Staying Alive) y “vivir con el VIH” (Living with HIV), que proporcionan apoyo a los trabajadores seropositivos y a sus familias y luchan contra la discriminación.

La citada Coalición de empresarios contra el VIH/SIDA ha destacado con entusiasmo, entre otras, la labor de la firma Anglo American por el programa aplicado en los lugares de trabajo de Sudáfrica. Luego de circunscribirse a programas de prevención durante 12 años, en 2002 dicha empresa empezó a proporcionar tratamiento antiretroviral a sus trabajadores.

La Anglo American adoptó las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en la materia. Una subsidiaria suya, Aurum Health Research, elaboró directrices de orden clínico y operativo de amplio alcance y ahora se ha abocado a una labor idéntica respecto del programa de tratamiento. En la primavera de 2003, el personal de los servicios de salud de 32 establecimientos de la empresa había recibido formación para prodigar la terapia antiretroviral que ya recibían 533 trabajadores. Hacia fines de 2004, la Anglo American espera estar prodigando dicha terapia a 3.000 personas. Calculando que cerca de 30.000 (un 24 por ciento) de sus 125.000 trabajadores de Sudáfrica son seropositivos, la empresa espera que cada año un 10 por ciento de estos trabajadores comience la terapia. Se ha propuesto también extender el programa de tratamiento a la comunidad.

La Anglo American considera que el acceso a la terapia antiretroviral es, en el corto plazo, la manera más eficaz de reducir el impacto del VIH/SIDA y detener su avance. Cifra el costo anual de los medicamentos y del seguimiento de los enfermos en 1.150 dólares por persona en 2003, pero este monto debería bajar gracias al continuo descenso de los precios de los medicamentos y a las economías de escala previstas en el marco del programa. La Anglo American estima que este costo se verá compensado por el brusco descenso de la mortalidad (de 30 por ciento pasó a 3,4 por ciento tan sólo en el primer año), del ausentismo y de los demás gastos médicos. Hacia mediados de 2003, el 94 por ciento de los trabajadores que recibían tratamiento había vuelto a desempeñar sus funciones habituales. Si no se les hubiese prodigado dicho tratamiento, se les hubiese visto con frecuencia postrados en cama.

Aun cuando la empresa financia dicho tratamiento, los trabajadores con VIH que evolucionan hacia el SIDA han tardado en aceptarlo. La empresa percibe esta situación

como una prueba de la negación de la realidad que se asocia al estigma. Otras empresas han señalado que, cuando los representantes de los trabajadores y los sindicatos incitan activamente a aceptar el tratamiento, la mayoría de los trabajadores consigue sobreponerse a la desconfianza que les inspiran las propuestas de la dirección, a lo que se agrega el temor a la discriminación y al despido.

En otro continente y en un país donde la prevalencia del VIH/SIDA es menor, merece mencionarse el caso de la Volkswagen do Brasil. Este país notificó el primer caso de VIH/SIDA en 1986. Hacia 1996, la empresa, que emplea a 30.000 personas, había emprendido un programa que incluía la prevención y el cuidado de todos los trabajadores seropositivos y sus dependientes, incluida la familia extensa y los jubilados. Financiado gracias a los ahorros provenientes de un menor ausentismo y una menor rotación del personal, el programa comprende actividades de prevención que incluyen educación, información y distribución de preservativos. El programa de cuidado incluye la terapia antiretroviral y un asesoramiento colateral, que abarca el acceso a una gama de especialistas y el seguimiento del enfermo. La empresa ha comenzado a aplicar varias medidas para luchar contra la discriminación, entre ellas, la prohibición de imponer las pruebas de detección del VIH y de despedir a los trabajadores seropositivos y el carácter confidencial de los datos médicos. A mediados de 2002, este programa proveía terapia antiretroviral a más de 50 personas. La empresa señaló que había bajado en un 90 por ciento el número de hospitalizaciones, se había reducido en un 40 por ciento el costo anual de las enfermedades asociadas al VIH/SIDA, había bajado el ausentismo y, en general, la moral del personal estaba más alta. Por otra parte, el 90 por ciento de los seropositivos había recobrado su nivel de actividad y no presentaba síntomas.

El sector de la minería en Sudáfrica: recurrir al diálogo social para facilitar el tratamiento de los enfermos

Desde 1986, fecha en que se comunicaron los primeros casos de VIH/SIDA, el sector minero se ha destacado por los programas de control del VIH/SIDA aplicados en los lugares de trabajo. Esto fue el caso principalmente en Sudáfrica, pero la tendencia se ha generalizado, al menos entre las empresas más grandes y con más recursos. Los sindicatos mineros también han participado activamente en



Gianotti E./OIT

Joven madre amamantando después de una larga jornada en la mina

la elaboración y aplicación de políticas y programas en materia de VIH/SIDA, apoyo que ha sido crucial para su éxito. Gracias a la colaboración entre la dirección de las empresas y las organizaciones de trabajadores se han conseguido resultados notables. En 1991, la Cámara Sudafricana de la Minería firmó un acuerdo con el Sindicato Nacional de Mineros (National Union of Mineworkers, NUM), que abordaba cuestiones tan fundamentales como las pruebas de detección del VIH previas al empleo, el carácter confidencial de los datos médicos, la formación y las prestaciones. Diez años después, en 2001, las empresas mineras habían oficializado con los sindicatos acuerdos específicos sobre el VIH/SIDA. En 2002 las empresas mineras sudafricanas firmaron un acuerdo con la Oficina Africana del Empleo (Employment Bureau of Africa, TEBA) por el que se proporciona cuidados en el hogar a los enfermos terminales después que regresen a su casa en las zonas rurales.

En la Declaración tripartita de intenciones firmada en Sudáfrica en 2003, se reconoce que la respuesta al VIH/SIDA sólo puede ser eficaz si todas las partes comparten el mismo enfoque y despliegan estrategias similares. Se reconoce también que la prevención y la sensibilización del público deberían constituir el núcleo de dicha respuesta. A estos efectos, las partes aceptan que no se puede someter a una persona a una prueba de detección sin su consentimiento y que el asesoramiento es fundamental, y que debería alentarse a todos los trabajadores a someterse a dichas pruebas luego de dar su consentimiento con conocimiento de causa, en un clima en que reine la confianza y del que esté ausente la discriminación. Convienen también las partes en que la prevención, el tratamiento, los cuidados y el apoyo se refuerzan entre sí y deben figurar en

toda respuesta integral al VIH/SIDA. Una buena nutrición es también un elemento esencial en la prevención y la gestión. Por último, las partes en la citada declaración se comprometen a que, a fines de 2004, en todas las explotaciones mineras se estén aplicando la política y los programas de control del VIH/SIDA, buscando con ello conseguir una mayor transparencia y una reducción de la estigmatización, la discriminación y los prejuicios de que son objeto los trabajadores seropositivos. Además, y esto merece destacarse como corresponde, las partes se comprometen a mejorar las condiciones de vida de los trabajadores: el citado sindicato ha hecho un llamamiento a las empresas para que, a fines de 2005, las familias de todos los mineros puedan disponer de una vivienda.

En marzo de 2004, la Federación Internacional de Sindicatos de Trabajadores de la Química, Energía, Minería e Industrias Diversas (ICEM) hizo un llamamiento a los empleadores para que colaboraran a fin de hacer posible que las principales explotaciones mineras contaran con locales apropiados y personal competente para proporcionar asistencia médica a los trabajadores. La ICEM contempla la creación de clínicas que cuenten con todo el equipamiento necesario para prodigar terapias antiretrovirales a los trabajadores, a sus familias y a las personas de la comunidad vecina.

El costo de estos programas aplicables en el lugar de trabajo puede aumentar en un comienzo, pero con el paso del tiempo se espera que disminuya considerablemente. En ausencia de tratamiento, el costo promedio de los programas de control del VIH/SIDA oscila entre 30 y 60 dólares anuales por enfermo. Para algunas empresas, dicho costo equivale al

1 por ciento del total de la nómina de salarios. Algunos observadores plantean que el costo de dichos programas aumentaría entre un 8 y un 10 por ciento, antes de comenzar a disminuir. En una empresa en que 1.000 trabajadores comenzaron una terapia antiretroviral con un costo anual de 825 dólares por trabajador (más los 340 dólares correspondientes al costo de las pruebas), cerca del 90 por ciento volvieron a estar médicamente aptos para trabajar normalmente. Debe tenerse en cuenta además que el costo de los medicamentos y de las pruebas tiende a disminuir. En otra empresa, que ofreció terapia antiretroviral a sus trabajadores a fines de 2002, el costo bajó de 244 dólares, en el momento en que se inició el plan, a 140 dólares mensuales por trabajador.

En las explotaciones mineras, el número creciente de trabajadores que se somete voluntariamente a pruebas de detección del VIH y al asesoramiento colateral que se ofrece es fundamental para la generalización del tratamiento. Actualmente, entre un 8 y un 20 por ciento de los trabajadores se ha sometido a ellas. Las empresas se han propuesto conseguir que ese porcentaje se eleve al 70 por ciento a fines de 2004. Para alcanzar ese objetivo, los trabajadores deben estar seguros de que las promesas hechas se van a cumplir (de que van a seguir empleados mientras un médico no diga que deben cesar de trabajar, que no serán objeto de discriminación, estigma o acoso, y de que se respetará el carácter confidencial de sus datos médicos). A este respecto, el papel que pueden desempeñar los sindicatos es fundamental. Por ejemplo, en una reunión conjunta OMS/ONUSIDA en abril de 2004, la empresa química y minera Sasol, de Sudáfrica, comunicó que el 84 por ciento de sus trabajadores se había sometido a pruebas de detección del VIH y al asesoramiento colateral ofrecido en cuatro de sus establecimientos. Declaró la empresa que ello se debía en gran medida a las estrechas relaciones que mantiene con los sindicatos y al enfoque participativo del programa aplicado.

La eliminación del estigma y la discriminación constituye un elemento fundamental del proceso de aceptación de las pruebas de detección del VIH y del asesoramiento colateral ofrecido. Se considera a este respecto que los educadores de pares desempeñan un papel decisivo en este proceso. Al examinar la situación en varias empresas, se constató que la proporción entre el número de educadores de pares y el número de trabajadores oscilaba entre 1:27 y 1:145 y se situaba generalmente en 1:65. La proporción ideal es 1 educador de pares por 50 trabajadores (1:50).

Una vez que se ha hecho el diagnóstico de la situación en materia de seropositividad, los programas de bienestar buscan prolongar la vida productiva, sin síntomas, de los trabajadores afectados. Tales programas abarcan cuestiones como el estilo de vida, la adquisición de cualificaciones, consejos en materia de nutrición, estimulación del sistema inmunitario y la gestión del riesgo de contagio de enfermedades oportunistas, como la tuberculosis. La Oficina Africana del Empleo (TEBA, según su sigla en inglés), que solía encargarse de contratar personal para la industria minera de Sudáfrica, se encuentra ahora a la cabeza de las acciones encaminadas a proporcionar cuidados en el hogar a las personas afectadas por el VIH/SIDA, por encargo de varias de las principales empresas mineras.

Un componente esencial de los programas de control del VIH/SIDA en el lugar de trabajo consiste en rastrear y medir los progresos obtenidos, contrastándolos con su costo. Se ha comenzado a constituir una base de datos relativos a la diversidad de aspectos que deben tenerse en cuenta cuando se aborda el VIH/SIDA, tales como el número de turnos perdidos, el número de trabajadores que han buscado auxilio para un problema de salud o que han cesado su actividad por enfermedad, la incidencia de la tuberculosis o de enfermedades de transmisión sexual y la gravedad creciente de las heridas de los seropositivos. Esta información servirá para evaluar los costos y la eficacia de los programas aplicados por las empresas. El aumento del número de reuniones de formación en materia de VIH/SIDA y del número de trabajadores que las atienden, la proporción de educadores de pares en el personal, la cantidad de preservativos distribuidos, todos estos elementos muestran que los programas de sensibilización de las empresas tienen cada vez más éxito entre los trabajadores. Si, como resultado de estas intervenciones proactivas, la incidencia del VIH consigue ser considerablemente menor que la cifra proyectada, si casi el 100 por ciento de los trabajadores aceptan las pruebas de detección del VIH y el asesoramiento colateral ofrecido, y si el número de personas que aceptan el tratamiento antiretroviral propuesto se aproxima al total de trabajadores seropositivos, se puede estar seguro de que se ha progresado y que el estigma y la negación de la realidad están perdiendo terreno. En una empresa, la tasa de mortalidad por SIDA bajó a partir de 2001; en otra, dicha tasa subió y permaneció alta durante un tiempo en 2003.



Bibliografía

Bibliografía

- African Mining (2004). *Botswana Ash tackles the AIDS problem*.
Disponible en: www.mining.co.za.
- Afrikaanse Handelsinstituut (2004). *Guidelines for Developing a Workplace Policy and Programme on HIV/AIDS and STDs*.
Disponible en: www.ahi.co.za/aids/appen2.html.
- Anglo American Group (2004). *Anti-retroviral therapy programme – Progress Report*.
Disponible en: www.angloamerican.co.uk.
- (2003). *Working for Sustainable Development*, Report to Society 2003, Londres.
- (2004). *Supporting HIV and AIDS Awareness*.
Disponible en: www.angloamerican.co.uk.
- APEC (1999). *Time for Work: Linkages Between Paid and Unpaid Work in Human Resources Policy*, Report of the APEC Human Resources Development Working Group, Network on Economic Development Management, Conference on Linkages Between Paid and Unpaid Work in Human Resources Policy. Hong Kong (8 de mayo).
- Arndt C. & Lewis J.D. (2001). The HIV/AIDS pandemic in South Africa: Sectoral Impacts and Unemployment. *Journal of International Development*, Vol.13: págs. 427-449.
- Badcock-Walters P., Desmond C. & Dan W. (2003). *Educator Mortality In-Service in KwaZulu-Natal: A Consolidated Study of HIV/AIDS Impact and Trends*. Durban: Demographic and Socio-Economic Impact on AIDS Conference (Health, Economics and HIV/AIDS Research Division (HEARD), University of KwaZulu-Natal).
- Banful A. (2003). *A Case Study of the Impact of HIV/AIDS in the Informal Sector in Ghana: An ILO/AIDS-funded KAP Study of Garage Owners in Ghana and Subsequent Behaviour Change Interventions Targeted at Them*. Ghana: GSMF International.
- Banco Mundial (1999). *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. edición revisada. Nueva York y Oxford: Oxford University Press.
- (2004). *World Development Indicators, 2003*. Washington, DC: Banco Mundial (CD Rom).
- Barnett T. & Whiteside A. (2000). *Guidelines for Studies of Social and Economic Impact of HIV/AIDS*, UNAIDS Best Practice Collection. Ginebra: ONUSIDA.
- Barro R.J. (1991). Economic growth in a cross-section of countries, *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 106 (2): págs. 407-433 (mayo).
- Barro R.J. & Sala-I-Martin X. (1995). *Economic growth*. London: McGraw-Hill.
- Barro R.J. (1996). *Health, human capital and economic growth*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Barro R.J. (1996). *Determinants of Economic Growth: A Cross-Country Empirical Study*, NBER Working Paper 5698. Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- Bell C., Devarajan S. & Gersbach H. (2003). The long-run economic costs of AIDS: theory and an application to South Africa, *AIDS Economics*. Washington, DC: The World Bank.

- Bennell P., Hyde K. & Swainson N. (2002). *The Impact of the HIV/AIDS Epidemic on the Education Sector in Sub-Saharan Africa*. Brighton: Centre for International Education, University of Sussex Institute of Education.
- BHPBilliton (2003). Case Studies: Health programs in southern Africa help provide care for HIV/AIDS patients. 2003 Annual Health, Safety, Environment and Community (HSEC) Report.
- Biggs T. & Shah M. (1997). *The Impact of the AIDS Epidemic on African Firms*, RPED (Regional Program on Enterprise Development) Discussion Paper No. 72. Washington, DC: The World Bank.
- Bishop-Sambrook C. (2004). *The Challenge of the HIV/AIDS Epidemic in Rural Ethiopia: Averting the Crisis in Low AIDS-Impacted Communities* (findings from fieldwork in Kersa Woreda, Eastern Hararghe Zone, Oromiya Region). Roma: FAO (Departamento de Desarrollo Sostenible).
- Bloom D.E. & Mahal A.S. (1997). Does the AIDS epidemic threaten economic growth? *Journal of Econometrics*, Vol. 77: págs. 105-124.
- Bloom D.E., Mahal A. and River Path Associates (2001). *HIV/AIDS and the Private Sector – A Literature Review*. Washington, DC: American Foundation for AIDS Research (AmfAR).
- Boler T. (2003). *Approaches to examining the impact of HIV/AIDS on teachers*, Policy Research Paper, Series 1. London: UK Working Group on Education and HIV/AIDS.
- Bollinger L., Stover J., Antwi P. (1999). *The Economic Impact of AIDS in Ghana*, The Policy Project (no publicado), septiembre.
- Bollinger L. & Stover J. (1999). *The Economic Impact of AIDS*. North Carolina: The Policy Project, The Futures Group International, Research Triangle Institute (RTI) and the Centre for Development and Population Activities (CEDPA).
- Bonnell R. (2000). *HIV/AIDS: does it increase or decrease growth in Africa?* The World Bank AIDS Campaign Team for Africa. Washington, DC: The World Bank.
- Botswana Institute for Development Policy Analysis (BIDPA) (2000). *Impacts of HIV/AIDS on poverty and income distribution in Botswana*. Gaborone.
- Budlender D. (1999). The policy implications of time use surveys: Lessons from South Africa. Disponible en: www.unescap.org/stat/meet//timeuse/policy_%20sa_ses5.pdf
- Budlender D. (2002). Why should we care about unpaid care work? A guidebook prepared for the UNIFEM Southern African Region Office. Harare (diciembre).
- Bundy D. (2003). *Challenges to Ensuring Education Access for Orphans and Vulnerable Children*. Washington, DC: The World Bank (Human Development Network).
- Bureau for Economic Research (2001). *The Macroeconomic Impact of HIV/AIDS in South Africa*, Number 10. Stellenbosch: Bureau for Economic Research.
- Bureau for Economic Research (2003). *The Economic Impact of HIV/AIDS on Business in South Africa 2003*. Stellenbosch: Bureau for Economic Research, y SABCOHA. Disponible en: www.ber.sun.ac.za
- Carr-Hill R. & Peart E. (2003). *Understanding the impact of HIV/AIDS on education systems in selected Eastern and Southern Countries, Final Report*. Londres: UK Department for International Development.

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC)/National Center for HIV, STD and TB Prevention/Division of HIV/AIDS Prevention (1999). *Preventing occupational HIV transmission to health care workers*. Atlanta: CDC.
- Centre for AIDS Development, Research and Evaluation (Cadre) (2000). *The economic impact of HIV/AIDS on South Africa and its implication for governance: a literature review*. Johannesburgo.
- Chartier M.-C. (2002). *Promoting human rights through the ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the world of work*, ILO/AIDS Working Paper No. 3. Ginebra: OIT.
- Chartier M.-C. (2003). Legal initiatives that can help fight HIV/AIDS in the world of work. OIT/SIDA, septiembre. Ginebra: OIT.
- Cohen D. (2002). *Human capital and the HIV epidemic in sub-Saharan Africa*, Documento de trabajo 2 de OIT/SIDA, Ginebra: OIT.
- Cohen D. (2003). *Technical cooperation and the HIV epidemic: Applying best practice to the ILO Programme on HIV/AIDS and the world of work*, Documento de trabajo 4 de OIT/SIDA. Geneva: ILO.
- Collaborative Group on AIDS Incubation and HIV survival (2000). Time from HIV-1 seroconversion to AIDS and death before widespread use of highly-active antiretroviral therapy: a collaborative re-analysis, *The Lancet*, Vol. 355: págs. 1131-1137 (1 de abril).
- Corley E.M. & Gyimah-Brempong K (2004). *Civil Wars and Economic Growth in Sub-Saharan Africa*. Manuscrito no publicado.
- Coulibaly I. (2003). *The Labour Force Impact of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: A Preliminary Assessment*. Ginebra: OIT.
- Coulibaly I. (2004). *The Economic Impact of HIV/AIDS and its implications for the Labour Market and Employment*, ILO/AIDS Working paper No.6. Ginebra: OIT.
- Daly M. (ed.) (2001). *Care work: The quest for security*. Ginebra: OIT.
- Debswana (2004). *Debswana HIV/AIDS Programme*.
Disponible en: www.debswana.com
- Del Amo J., Petruckevitch A., Phillips A., Johnson A.M., Stephenson J., Desmond N., Hanscheld T., Low N., Newell A., Obasi A., Paine K., Pym A., Theodore C.M. & De Cock K.M. (1998). Disease progression and survival in HIV-1 infected Africans in London, *AIDS*, Vol. 12 (10): págs. 1203-9 (9 de julio).
- Dickinson D. (2003). HIV/AIDS peer educators in the workplace, *South African Labour Bulletin*, Vol. 27 (6) (diciembre).
- Dilys M., Maher C., Mayanja B. & Whitworth J.A.G. (2002). Progression to Symptomatic Disease in People Infected with HIV-1 in Rural Uganda: prospective cohort study, *British Medical Journal*, Vol. 324: págs. 193-197 (26 de enero).
- Dixon S., McDonald S. & Roberts J. (2001). AIDS and economic growth: a panel data analysis, *Journal of International Development*, Vol. 13 (4): págs. 411-426.
- Doyle P.R. (1991). "The Impact of AIDS on the South African Population", Part 1 in *South Africa: The Demographic and Economic Implications*. Johannesburg: University of Witwatersrand (Centre for Health Policy).
- Estados Unidos de América. Oficina del Censo (1999). *Focus on HIV/AIDS in the Developing World*. Washington, DC: Oficina del Censo..

Evian C. (2003). *An Anonymous, Unlinked HIV Prevalence Survey among a Large Workforce of Agricultural/Manufacturing Employees in the Eastern Swaziland Region and Comparison with the Available Local Antenatal HIV Prevalence Data*. Durban: AIDS Management and Support & University of Witwaterstand, Department of Community Health for the 'Demography and Socio-Economic Conference' (marzo).

Evian C. et al. (2004). Prevalence of HIV in work in southern Africa, 2000-2001, *South African Medical Journal*, Vol. 94 (2) (febrero).

Financial Times (2002). *Global Mining Directory 2002*. Londres: Martins Printing Group.

FAO (2004). *Impact of HIV/AIDS on the Agricultural Sector and FAO's Response*, FAO contribution to *HIV/AIDS and work: global estimates, impact and response 2004*. Roma, FAO, Departamento de Población y Desarrollo (SDWP) (marzo).

FAO y PNUD (2004). *African-Asian Agriculture against AIDS*, Consultation on Agriculture, Development and HIV-vulnerability Reduction, Bangkok. Tailandia: 11-17 de diciembre Bangkok: FAO and UNDP.

Foro Económico Mundial (2002). Changing behaviour and providing care for HIV+ employees through employee and community programmes, for less than US\$ 46 per employee per year. *Global Health Initiative: Private Sector Intervention Case Example*. Ginebra: Foro Económico Mundial.

____ (2002a). Developing a sustainable HIV/AIDS programme for employees through deep community involvement. *Global Health Initiative: Private Sector Intervention Case Example*. Ginebra: Foro Económico Mundial.

____ (2002b). Prevention through training. *Global Health Initiative: Private Sector Intervention Case Example*. Ginebra: Foro Económico Mundial.

____ (2002c). Partnering with the African Medical and Research Foundation (AMREF) to offer HIV prevention and care for 1,500 workers and 120,000 community members for US\$ 62 per worker per year. *Global Health Initiative: Private Sector Intervention Case Example*. Ginebra: Foro Económico Mundial.

____ (2002d). Using a direct service model to provide workplace prevention, care, support and treatment. *Global Health Initiative: Private Sector Intervention Case Example*. Ginebra: Foro Económico Mundial.

____ (2004). Survey Shows African Companies Lead the World in HIV/AIDS Control – But Still Not Doing Enough. Ginebra: Foro Económico Mundial.
Disponible en: www.weforum.org/globalhealth

____ (2004a). *Business and HIV/AIDS: Who Me? A Global Review of The Business Response to HIV/AIDS 2003-2004*. Ginebra: Foro Económico Mundial.

____ (2004b) *Global Health*. Ginebra: Foro Económico Mundial.
Disponible en: www.weforum.org

Organización Mundial de la Salud (2002). *Human resources for health: developing policy options for change*. borrador para discusión. Ginebra: OMS (noviembre).

____ (2003). *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: Treatment guidelines for a public health approach (2003 revision)*. Ginebra: OMS (diciembre).

____ (2003a). *Treating 3 Million by 2005: Making it happen*. The WHO and UNAIDS Global Initiative to Provide Antiretroviral Therapy to 3 million People with HIV/AIDS in Developing Countries by the end of 2005. Ginebra: OMS.

- _____. (2004). HIV and the Workplace and Universal Precautions. *Fact Sheet 11*.
Disponible en: www.who.int/whosis/factsheets
- _____. (2004a). Universal Precautions, Including Injection Safety.
Disponible en: www.who.int/hiv/topics
- Foster G. y Williamson J. (2000). A review of current literature of the impact of HIV/AIDS on children in sub-Saharan Africa, *AIDS 2000*, Vol.14 (suplemento 3): págs. S275-S284.
- Fox M., Rosen S., MacLeod W., Wasunna M., Bii M., Foglia G. and Simon J. (2003). *The impact of HIV/AIDS on labour productivity in Kenya*. Boston: Boston University School of Public Health (Center for International Health and Development), Kenya Medical Research Institute, y Walter Reed Army Institute of Research/NIAID.
- FNUAP (2003). The Impact of HIV/AIDS: A population and development perspective. *Population and Development Strategies Series*, núm. 9, Nueva York, FNUAP.
- Frank O. y Seghal J. (2004). *Measuring the economic and social burden of HIV/AIDS in the world of work*, ILO/AIDS Working Paper No. 7. Ginebra: OIT.
- Gilligan B.J. y Rajbhandari R. (2004). *HIV/AIDS and working children in Nepal*. Katmandu.
- Global Business Coalition on HIV/AIDS (2003). Awards for Business Excellence 2003.
Disponible en: www.businessfightsaids.org.
- _____. (2004). *Volkswagen Brazil Workplace Program*.
Disponible en: www.businessfightsaids.org
- _____. (2004). *Anglo American plc Workplace Program*.
Disponible en: www.businessfightsaids.org
- Gobierno de Uganda. Ministerio de la Mujer, Trabajo y Desarrollo social. (2002). *Situation analysis of orphans in Uganda: Orphans and their households: Caring for their future today*. Kampala: Uganda AIDS Commission.
- Gold Fields (2004). *Sustainable Development Report 2003*.
Disponible en: www.goldfields.co.za
- Haacker M. (2002). *The economic consequences of HIV/AIDS in Southern Africa*, Fondo Monetario Internacional Working Paper 02/38. Washington, DC: FMI
- Hammouya M. (1999). *Statistics on Public Sector Employment: Methodology, Structures and Trends*, Documento de trabajo 144. Ginebra: OIT.
- Heineken International (2002). *Heineken's HIV/AIDS Policy: Contribution of a Private Company*. Países Bajos: Heineken International.
- Hira S.K., Shroff H.J., Lanjewar D.N., Dholkia Y.N., Bhatia P. y Dupont H.L. (2003). The Natural History of Human Immunodeficiency Virus Infection among Adults in Mumbai, *National Medical Journal of India*, Vol.16 (3): págs. 126-131 (mayo-junio).
- Human Rights Watch (2001). Kenya: in the Shadow of Death: HIV/AIDS and Children's Rights in Kenya. *Human Rights Watch*, Vol. 13, Núm. 4 (A) (junio).
Disponible en: www.hrw.org/reports/2001/kenya/
- Hunter S. (2000). *Reshaping Societies; HIV/AIDS and Social Change: A Resource Book for Planning, Programs and Policy Making*. Nueva York: Hudson Run Press.
- International Labour Rights Fund (2003). *Violence against women in the workplace in Kenya*. Washington, DC (mayo).

- Ireland E. y Webb D. (2002). *No Quick Fix*. Londres: Save the Children.
- Jennings N. (director de publicación) (2002). *La evolución del empleo, el tiempo de trabajo y la formación en la industria minera. Documento de referencia para la Reunión tripartita sobre la evolución del empleo, el tiempo de trabajo y la formación en la industria minera*. Ginebra: OIT (octubre).
- Jurgens R. (1997/1998). Your Health is Back. Now You May Lose Your Protection against Discrimination. *Canadian HIV/AIDS Policy and Law Review*, Vol. 3 (4) (invierno).
- Jurgens R. (1999). Important Legal Victories for People with HIV/AIDS in the US. *Canadian HIV/AIDS Policy and Law Review*, Vol. 4 (2, 3) (primavera).
- Kelly M.J. (2002). *Defeating HIV/AIDS through Education*, artículo presentado ante la National Conference on HIV/AIDS and the Education Sector: The Education Coalition Against HIV/AIDS. Midrand (The Gallagher Estate), South Africa.
- Lisk F. (2002). *The Labour Market and Employment Implications of HIV/AIDS*, Documento de trabajo 1 de OIT/SIDA. Ginebra: OIT.
- Lisk F. y Cohen D. (2004). *HIV/AIDS and Socio-Economic Development in Africa*. Ginebra: OIT.
- MacFarlan M. y Sgherri S. (2001). *The macroeconomic impact of HIV/AIDS in Botswana*, Fondo Monetario Internacional, Documento de trabajo núm. 01/80. Washington D.C.: FMI.
- Mbwika J., Mburu B.N. y Thuita I. (2003). *Understanding the Impact of HIV/AIDS on Education in Sub-Saharan Africa: Kenya – Country Report*. Londres, University of London (Institute of Education) y UK Department for International Development.
- McPherson M.F. (2003). *Macroeconomic models of the impact of HIV/AIDS*. Boston: Harvard University (Center for Business and Government, John F. Kennedy School of Government).
- Meyer S. (2003). *HIV/AIDS and Education in Africa*, A Sencer Backgrounder for Discussion at SSI 2002 with 2003 update included. Johannesburg: Rand Afrikaans University.
- Misikhina S., Pokrovsky V., Mashkilleysen N. & Pomazkin D. (2004). *Socio-Economic Consequences of HIV/AIDS in Russia: ILO Model*. Moscow: ILO Subregional Office for Eastern Europe and Central Asia.
- Mocroft A.J., Lundgren J.D., D'Arminio Montoforte A., Ledergerber B., Barton S.E., Vella S., Katlama C., Gerstoft J., Pederson C. y Phillips A.N. (1997). Survival of AIDS Patients According to Type of AIDS-Defining Event, *International Journal of Epidemiology*, Vol. 26 (2): págs. 400-407.
- Mushala H.M. (2002). *The Impact of HIV/AIDS on Subsistence Agriculture in Swaziland: Some Policy Implications*. Swaziland: University of Swaziland.
- Muwanga F.T. (2002). *Impact of HIV/AIDS on Agriculture and the Private Sector in Swaziland: The Demographic, Social and Economic Impact on Subsistence Agriculture, Commercial Agriculture, Ministry of Agriculture and Co-operatives and Business*. Washington, DC: Global Development Network.
- Nabila J.S., Yeboah K., Antwi P. y Kwankye S. (2000). *A Preliminary Review of the Economic Impact of AIDS on Firms and Businesses in Ghana*, no publicado (octubre).
- Nabila J.S., Antwi P., Yeboah K. y Kwankye S. (2001). *A Study of the Economic Impact of HIV/AIDS on Selected Business Organizations in Ghana*. Accra: The Policy Project.

- Naciones Unidas (1989). *Article 1 of the Convention on the rights of the Child*. Nueva York, Naciones Unidas.
- _____ (2001). *Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA*, Sesión especial de la Asamblea General sobre el tema del VIH/SIDA. Nueva York: Naciones Unidas.
- _____ (2002). *Global Compact Learning Forum*, Reunión anual celebrada en Berlín. Nueva York: Naciones Unidas.
- _____ (2003). *The impact of AIDS*. Nueva York: Naciones Unidas, División de Población.
- _____ (2003a). *World Population Prospects, 2002 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas, División de Población.
- Nath M.B. (2001). *Gender, HIV, and Human Rights and the Care Economy, Presentation: Brainstorm Workshop on ILO/UNIFEM Programme: The Care Economy*. Turin (noviembre).
- Ncube N.M. (1999). Impact of HIV/AIDS on smallholder agricultural production in Gweru, Zimbabwe, en Mutangadura G. et al. (directores de publicación), *AIDS and African smallholder agriculture*, Sudáfrica: SAFAIDS.
- Ogden J., Esim S. & Grown C. (2004). *Expanding the Care Continuum for HIV/AIDS: Bringing Carers into Focus*, Washington, DC: International Center for Research on Women (ICRW) y Horizons/The Population Council.
- OIT (1999). *Convenio sobre la eliminación de las peores formas de trabajo infantil (núm. 182)*, Ginebra: OIT.
- _____ (2000). *HIV/AIDS in Africa: The impact on the world of work*, for African Development Forum 2000, AIDS: The Greatest Leadership Challenge. Adis Abeba: OIT.
- _____ (2000a). *HIV/AIDS: A threat to decent work, productivity and development*, documento de referencia para la Reunión especial de alto nivel de expertos sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo. Ginebra: ILO.
- _____ (2001). *Repertorio de recomendaciones prácticas sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo*. Ginebra: OIT.
- _____ (2001a). *Memoria del Director General. Reducir el déficit de trabajo decente: un desafío global*, Conferencia Internacional del trabajo, 89ª reunión. Ginebra: OIT (junio).
- _____ (2001b). *Business and Labour Responds to HIV/AIDS in Asia*. Bangkok: OIT (septiembre)
- _____ (2002). *Intersecting risks: HIV/AIDS and Child Labour*, Programa InFocus sobre la Promoción de la Declaración sobre los principios y derechos fundamentales en el trabajo, Documento de trabajo 8. Ginebra: OIT.
- _____ (2002a). *La evolución del empleo, el tiempo de trabajo y la formación en la industria minera*, documento de referencia para la Reunión tripartita sobre la evolución del empleo, el tiempo de trabajo y la formación en la industria minera. Ginebra: OIT (octubre).
- _____ (2002b). *Nota sobre las labores de la Reunión tripartita sobre la evolución del empleo, el tiempo de trabajo y la formación en la industria minera*. Ginebra: OIT (octubre).
- _____ (2002c). *Aplicación del Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo*. Manual de educación y formación. Ginebra: OIT.
- _____ (2003). *Country Assessment Study of HIV/AIDS in the Transport Sector of Zimbabwe*, draft report. Harare: OIT Sudáfrica, Equipo multidisciplinario, OIT/SAMAT (mayo).

- ____ (2003a). *Socio-economic impact of HIV/AIDS on People Living with HIV/AIDS and their Families*, proyecto de la OIT financiado por el Departamento de Trabajo de los EE.UU. Ginebra: OIT.
- ____ (2003b). *Tripartite Workshop on the impact of HIV/AIDS on child labour in Sub-Saharan Africa*, strategy paper. Lusaka: ILO (mayo).
- ____ (2003c). Tercer punto del orden del día: *el VIH/SIDA y el Programa de trabajo decente: responder a una necesidad*. Ginebra: OIT, Comisión de Empleo y Política social (noviembre).
- ____ (2003d). *Workplace action on HIV/AIDS: identifying and sharing best practice*, Tripartite Inter-regional Meeting on Best Practices in HIV/AIDS Workplace Policies and Programmes, Ginebra: OIT (diciembre).
- ____ (2004). Russia Model to Assess Socio-Economic Consequences of HIV/AIDS Spread, Noticias de la OIT (20 de febrero).
- ____ (en preparación). *Economically active population estimates and projections: 1950-2020*. Quinta edición. Ginebra: OIT.
- OIT/IPEC (2001). *HIV/AIDS and Child Labour in Sub-Saharan Africa*. Washington, DC: US Departamento de Trabajo.
- ONUSIDA (2000). *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. Ginebra: ONUSIDA.
- ____ (2000a). *The Business Response to HIV/AIDS: Impact and lessons learned*. Ginebra: ONUSIDA.
- ____ (2002). *The Private Sector Responds to the Epidemic: Debswana – A Global Benchmark*, ONUSIDA, estudio de caso. Ginebra: ONUSIDA.
- ____ (2002a). *Report on the Global AIDS Epidemic*. Ginebra: ONUSIDA.
- ____ (2004). *Report on the Global AIDS Epidemic*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA Reference Group on Estimates, Modelling and Projections (2002). Improved methods and assumptions for estimation of the HIV/AIDS epidemic and its impact: Recommendations of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. *AIDS*, Vol. 16: págs. W1-W14.
- ONUSIDA, UNICEF, USAID (2002). *Children on the Brink 2002: A Joint Report on Orphan Estimates and Program Strategies*. Washington, DC: TvT Associates.
- ONUSIDA y OMS (2003). *AIDS Epidemic Update*. Ginebra.
- Over M. (1992). *The macroeconomic impact of AIDS in Sub-Saharan Africa*. Washington, DC: Banco Mundial, Departamento de Población y Recursos Humanos.
- Owens C. (1991). Alarming spread of AIDS virus in Thailand may threaten country's recent economic gains. *Asian Wall Street Journal*, Vol.13 pág.51.
- Placer Dome, Inc. (2003). *Beyond the Paycheck*. Vancouver (16 de junio).
- PNUD (1995). *Human Development Report (Special Issue: Gender and Human Development)*. Nueva York: PNUD.
- Population Council, The (2002). *Linking Insurance Bonuses to Improvements in Workplace HIV/AIDS Programs in Thailand*.
Disponible en: www.popcouncil.org/horizons/ressum/lnknginsurance_thailand.html

- Pramualratana A. y Rau B. (2004). *HIV/AIDS Programs in Private Sector Businesses*.
Disponible en: www.worldbank.org/html/extdr/offrep/eap/eapprem/sem8anthonypaper.pdf
- Rau B. y Roberts M. (1996). *Private Sector AIDS Policy: Businesses Managing HIV/AIDS*.
Arlington: AIDSCAP/Family Health International.
- Rogers P.A., Whitmore-Overton S.E., Evans B.G., Allardice G.M. y Noone A. (1997). Survival of Adults with AIDS in the United Kingdom, *Commun Dis Rep CDR Rev*. Vol. 7(7): págs. R93-100 (junio).
Disponible en: www.hpa.org.uk/cdr/CDRreview/1997/cdr0797.pdf
- Rosen S., Simon J., Whiteside A., Vincent J.R. y Thea D.M. (2000). The response of African Businesses to HIV/AIDS, *HIV/AIDS in the Commonwealth 2000/01*. Londres: Kensington Publications.
- Rosen S., Simon J., Whiteside A., Vincent J.R. y Thea D.M. (2000a). Care and Treatment to Extend the Working Lives of HIV-Positive Employees: Calculating the Benefits to Business, *South African Journal of Science* (julio).
- Rosen S., Simon J., MacLeod W., Fox M., Thea D.M. y Vincent J.R. (2003). AIDS is Your Business, *Harvard Business Review* (febrero).
- Roth J. (2001). *Innovative financial instruments and policies for managing the HIV/AIDS epidemic*, ponencia al Brainstorm Workshop on ILO/UNIFEM Programme: The Care Economy, Turín (noviembre).
- Rugalema G. (1999). *HIV/AIDS and the Commercial Agricultural Sector of Kenya. Impact, Vulnerability, Susceptibility and Coping Strategies*. Roma: FAO/PNUD.
- Rugalema G. y Akoulouze R. (2003). *Identifying Promising Approaches in HIV/AIDS and Education*. Roma: FAO/PNUD.
- Sehgal J.M. (1999). *The labour implications of HIV/AIDS: An explanatory note*, discussion paper on HIV/AIDS and the world of work. Ginebra: OIT.
- Serima E. (2004). *Transport Sector policy Development: Case Study for Zimbabwe*. Harare: Oficina Subregional de la OIT para África austral.
- Smart R. (2004). *HIV/AIDS Guide for the Mining Sector: A Resource for Developing Stakeholder Competency and Compliance in Mining Communities in Southern Africa*. Ontario: Golder Associates.
- Sudáfrica. Departamento de Salud (2003). *The Impact of HIV/AIDS on the Health Sector: National Survey of Health Personnel, Ambulatory and Hospitalized Patients and Health Facilities, 2002*.
Disponible en: www.hsrcpublishers.ac.za.
- _____ (2003a). *Study No. 1: HIV/AIDS Prevalence among South African Health Workers and Ambulatory and Hospitalized Patients*.
Disponible en: www.hsrcpublishers.ac.za.
- _____ (2003b). *Study No. 2: The Impact of HIV/AIDS on Health Workers Employed in the Health Sector*.
Disponible en: www.hsrcpublishers.ac.za.
- _____ (2003c). *Study No. 3: The Impact of HIV/AIDS on Health Services*.
Disponible en: www.hsrcpublishers.ac.za.
- _____ (2003d) *Study No. 5: AIDS-Attributable Mortality amongst South African Health Workers*.
Disponible en: www.hsrcpublishers.ac.za.

- South African Reserve Bank (2003). *HIV/AIDS and Labour Markets*, *Labour Markets and Social Frontiers*, Reflection on current issues (No. 4).
- Stevens M. (2001). *AIDS and the Workplace with a Specific Focus on Employee Benefits: Issues and Responses*, Centre for Health Policy. Johannesburg: University of Witswaterstand.
- Tawfik L. y Kinoti S.N. (2001). *The Impact of HIV/AIDS on the Health Sector in sub-Saharan Africa: The Issue of Human Resources*. Washington, DC: USAID (Support for Analysis and Research in Africa (SARA)).
- Tumushabe J. (2003). *Situational Analysis of AIDS induced child labour in Uganda and experience of community empowerment to manage the crisis*, paper presented at the Technical Workshop on the Impact of HIV/AIDS on Child Labour in sub-Saharan Africa, Kampala, Uganda. Kampala: Makerere University (Departamento de Estudios) (6-8 de mayo).
- UNICEF (2002). *Africa's Orphaned Generations*. Nueva York: UNICEF.
- UNIFEM (2000). *Progress of the World's Women 2000*. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la condición femenina.
- USAID (2002). *USAID Response to the Impact of HIV/AIDS on Basic Education in Africa*. Washington, DC: USAID Bureau for Africa, Office of Sustainable Development.
- _____(2003). *The Health Sector Human Resource Crisis in Africa: An Issues Paper*. Washington, DC: USAID, Bureau for Africa, Oficina para África, División de desarrollo sostenible.
- Vass J.R. (2003). *Globalization and the impact of HIV/AIDS on the labour force*. Employment and Economic Policy Research (EEPR). Pretoria: Human Sciences Research Council (HSRC).
- Xstrata plc (2003). *Health, 2003 Annual Health, Safety, Environment and Community (HSEC) Report*.
- Yan Yan, Hoover D.R., Moore R.D., Xiong Chengjie (2003). *Multivariate estimation of cumulative incidence, prevalence, and morbidity time of a disease when death is likely*, *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 56: págs. 546-552.
- Younger S.D. (2001). *Cross-country determinants of declines in infant mortality: a growth regression approach*. Ithaca, Universidad de Cornell, Programa de Alimentos y Nutrición.
- Zerfu D. (2002). *The Macroeconomic Impact of HIV/AIDS in Ethiopia*. Adis Abeba: Universidad de Adis Abeba, Departamento de Economía.

Notas técnicas

Notas técnicas

Fuentes citadas en el texto

En la preparación del presente informe colaboraron muchas personas y en la bibliografía se ha procurado que figuren todas las fuentes consultadas. OIT/SIDA desea sin embargo destacar la labor de las siguientes personas que redactaron algunos de los textos: Alex Banful, autor de la comunicación sobre los cambios de comportamiento entre los mecánicos y propietarios de talleres de reparaciones en Ghana; Evelyn Serima, autora del artículo sobre la política nacional de transporte en Zimbabwe; Norman Jennings, autor del artículo sobre el papel del diálogo social en la administración de las terapias antiretrovirales en el sector minero de Sudáfrica, y Nikolai Mashkilleyson, Svetlana Misikhina, Dmitri Pomazkin y Vadim Pokrovsky por su contribución sobre la modelización del costo de la política social aplicada en materia de VIH/SIDA en la Federación de Rusia.

Fuentes utilizadas para elaborar los cuadros principales

Las fuentes de los cuadros principales fueron las siguientes: a) el Fondo de las Naciones Unidas para las Actividades de Población (FNUAP), en el caso de las estimaciones y proyecciones desglosadas por sexo y edad, en ausencia y en presencia de VIH/SIDA, que constituyeron las bases a partir de las cuales se trabajó (Naciones Unidas 2003 y 2003a); b) . ONUSIDA, en el caso de las proyecciones para 2002 relativas al VIH, concretamente el Grupo de referencia sobre estimaciones, modelización y proyecciones; c) la OIT, en el caso de las estimaciones y proyecciones más recientes (OIT, 2004) relativas a la población económicamente activa en todos los países; d) el Banco Mundial, en el caso de las estimaciones del PIB y del PIB por habitante para todos los países (BM, 2004), y e) ONUSIDA, en el caso de las estimaciones de la prevalencia del VIH en la población de 15 a 49 años, por países (ONUSIDA, 2003) y del número de huérfanos menores de 17 años, por país (ONUSIDA 2004).

De los 53 países incluidos en el estudio del impacto del VIH/SIDA realizado por la División de Población de las Naciones Unidas (ONU, 2003 y 2003^a), tres países no fueron considerados en el análisis, a saber, Guinea

Ecuatorial, Guinea-Bissau y Sierra Leona, porque no se contaba con estimaciones de prevalencia del VIH para 2003. En consecuencia, el presente informe abarca 50 países, excepto en el análisis del impacto macroeconómico en que se incluyen 47 países (véase el cuadro principal 2).

En todos los cuadros, se utiliza el término *estimaciones* para referirse a los períodos para los que observaciones posteriores confirman (o modifican) *proyecciones* anteriores (censos o encuestas nacionales). Se utiliza en cambio el término *proyecciones* para referirse a los períodos para los que sólo se dispone de proyecciones (incluso referentes a años ya transcurridos para los que no se dispone de datos que los confirmen o modifiquen). Por lo general, las estimaciones se refieren a tiempos pasados y las proyecciones a tiempos futuros. En el presente informe, los datos anteriores al año 2000 se consideran estimaciones (incluso el período 1995 – 2000); los referentes al año 2000 y en adelante en cambio, se consideran proyecciones (inclusive el período 2000 – 2005).

Las estimaciones de ONUSIDA sobre la prevalencia del VIH corresponden al grupo de edad 15 – 49. Para incluir al grupo 50 – 64 que trabaja, la OIT ha *ajustado* las estimaciones de prevalencia en el grupo 50 – 64 años, calculando el número de muertes – en ausencia y en presencia del VIH/SIDA – en dicho grupo, y aplicando el multiplicador a las estimaciones de prevalencia del VIH/SIDA a las tasas de población económicamente activa, o a ambas, según proceda.

Definiciones y derivación de variables en cada cuadro principal

Cuadro principal 1

El número de personas seropositivas en la categoría 15 – 64 para 2003 se basa en los recuentos de población efectuados por las Naciones Unidas, desglosados por grupos de edad; las estimaciones de la población económicamente activa en la categoría 15 y 49 años y el índice de prevalencia del VIH para la categoría 15 – 49 años, ajustados sobre la base del diferencial de mortalidad entre las categorías 15 – 49 y 15 – 64.

La División de Población de las Naciones Unidas por lo general estima o proyecta los datos sobre mortalidad infantil, esperanza de vida, fertilidad total y tasa de crecimiento, por períodos de cinco años. La estimación de la población total sin embargo se hace cada año.

La tasa de mortalidad infantil es el número de muertes de menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos.

La esperanza de vida al nacer, es el promedio de años de vida que tiene por delante un recién nacido si se mantienen las condiciones de mortalidad habituales.

La tasa de fertilidad total es el promedio de nacidos vivos de una mujer durante toda su vida fértil, si se mantienen los niveles de fertilidad imperantes en las diferentes edades.

La tasa anual de crecimiento de la población del país, es la diferencia entre los nacimientos y las muertes (consideradas la inmigración y la emigración), expresada en porcentaje.

El índice de dependencia en una población es la razón entre el total de menores de 14 años y de mayores de 65 (numerador) y el total de personas en edad de trabajar (15 – 64 años) (denominador). Por lo general se expresa en porcentaje.

Cuadro principal 2

De los 50 países incluidos en este informe (véanse las notas técnicas introductorias) para los que se disponía de estimaciones de prevalencia del VIH en 2003, no se retuvo a tres en el análisis macroeconómico, a saber, Eritrea, Liberia y Myanmar, por falta de datos para varios años. Dos de los 47 restantes (que figuran en el cuadro principal 2), Tailandia y Uganda, no pudieron ser incluidos en el análisis de los efectos del VIH/SIDA en el período 1992-2002 porque en 2003 ya habían dejado atrás hacía más de un trimestre el punto culminante de la epidemia. No obstante, el crecimiento económico de estos dos países se estimó ex post facto aplicando el modelo general por lo que se incluyeron en el cuadro principal 2. Su inclusión da una idea del impacto del VIH/SIDA en las tasas de crecimiento de estas dos economías, si se hubiesen incluido inicialmente en el modelo.

El Producto Interno Bruto (PIB) es el valor de todos los bienes y servicios producidos por todos los productores residentes en el país, más los impuestos (menos los subsidios) a la producción, no incluidos en la citada

valoración. Se ha expresado en un valor constante, el dólar de 1995. Para la conversión a dólares internacionales y salvaguardar la paridad del poder de compra se utilizaron factores de conversión. El crecimiento se calculó a partir de valores constantes del PIB. En el cálculo de la tasa de crecimiento se aplicó el método de los mínimos cuadrados.

El Producto Interno Bruto Real y el PIB por habitante se refieren a la producción real o estimada, expresada en dólares de 2002, para el año más reciente en que se haya medido el desempeño económico. Se proporcionan para dar una idea de la situación económica de los países.

El PIB por habitante es el PIB dividido por la población a mitad de período. El crecimiento del PIB por habitante se basa en una medición del PIB a precios constantes, aplicando el método de los mínimos cuadrados para el cálculo de la tasa de crecimiento.

La reducción de la tasa de crecimiento promedio anual del PIB o del PIB por habitante, se refiere a la disminución en el crecimiento promedio anual expresado como diferencia porcentual, al compararse los resultados del crecimiento una vez removido el efecto del VIH/SIDA. Representa los puntos porcentuales de crecimiento del PIB o del PIB por habitante que se hubieran obtenido en ausencia del VIH/SIDA.

La pérdida anual promedio (en dólares) por disminución del crecimiento del PIB y del PIB por habitante, se refiere la cantidad promedio de dólares que un país podría recuperar si se removiera el efecto atribuible al VIH/SIDA.

Las cifras contenidas en el cuadro principal 2 se calcularon sobre la base del modelo econométrico.

Cuadros principales 3A, 3B y 3C

La población que sirve de base a los cálculos es el total de la fuerza de trabajo (grupos de edad, desglosados por sexo) a los que se aplica la tasa de actividad económica correspondiente a esos mismos grupos. La fuerza de trabajo con incapacidad laboral, parcial o total, se calculó a partir de las muertes atribuibles al SIDA y un período de tiempo previo al fallecimiento en que la persona seropositiva, en ausencia de tratamiento, presenta síntomas característicos.

En ausencia de tratamiento, el tiempo que transcurre entre los primeros síntomas y la muerte se dividió en etapas. En la primera, la

persona seropositiva presenta una incapacidad laboral parcial y progresivamente, si sigue sin tratamiento, avanza hacia una incapacidad total, previa a la muerte. Estas etapas se han determinado a partir de las etapas reconocidas y los niveles de actividad recomendados por la OMS (OMS, 2003). Se ha definido la

etapa III como la etapa en que una persona seropositiva guarda cama hasta un 50 por ciento del tiempo y a la que le ha otorgado una incapacidad laboral del 50 por ciento. En la etapa IV la persona seropositiva presenta una incapacidad laboral total; permanece postrada más del 50 por ciento del tiempo.

Etapas en la progresión del SIDA y niveles de actividad

Etapas clínicas

Etapas clínicas I
Nivel normal de actividad y ausencia de síntomas

Etapas clínicas II

Nivel normal de actividad, pero con alguna pérdida de peso, infecciones menores de la piel y la boca, y sinusitis a repetición.

Etapas clínicas III

Enfermo postrado hasta un 50 por ciento del tiempo durante el último mes transcurrido, junto con numerosos síntomas como pérdida de peso, diarrea, fiebre, infecciones bucales, tuberculosis y otras infecciones pulmonares graves, incluida neumonía.

Etapas clínicas IV

Enfermo postrado más del 50 por ciento del tiempo durante el último mes transcurrido y numerosos otros síntomas como delgadez y agotamiento extremos, neumonía, infecciones por hongos, virales y bacterianas de la boca, el cerebro, el aparato digestivo y otros órganos.

En la etapa IV, como consecuencia de una encefalitis por VIH el enfermo pierde sus funciones cognitivas o motoras, o ambas, lo cual interfiere con sus actividades cotidianas y cuya progresión sólo se detiene con la muerte.

Fuentes: Staging system for HIV infection and disease in adults and adolescents (OMS. Etapas de la infección sistémica con el VIH enfermedad en adultos y adolescentes) (OMS, 2003, págs. 49-50).

La longitud del período en cuestión se estimó a partir de la información contenida en un cuerpo relativamente reducido de artículos pero de gran solidez y coherencia que tratan de la progresión del VIH/SIDA en ausencia de tratamiento (véase Dilys et al., 2002; Del Amo et al., 1998; Hira et al., 2003; Mocroft et al., 1997; Roger et al., 1997; Yan Yan et al., 2003; y Collaborative Group on AIDS Incubation and HIV survival, 2000). Sobre la base de estos estudios, para las etapas III y IV se determinaron tres momentos (véase el cuadro que aparece más adelante).

El concepto de *incapacidad laboral* (en el caso de una persona, *estar incapacitada* para trabajar) se concibe como lo contrario de “estar médicamente apto para desempeñar correctamente las funciones asociadas a un cargo” (OIT, 2001) y se refiere a la incapacidad clínica para trabajar que en ausencia de tratamiento es la suerte de las personas seropositivas, sean o no sean estas personas objeto de seguimiento médico en sentido estricto. Dicho concepto se utiliza para designar la incapacidad laboral, adquirida y continuada, que termina por excluir a estas personas de la población económicamente activa. En la medida de lo posible, este criterio debería permitir distinguirlas de las personas con discapacidad, así como de las personas que gozan de una licencia de enfermedad (incluso si ésta es por un período prolongado). Si bien una proporción (desconocida) de personas que por razones de salud no pueden ejercer sus funciones con propiedad podrán conservar su empleo y beneficiarse de una gama de prestaciones, las personas seropositivas que no reciben tratamiento con el tiempo se verán

Selección de combinaciones posibles de períodos de incapacidad laboral parcial y total de las personas que no reciben tratamiento por síntomas de SIDA

Combinaciones posibles de períodos de incapacidad	Meses de incapacidad laboral parcial en la etapa III	Meses de incapacidad laboral total en la etapa IV	Meses de incapacidad laboral parcial y total antes del fallecimiento
Combinación 1	15	9	24
Combinación 2	12	6	18
Combinación 3	15	3	18

Notas técnicas: Cuadro 1

Fuente: OMS, 2003

completamente imposibilitadas de realizar una actividad productiva.

Sobre esta base, se estimó, para cada uno de los tres “momentos” de las etapas III y IV, el número de integrantes de la fuerza de trabajo con incapacidad laboral parcial, con incapacidad laboral total, y con incapacidad parcial y total, para los años 1995 (cuadro principal 3A), 2005 (cuadro principal 3B), y 2015 (cuadro 3C).

Cuadro principal 4

Para confeccionar este cuadro, a las cifras de población desglosadas por grupos de edad y por sexo, se aplicaron las tasas de mortalidad correspondientes a los mismos, *con y sin* la presencia del VIH/SIDA así como las tasas de actividad económica correspondientes a cada grupo. Las pérdidas representan la diferencia entre el total (estimado) de la fuerza de trabajo en ausencia del VIH/SIDA y el total (estimado o proyectado) de la fuerza de trabajo, en presencia del VIH/SIDA.

Cuadro principal 5

Las estimaciones del número de huérfanos utilizadas son las más recientes (ONUSIDA, 2003). Se considera huérfanos a los menores de 18 años (no emancipados por alguna otra razón), que han perdido a su madre o a su padre, o a ambos, como resultado del VIH/SIDA, de conformidad con lo estipulado en el artículo 1 de la Convención sobre los derechos del niño (1989) que considera niño a toda persona menor de 18 años, salvo si en virtud de la ley que se le aplica, dicha persona obtiene antes la mayoría de edad.

Pueden consultarse estimaciones (y proyecciones) anteriores acerca del número de huérfanos menores de 15 años en *Children on the Brink 2002: A Joint Report on Orphan Estimates and Program Strategies* (ONUSIDA, UNICEF y USAID, 2002).

Cuadros principales 6 A, 6B y 6C

Estos cuadros se elaboraron a partir de estimaciones y proyecciones de la población desglosada por edad y sexo; a partir de las tasas de actividad económica desglosadas por edad y sexo, y a partir de la población en edad de trabajar y la población económicamente activa que, según las estimaciones o las proyecciones, se encuentra parcial o totalmente incapacitada para trabajar.

Tal como en el caso de los cuadros 3A, 3B y 3C, las personas en edad de trabajar y los

integrantes de la fuerza de trabajo incapaces de trabajar se estimaron o proyectaron para tres combinaciones posibles de duración de las etapas III y IV en la progresión del VIH/SIDA (véanse los cuadros principales 3A, 3B y 3C).

En el marco del VIH/SIDA, el índice de dependencia económica es la razón entre el total de menores de 15 años, más el total de personas con 65 años y más (no económicamente activas), más el total de personas entre 15 y 64 años incapacitadas de trabajar como resultado del VIH/SIDA (numerador), dividido por el total de personas entre 15 y 64 años económicamente activas (excluidas las personas de este grupo de edad que no trabajan como resultado del VIH/SIDA) (denominador). En dicho denominador se incluyen las personas seropositivas que se encuentran en las etapas I y II (véase OMS, 2003). En ausencia del VIH/SIDA, este mismo índice se calcula sin agregar el grupo 15 – 64 años incapaz de trabajar como resultado del VIH/SIDA en el numerador, y sin excluir a los integrantes de la fuerza de trabajo incapaces de trabajar como resultado del VIH/SIDA en el denominador. El índice de dependencia se expresa por 100 personas económicamente activas.

El impacto de las muertes atribuibles al VIH/SIDA se deduce de la diferencia entre dos índices de dependencia económica: uno que *no* tiene en cuenta las muertes atribuibles al VIH/SIDA y otro que sí las tiene en cuenta. Se expresa en forma de porcentaje.

El impacto adicional de las enfermedades atribuibles al VIH/SIDA se deduce de la diferencia entre los índices de dependencia económica, en *presencia* y en *ausencia* del VIH/SIDA, los cuales se comparan con la mortalidad en presencia y en ausencia del VIH/SIDA para determinar si son superiores o inferiores. También se expresa en porcentaje.

El impacto total se calcula multiplicando el impacto de las muertes por el impacto de la enfermedad. Por ejemplo, si el impacto de las muertes es de 5 por ciento y el de la enfermedad es de 2 por ciento, el impacto total será de 7,1 por ciento ($1.05 \times 1.02 = 1.071$).

En el cuadro principal 1 (consúltese la respectiva nota técnica) se proporciona una definición del índice de dependencia. Para ilustrar los cambios detectables en el peso social del VIH/SIDA, se utilizó el índice de dependencia *ajustado*, o sea, aquél a cuyo numerador se han sumado las personas de 15 a 64 años incapaces de trabajar como consecuencia del VIH/SIDA, total que se ha restado, consecuentemente, del

denominador donde figura el total de personas en edad de trabajar.

El impacto de las muertes por VIH/SIDA se ha medido a través de la diferencia entre el índice de dependencia en *presencia* del VIH/SIDA y en *ausencia* de éste.

El impacto de la enfermedad es el impacto adicional derivado de la proporción de personas en edad de trabajar que no pueden hacerlo debido al VIH/SIDA. Se calcula como la diferencia entre el índice de dependencia de la población en presencia del VIH/SIDA y el índice de dependencia *ajustado* de esa misma población.

El impacto total se calcula multiplicando el impacto de las muertes por el impacto de la enfermedad.

Notas para el VIH/SIDA y el mundo del trabajo. Cambiar las leyes para que puedan cumplirse.

- 1 Sección 5.1 (i)
- 2 Véanse por ejemplo, Diau contra Botswana Building Society (BBS), Tribunal del Trabajo de Botswana, 9 de febrero de 2004; X contra Bank of India, Tribunal Supremo de Bombay, 16 de enero de 2004; G. contra New India Assurance Company Ltd., Tribunal Supremo de Bombay, 16 de enero de 2004; Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) contra Ciudad de Montreal, Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) contra Ciudad de Boisbriand, 2000 SCC 27 [2000] SCJ No 24 (QL); N contra Ministro de Defensa, Tribunal del Trabajo de Namibia, 10 de mayo de 2000, Caso núm. LC 24/98; CCT 17/00; Hoffmann contra South African Airways, Tribunal Constitucional de Sudáfrica, 28 de septiembre de 2000; y Thwaites contra Canadian Armed Forces, [1993] CHRD No. 9 (7 de junio de 1993); confirmado en Canadá (Fiscal General) contra Thwaites, [1994] 3 FC 38 (TD).
- 3 Si se quiere obtener más detalles sobre tales iniciativas véase Chartier, M. C., Legal initiatives that can help fight HIV/AIDS in the world of work, ILO/AIDS, septiembre de 2003, Ginebra. El texto completo de las mismas puede descargarse en el sitio Web de OIT/SIDA: <http://mirror/public/english/protection/trav/aids/laws/index.htm>.
- 4 Ejemplos de leyes específicas sobre el VIH/SIDA en el mundo del trabajo: Costa Rica,

Ley general sobre VIH/SIDA núm. 7771, 1998 y sus reglamentos núms. 27894-S, 1999; Ley de la República Dominicana núm. 55-93 del 31 de diciembre de 1993 (*Gaceta Oficial*, Vol. 143, No. 9875, 31 de enero de 1994); Kenya, HIV/AIDS Prevention and Control Bill, 23 de septiembre de 2003, *Kenya Gazette Supplement* No. 76 (proyecto de ley núm. 22); México, Norma Oficial Mexicana, NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por VIH, y Filipinas, Ley de la República de Filipinas núm. 8504, del 29 de junio de 1998. Actualmente está en estudio en India una legislación integral sobre el VIH/SIDA. El proyecto de ley pertinente es objeto de amplias consultas en todo el país con representantes de todos los sectores que se ven afectados por la pandemia, incluidos representantes del mundo del trabajo. Puede obtenerse más información a este respecto en: www.lawyerscollective.org/lc-hiv-aids/Abstracts/abstracts.htm.

- 5 4. República Unida de Tanzania (Zanzíbar), proyecto de ley sobre Empleo y relaciones de trabajo, (suplemento en que figura el proyecto de ley núm. 5), *Gaceta de la República Unida de Tanzania* núm. 14 Vol. 85, 2 de abril de 2004); Bahamas, Ley del Empleo núm. 27, 2001 (*Gaceta Oficial*, 2001, No. 27 págs. 1-45); Zimbabwe, *Ley de relaciones de trabajo [Capítulo 28:01]*, en su forma enmendada por la *Ley de Enmienda de la Ley de relaciones de trabajo*, de 2002, y de los reglamentos sobre el VIH/SIDA contenidos en la misma, 1998; Sudáfrica, Ley de igualdad en el empleo núm. 55, de 1998, *Gaceta Oficial*, 19 de octubre de 1998, Vol. 400, núm. 19370. En Barbados, Kenya, Lesotho, Sta. Lucía, Ucrania y Zambia se estudian reformas legislativas destinadas a incorporar disposiciones relativas a la protección de los derechos de los trabajadores y de quienes esperan ser contratados. Los 16 países que integran la Organización para la Armonización del Derecho Comercial en Africa, a saber, Benin, Burkina Faso, Camerún, República Centroafricana, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gabón, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Malí, Níger, Senegal, Chad y Togo emprendieron en 1999 un proceso de reforma con vistas a la adopción de una *Ley armonizada sobre Derecho del Trabajo*. Con dicho proyecto se pretende crear una base jurídica común en materia de cuestiones laborales en los Estados miembros. Contiene disposiciones que prohíben la discriminación por motivo de HIV/SIDA, así como la obligación de someterse a pruebas de detección del VIH.
- 6 5. Mozambique, Ley núm. 5 del 5 de febrero de (*Boletim da República*, Quarta-feira, 13 de

- febrero de 2002); Angola, Decreto núm. 43/03 (*Diário da República*, Sexta feira, 4 de julio de 2003, núm. 52); Namibia, *National Code on HIV/AIDS in Employment*, 1998, adoptado en el marco de la sección 112 de la Ley del Trabajo de 1992 (Ley núm. 6 de 1992) y el Code of Practices on Key Aspects of HIV/AIDS and Employment de Sudáfrica, (*Gaceta Oficial*, 1 de diciembre de 2000, vol. 426, núm. 21815) adoptada en virtud de la Ley de igualdad en el empleo, núm. 55 de 1998 y de la Ley de relaciones de trabajo, núm. 66 de 1995.
- 7 En 2003, en Trinidad y Tabago varias sociedades cooperativas sindicales de crédito (la Antillas Employees Credit Union Co-operative Society Limited, la San Fernando Community Credit Union Co-operative Society Limited, la First National Credit Union y la NHA Employees Credit Union Co-operative Society Limited) firmaron un acuerdo colectivo con la Banking Insurance y el Sindicato General de Trabajadores, por el que las partes se comprometen a debatir entre ellas con vistas a formular una política en materia de VIH/SIDA. En 2001, en Sudáfrica, la empresa GFL Mining Services Limited y la NUMW, la UASA y el MWUS firmaron un acuerdo colectivo en materia de VIH/SIDA en el lugar de trabajo.
 - 8 El término “empleo” abarca la conclusión, la suspensión o la modificación de los contratos de trabajo, la remuneración, las prestaciones, la formación y la promoción. Las quejas por incumplimiento se presentan ante el Consejo Nacional para la Prevención de la Discriminación.
 - 9 Si se desea conocer otros ejemplos, véase la Carta de derechos y libertades de Quebec (Canadá) 1975, (RSQC-12) y la Ley para la promoción de la igualdad y la prevención de la discriminación, núm. 4, de 2000, *Gaceta Oficial*, 9 de febrero de 2000, vol. 416, núm. 20876.
 - 10 En tanto que la mayor parte de los tribunales de los Estados Unidos aceptan que el hecho de ser seropositivo constituye en sí una discapacidad, algunos han solicitado pruebas de que el VIH/SIDA limita de manera importante la actividad, antes de considerar que el VIH es un factor de incapacidad. Lo anterior ha afectado el nivel de protección de que podrían gozar las personas seropositivas que no presentan otros síntomas atribuibles al VIH/SIDA, en virtud de la *Ley de Incapacidad de los ciudadanos americanos* (1990). Consúltense también la Ordenanza en materia de Discapacidad y Discriminación, de Hong Kong, núm. 86, de 1995 y la Ley sobre de Discapacidad y Discriminación, del Reino Unido, de 1995 (proyecto de enmienda de la ley existente destinado a otorgar protección a partir del momento en que se detecta el VIH, según el anuncio hecho por la Reina en su alocución ante el Parlamento el 26 de noviembre de 2003).
 - 11 Véase por ejemplo, Bragdon contra Abbott 118 S Ct 2196 (Estados Unidos, 1998); Runnebaum contra Nationsbank de Maryland 1997, WL 465301; Jurgens, R. Important Legal Victories for People with HIV/AIDS in the US, *Canadian HIV/AIDS Policy and Law Review*, vol. 4, núms. 2, 3, primavera de 1999; Jurgens, R. Your Health is Back. Now You May Lose Your Protection against Discrimination, *Canadian HIV/AIDS Policy and Law Review*, vol. 3, núm. 4, invierno 1997/1998.
 - 12 GG 20556, 20 de octubre de 1999.
 - 13 Estipula que, en virtud de la citada ley, no se autoriza la contratación de ningún plan médico mientras el Consejo no se haya asegurado de que dicho plan no discrimina o no discriminará injustamente a las personas en razón de su estado de salud. La ley contempla la emisión de reglamentos que establezcan un conjunto de prestaciones mínimas que todos los planes deben proponer a sus adherentes.
 - 14 Por ejemplo, Kenya adoptó un proyecto de ley sobre prevención y control del VIH/SIDA en septiembre de 2003 (suplemento de la Gaceta Oficial de Kenya, núm. 79, proyecto de ley núm. 22) que abarca una gama de medidas como la educación en materia de VIH/SIDA (que pone el acento en la prevención en escuelas, lugares de trabajo, servicios de salud y la comunidad), el carácter confidencial de la información sobre el VIH/SIDA contenida en los registros y el acceso a los servicios de salud. Prohíbe los actos y prácticas discriminatorias de que pudieran ser objeto las personas seropositivas y dispensa de la obligación de someterse a pruebas de detección del VIH como una exigencia previa a la contratación. Se estudia actualmente una reforma de la legislación para fortalecer los derechos de los trabajadores reconocidos en el proyecto de ley sobre el VIH/SIDA.



Cuadros principales

Cuadro principal 1: Datos básicos sobre el VIH/SIDA: fuerza de trabajo, población, grupos de edad e índice de dependencia para 50 países durante el período 200-2005

País	VIH/SIDA		Población					Grupos de edad e índice de dependencia			
	Prevalencia del VIH en el grupo de edad 15-49 años Estimación Año 2003 (en porcentaje)	Número de personas seropositivas en la fuerza de trabajo (15-64 años). Estimaciones Año 2003	Población total. Proyección año 2005 (en miles)	Mortalidad infantil. Proyecciones período 2000-2005 (por mil nacidos vivos)	Esperanza de vida al nacer. Proyecciones período 2000-2005	Tasa de fertilidad total. Proyecciones período 2000-2005 (nacidos vivos por mujer)	Tasa de crecimiento anual de la población. Proyecciones período 2000-2005 (en porcentaje)	Número de personas entre 0-14 años. Proyecciones año 2005 (en miles)	Número de personas entre 15-64 años. Proyecciones año 2005 (en miles)	Número de personas de 65 años y más. Proyecciones año 2005 (en miles)	Índice de dependencia (número de personas dependientes por cada 100 personas no dependientes). Proyecciones año 2005
África subsahariana											
Angola	3.9	198,700	14,533	140	40	7.2	3.2	6,958	7,186	389	102
Benín	1.9	54,100	7,103	93	51	5.7	2.7	3,174	3,741	188	90
Botswana	37.3	253,600	1,801	57	40	3.7	0.9	709	1,037	55	74
Burkina Faso	4.2	245,700	13,798	93	46	6.7	3.0	6,732	6,712	354	106
Burundi	6.0	224,900	7,319	107	41	6.8	3.1	3,288	3,829	202	91
Camerún	6.9	382,800	16,564	88	46	4.6	1.8	6,869	9,075	620	83
Rep. Centroafricana	13.5	202,600	3,962	100	40	4.9	1.3	1,700	2,101	161	89
Chad	4.8	160,900	9,117	115	45	6.7	3.0	4,285	4,555	278	100
Congo	4.9	62,700	3,921	84	48	6.3	2.6	1,853	1,954	113	101
Côte d'Ivoire	7.0	399,400	17,165	101	41	4.7	1.6	6,936	9,648	581	78
República Democrática del Congo	4.2	713,600	56,079	120	42	6.7	2.9	26,377	28,231	1,472	99
Djibouti	2.4	6,051	721	102	46	5.7	1.58	308	389	24	85
Eritrea	2.7	47,800	4,456	73	53	5.4	3.7	2,003	2,358	95	89
Etiopía	4.4	1,336,766	74,189	100	45	6.1	2.5	33,511	38,485	2,193	93
Gabón	8.1	37,800	1,375	57	57	4.0	1.8	547	770	59	79
Gambia	1.2	5,800	1,499	81	54	4.7	2.7	602	841	56	78
Ghana	3.1	292,297	21,833	58	58	4.1	2.2	8,483	12,590	760	73
Guinea	3.2	121,200	8,788	102	49	5.8	1.6	3,849	4,685	255	88
Kenya	6.7	1,003,534	32,849	69	45	4.0	1.5	13,240	18,642	967	76
Lesotho	28.9	211,300	1,797	92	35	3.8	0.1	706	1,004	87	79
Liberia	5.9	61,400	3,603	147	41	6.8	4.1	1,688	1,835	80	96
Malawi	14.2	737,700	12,572	115	38	6.1	2.0	5,872	6,259	441	101
Malí	1.9	106,600	13,829	119	49	7.0	3.0	6,827	6,676	325	107
Mozambique	12.2	1,128,500	19,495	122	38	5.6	1.8	8,498	10,358	639	88
Namibia	21.3	152,400	2,032	60	44	4.6	1.4	869	1,084	80	88
Nigeria	5.4	2,406,500	130,236	79	51	5.4	2.5	57,192	68,946	4,098	89
Rwanda	5.1	230,600	8,607	112	39	5.7	2.2	3,886	4,496	224	91
Sudáfrica	21.5	3,698,827	45,323	48	48	2.6	0.6	14,600	28,800	1,924	57
Sudán	2.3	25,600	35,040	77	56	4.4	2.2	13,657	20,089	1,294	74
Swazilandia	38.8	134,100	1,087	78	34	4.5	0.8	467	581	39	87
Togo	4.1	74,800	5,129	81	50	5.3	2.3	2,218	2,746	165	87
Uganda	4.1	454,242	27,623	86	46	7.1	3.2	13,904	13,044	675	112
República Unida de Tanzania	8.8	1,401,300	38,365	100	43	5.1	1.9	17,011	20,425	929	88
Zambia	16.5	726,800	11,043	105	32	5.6	1.2	5,162	5,538	342	99
Zimbabwe	24.6	1,309,600	12,963	58	33	3.9	0.5	5,453	7,035	476	84
Asia											
Camboya	2.6	149,500	14,825	73	57	4.8	2.4	6,027	8,364	434	77
China	0.1	857,300	1,322,273	37	71	1.8	0.7	288,830	934,056	99,387	42
India*	0.8	3,087,700	1,096,917	64	64	3.0	1.5	350,244	688,497	58,177	59
Myanmar	1.2	275,400	50,696	83	57	2.9	1.3	15,769	32,525	2,402	56
Tailandia	1.5	516,700	64,081	20	69	1.9	1.0	15,817	44,198	4,067	45
América latina y el Caribe											
Bahamas	3.0	4,400	321	18	67	2.3	1.1	91	210	20	52
Belice	2.4	2,300	266	31	71	3.2	2.1	97	158	11	69
Brasil	0.7	549,100	182,798	38	68	2.2	1.2	49,589	122,558	10,651	49
República Dominicana	1.7	66,200	8,998	36	67	2.7	1.5	2,804	5,751	443	56
Guyana	2.5	7,500	768	51	63	2.3	0.2	225	504	39	52
Haití	5.6	222,600	8,549	63	50	4.0	1.3	3,197	5,010	343	71
Honduras	1.8	43,500	7,257	32	69	3.7	2.3	2,840	4,139	278	75
Trinidad y Tobago	3.2	22,000	1,311	14	71	1.6	0.3	278	937	96	40
Regiones más desarrolladas											
Federación de Rusia	1.1	741,000	141,553	16	67	1.1	0.6	20,477	101,055	20,022	40
Estados Unidos	0.6	928,800	300,038	7	77	2.1	1.0	63,641	199,548	36,849	50

Cuadro principal 1: Datos básicos sobre el VIH/SIDA: fuerza de trabajo, población, grupos de edad e índice de dependencia para 50 países durante el período 200-2005
Resumen

	VIH/SIDA		Población				Grupos de edad e índice de dependencia			
	Prevalencia del VIH en el grupo de edad 15-49 años. Estimación Año 2003 (en porcentaje)	Número de personas seropositivas en la fuerza de trabajo (15 - 64 años). Estimaciones Año 2003	Población total. Proyección año 2005 (en miles)	Mortalidad infantil. Proyecciones período 2000 - 2005 (por mil nacidos vivos)	Esperanza de vida al nacer. Proyecciones período 2000-2005	Tasa de fertilidad total. Proyecciones período 2000-2005 (nacidos vivos por mujer)	Tasa de crecimiento anual de la población. Proyecciones período 2000-2005 (en porcentaje)	Número de personas entre 0 - 14 años. Proyecciones año 2005 (en miles)	Número de personas entre 15 - 64 años. Proyecciones año 2005 (en miles)	Número de personas de 65 años y más. Proyecciones año 2005 (en miles)	Índice de dependencia (número de personas dependientes por cada 100 personas no dependientes). Proyecciones año 2005
Total África subsahariana (35 países)	7.7	18,610,517	665,816				289,433	355,743	20,640	87
Total Asia (5 países)	0.4	4,886,600	2,548,793				676,686	1,707,640	164,467	49
Total América Latin y el Caribe (8 países)	1.0	917,600	210,269				59,120	139,267	11,881	51
Total regiones más desarrolladas (2 países)	0.8	1,669,800	441,591				84,117	300,603	56,871	47
Total general (50 países)	1.5	26,084,517	3,866,468				1,109,355	2,503,253	253,859	55

* La prevalencia del VIH es una estimación de rango medio elaborada por la OIT a partir de las estimaciones de mayor amplitud (0,4% - 1,3 %, rangos inferior y superior, respectivamente) elaboradas por ONUSIDA para 2003.

Fuente: véanse las notas técnicas

Cuadro principal 2: Estimación del impacto atribuible al VIH/SIDA en el crecimiento económico en 47 países durante el período 1992 – 2002.

País	Índice de prevalencia del VIH	Información macroeconómica (último año para el que se encontraron datos)		Impacto del VIH/SIDA en el PIB y en el PIB por habitante			
		PIB real (en millones de dólares de 2002)	PIB por habitante (en dólares de 2002)	Tasa promedio de crecimiento anual del PIB en presencia del VIH/SIDA. Estimaciones período 1992-2002 (en porcentaje)	Tasa promedio de crecimiento anual del PIB por habitante en presencia del VIH/SIDA. Estimaciones período 1992-2002 (en porcentaje)	Pérdida promedio por disminución del PIB atribuible al VIH/SIDA. Estimaciones período 1992-2002 (en millones de dólares)	Pérdida promedio anual por disminución del PIB por habitante atribuible al VIH/SIDA. Estimaciones período 1992-2002 (en dólares de los EE.UU.)
Orden alfabético (inglés) de los países, por región							
África subsahariana							
Angola	3.9	21,892	1,891	0.6	0.4	97	7
Benin	1.9	6,273	950	0.2	0.1	11	1
Botswana	37.3	12,787	7,233	2.8	1.8	270	105
Burkina Faso	4.2	10,912	971	0.7	0.4	57	4
Burundi	6.0	3,915	561	0.9	0.6	35	4
Cameroon	6.9	28,182	1,769	1.0	0.6	233	10
Rep. Centroafricana	13.5	4,157	1,039	1.6	1.0	58	11
Chad	4.8	7,418	904	0.7	0.5	43	4
Congo	4.9	3,190	867	0.8	0.5	21	4
Côte d'Ivoire	7.0	23,556	1,347	1.0	0.6	220	9
República Democrática del Congo	4.2	28,685	578	0.7	0.4	213	3
Djibouti	2.4	1,241	1,766	0.3	0.2	4	4
Etiopía	4.4	44,096	693	0.7	0.4	234	2
Gabon	8.1	7,345	5,841	1.1	0.7	76	41
Gambia	1.2	2,112	1,501	< 0.1	< 0.1	<1	<1
Ghana	3.1	36,642	1,882	0.5	0.3	139	5
Guinea	3.2	14,364	1,858	0.5	0.3	57	5
Kenya	6.7	28,893	902	1.0	0.6	263	6
Lesotho	28.9	5,160	2,147	2.4	1.6	107	28
Malawi	14.2	5,698	515	1.7	1.0	83	5
Mali	1.9	8,890	820	0.2	0.1	15	1
Mozambique	12.2	19,336	929	1.5	1.0	192	7
Namibia	21.3	11,061	5,500	2.1	1.3	196	71
Nigeria	5.4	100,100	758	0.8	0.5	750	4
Rwanda	5.1	8,990	1,126	0.8	0.5	53	5
Sudáfrica	21.5	392,380	8,923	2.1	1.3	7,230	115
Sudán	2.3	49,764	1,608	0.3	0.2	111	3
Swazilandia	38.8	4,153	4,027	2.8	1.8	102	71
Togo	4.1	6,207	1,309	0.6	0.4	35	5
Uganda	4.1	28,134	1,229	0.6	0.4	136	4
República Unida de Tanzania	8.8	18,012	513	1.2	0.8	177	4
Zambia	16.5	7,871	743	1.8	1.1	127	9
Zimbabwe	24.6	25,954	2,124	2.3	1.4	638	35
Asia							
Cambodia	2.6	18,080	1,820	0.4	0.2	53	3
China	0.1	5,199,486	4,054	...	...	...	...
India*	0.8	2,454,281	2,365	...	...	...	...
Tailandia	1.5	382,919	6,208	0.1	0.1	424	4
América latina y el Caribe							
Bahamas**	3.0	4,687	15,306	0.4	0.3	18	40
Belice	2.4	1,279	5,386	0.3	0.2	3	9
Brasil	0.7	1,170,587	6,878	...	...	...	...
República Dominicana	1.7	46,200	5,881	0.2	0.1	61	5
Guyana	2.5	2,662	3,770	0.3	0.2	8	8
Haití	5.6	11,955	1,427	0.9	0.5	99	8
Honduras	1.8	15,111	2,307	0.2	0.1	26	3
Trinidad y Tobago	3.2	11,443	8,354	0.5	0.3	45	22
Regiones más desarrolladas							
Federación de Rusia	1.1	1,044,623	7,289	< 0.1	< 0.1	<240	<1
Estados Unidos	0.6	9,221,212	31,660	...	...	...	...

**Cuadro principal 2:
Resumen**

Estimación del impacto atribuible al VIH/SIDA en el crecimiento económico en 47 países durante el período 1992 – 2002.

	Índice de prevalencia del VIH	Información macroeconómica (último año para el que se encontraron datos)		Impacto del VIH/SIDA en el PIB y en el PIB por habitante			
		Prevalencia del VIH entre las personas de 15 – 49 años. Estimaciones Año 2003 (en porcentaje)	PIB real (en millones de dólares de 2002)	PIB por habitante (en dólares de 2002)	Tasa promedio de crecimiento anual del PIB en presencia del VIH/SIDA. Estimaciones período 1992-2002 (en porcentaje)	Tasa promedio de crecimiento anual del PIB por habitante en presencia del VIH/SIDA. Estimaciones período 1992-2002 (en porcentaje)	Pérdida promedio por disminución del PIB atribuible al VIH/SIDA. Estimaciones período 1992-2002 (en millones de dólares)	Pérdida promedio anual por disminución del PIB por habitante atribuible al VIH/SIDA. Estimaciones período 1992-2002 (en dólares de los EE.UU.)
Africa subsahariana, 33 países***	7.9	949,234	1,588	1.1	0.7	9,232	11
Asia, 4 países***	0.4	8,054,765	3,276	...	...	...	...
América Latina y el Caribe, 8 países***	1.0	1,263,924	6,294	0.5	0.3	396	10
regiones más desarrolladas, 2 países	0.8	10,265,835	23,739	...	...	...	...
Total general, 41 países****	6.3	2,105,274	2,697	0.9	0.6	17,477	15
Total general, 45 países*****	1.6	20,150,840	5,641	0.2	0.1	25,092	5

* La prevalencia del VIH es una estimación de rango medio elaborada por la OIT a partir de las estimaciones de mayor amplitud (0,4% - 1,3 %, rangos inferior y superior, respectivamente) elaboradas por ONUSIDA para 2003.

** Los datos económicos corresponden al año 2000.

*** En Asia no se consideró a Tailandia y en África se excluyó a Uganda porque en esos países los niveles de prevalencia del VIH alcanzaron en el período 1992 – 2002 cifras muy elevadas, las cuales declinaron luego hasta alcanzar valores inferiores en un 25 por ciento a los alcanzados en los momentos culminantes. Los datos para Tailandia y Uganda, calculados aplicando el método ex post facto son muy ilustrativos. En América latina no se consideró a Brasil por falta de datos para medir el impacto del VIH/SIDA.

**** Se excluyó a Brasil en América latina; a China e India en Asia y a los Estados Unidos en las regiones más desarrolladas, por falta de datos para medir el impacto del VIH/SIDA. Tailandia y Uganda fueron igualmente excluidos.

***** Se excluyó a Tailandia y Uganda.

... No fue posible medir el impacto.

Fuente: Consúltense las notas técnicas.

Cuadro principal 3A: Estimación del impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo*, en tres momentos de las etapas III y IV de la progresión del VIH/SIDA en 50 países, en 1995

País	Índice de prevalencia del VIH	Impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo								
		Momento 1			Momento 2			Momento 3		
Orden alfabético (inglés) de los países, por región	Prevalencia entre las personas de 15-49 años. Estimaciones Año 2003 (en porcentaje)	Total de personas con incapacidad laboral parcial en la etapa III. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral total en la etapa IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial y total en las etapas III y IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial en la etapa III. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral total en la etapa IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial y total en las etapas III y IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial en la etapa III. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral total en la etapa IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial y total en las etapas III y IV. Estimaciones
Africa subsahariana										
Angola	3.9	1,100	1,040	2,140	1,110	1,020	2,130	1,300	600	1,900
Benín	1.9	170	170	340	180	160	340	200	100	300
Botswana	37.3	1,440	1,370	2,810	1,460	1,340	2,800	1,700	790	2,490
Burkina Faso	4.2	3,490	3,300	6,790	3,520	3,240	6,760	4,110	1,900	6,010
Burundi	6.0	7,970	7,550	15,520	8,030	7,420	15,450	9,400	4,340	13,740
Camerún	6.9	1,510	1,430	2,940	1,520	1,410	2,930	1,780	820	2,600
Rep. Centroafricana	13.5	2,060	1,960	4,020	2,080	1,920	4,000	2,430	1,120	3,550
Chad	4.8	1,070	1,020	2,090	1,080	1,000	2,080	1,270	580	1,850
Congo	4.9	1,390	1,320	2,710	1,400	1,290	2,690	1,640	760	2,400
Côte d'Ivoire	7.0	8,390	7,940	16,330	8,460	7,800	16,260	9,890	4,560	14,450
República Democrática del Congo	4.2	27,860	26,400	54,260	28,090	25,930	54,020	32,860	15,170	48,030
Djibouti	2.4	520	500	1,020	530	480	1,010	620	280	900
Eritrea	2.7	220	210	430	220	210	430	260	120	380
Etiopía	4.4	12,870	12,190	25,060	12,970	11,980	24,950	15,180	7,000	22,180
Gabón	8.1	230	210	440	220	210	430	260	120	380
Gambia	1.2	90	90	180	90	90	180	110	50	160
Ghana	3.1	2,690	2,540	5,230	2,710	2,500	5,210	3,170	1,460	4,630
Guinea	3.2	560	530	1,090	560	520	1,080	660	300	960
Kenya	6.7	10,150	9,620	19,770	10,230	9,450	19,680	11,970	5,530	17,500
Lesotho	28.9	80	70	150	80	70	150	90	40	130
Liberia	5.9	120	120	240	120	110	230	140	70	210
Malawi	14.2	7,650	7,240	14,890	7,710	7,120	14,830	9,020	4,160	13,180
Malí	1.9	930	880	1,810	940	860	1,800	1,100	510	1,610
Mozambique	12.2	2,050	1,940	3,990	2,070	1,910	3,980	2,420	1,120	3,540
Namibia	21.3	240	220	460	230	220	450	280	130	410
Nigeria	5.4	10,350	9,800	20,150	10,430	9,630	20,060	12,200	5,630	17,830
Rwanda	5.1	1,150	1,090	2,240	1,160	1,070	2,230	1,350	620	1,970
Sudáfrica	21.5	4,150	3,940	8,090	4,190	3,860	8,050	4,900	2,260	7,160
Sudán	2.3	5,680	5,380	11,060	5,730	5,290	11,020	6,700	3,090	9,790
Swazilandia	38.8	130	130	260	130	130	260	160	70	230
Togo	4.1	490	460	950	490	450	940	570	270	840
Uganda	4.1	31,730	30,060	61,790	31,990	29,520	61,510	37,420	17,270	54,690
República Unida de Tanzania	8.8	11,070	10,490	21,560	11,160	10,300	21,460	13,060	6,030	19,090
Zambia	16.5	11,280	10,680	21,960	11,370	10,490	21,860	13,300	6,140	19,440
Zimbabwe	24.6	14,800	14,020	28,820	14,920	13,780	28,700	17,460	8,060	25,520
Asia										
Camboya	2.6	130	130	260	130	120	250	160	70	230
China	0.1	6,950	6,580	13,530	7,000	6,470	13,470	8,190	3,780	11,970
India**	0.8	24,560	23,270	47,830	24,770	22,860	47,630	28,970	13,370	42,340
Myanmar	1.2	2,200	2,080	4,280	2,220	2,040	4,260	2,590	1,200	3,790
Tailandia	1.5	19,910	18,860	38,770	20,070	18,530	38,600	23,480	10,840	34,320
América latina y el Caribe										
Bahamas	3.0	80	80	160	80	80	160	100	40	140
Belice	2.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brasil	0.7	4,450	4,220	8,670	4,490	4,140	8,630	5,250	2,420	7,670
República Dominicana	1.7	570	540	1,110	580	540	1,120	680	310	990
Guyana	2.5	70	70	140	70	70	140	90	40	130
Haití	5.6	5,540	5,240	10,780	5,580	5,150	10,730	6,530	3,010	9,540
Honduras	1.8	240	220	460	240	220	460	280	130	410
Trinidad y Tobago	3.2	100	90	190	100	90	190	110	50	160
Regiones más desarrolladas										
Federación de Rusia	1.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estados Unidos	0.6	30,100	28,510	58,610	30,350	28,010	58,360	35,500	16,380	51,880

Cuadro principal 3A: Estimación del impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo*, en tres momentos de las etapas III y IV de la progresión del VIH/SIDA en 50 países, en 1995
Resumen

	Indice de prevalencia del VIH	Impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo								
		Momento 1			Momento 2			Momento 3		
Prevalencia entre las personas de 15-49 años. Estimaciones Año 2003 (ponderados por la población) (en porcentaje)		Total de personas con incapacidad laboral parcial en la etapa III. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral total en la etapa IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial y total en las etapas III y IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial en la etapa III. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral total en la etapa IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial y total en las etapas III y IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial en la etapa III. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral total en la etapa IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial y total en las etapas III y IV. Estimaciones
Total África subsahariana, 35 países	7.7	185,680	175,910	361,590	187,180	172,780	359,960	218,980	101,070	320,050
Total Asia, 5 países	0.4	53,750	50,920	104,670	54,190	50,020	104,210	63,390	29,260	92,650
Total América Latina y el Caribe, 8 países	1.0	11,050	10,460	21,510	11,140	10,290	21,430	13,040	6,000	19,040
Total regiones más desarrolladas, 2 países	0.8	30,100	28,510	58,610	30,350	28,010	58,360	35,500	16,380	51,880
Total general, 50 países	1.5	280,580	265,800	546,380	282,860	261,100	543,960	330,910	152,710	483,620

* Personas con incapacidad laboral parcial (etapa III) o total (etapa IV) como resultado del VIH/SIDA. (Véase Frank y Sehgal, 2004)

** La prevalencia del VIH es una estimación de rango medio elaborada por la OIT a partir de las estimaciones de mayor amplitud (0,4% - 1,3 %, rangos inferior y superior, respectivamente) elaboradas por ONUSIDA para 2003

Fuente: consúltense las notas técnicas

Cuadro principal 3B: Estimación del impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo*, en tres momentos de las etapas III y IV de la progresión del VIH/SIDA en 50 países, en 2005

País	Índice de prevalencia del VIH	Impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo								
		Momento 1			Momento 2			Momento 3		
Orden alfabético (inglés) de los países, por región	Prevalencia entre las personas de 15-49 años. Estimaciones Año 2003 (en porcentaje)	Total de personas con incapacidad laboral parcial en la etapa III. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral total en la etapa IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial y total en las etapas III y IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial en la etapa III. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral total en la etapa IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial y total en las etapas III y IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial en la etapa III. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral total en la etapa IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial y total en las etapas III y IV. Estimaciones
Africa subsahariana										
Angola	3.9	9,430	8,930	18,360	9,510	8,780	18,290	11,120	5,130	16,250
Benín	1.9	3,110	2,940	6,050	3,130	2,890	6,020	3,660	1,690	5,350
Botswana	37.3	9,140	8,660	17,800	9,220	8,510	17,730	10,780	4,980	15,760
Burkina Faso	4.2	15,010	14,220	29,230	15,130	13,970	29,100	17,700	8,170	25,870
Burundi	6.0	9,680	9,170	18,850	9,760	9,010	18,770	11,420	5,270	16,690
Camerún	6.9	25,140	23,820	48,960	25,350	23,400	48,750	29,650	13,690	43,340
Rep. Centroafricana	13.5	9,900	9,380	19,280	9,980	9,210	19,190	11,670	5,390	17,060
Chad	4.8	5,510	5,220	10,730	5,560	5,130	10,690	6,500	3,000	9,500
Congo	4.9	5,240	4,960	10,200	5,280	4,880	10,160	6,180	2,850	9,030
Côte d'Ivoire	7.0	17,060	16,170	33,230	17,210	15,880	33,090	20,130	9,290	29,420
República Democrática del	4.2	49,140	46,550	95,690	49,540	45,730	95,270	57,960	26,750	84,710
Djibouti	2.4	750	710	1,460	760	700	1,460	890	410	1,300
Eritrea	2.7	1,420	1,350	2,770	1,430	1,330	2,760	1,680	780	2,460
Etiopía	4.4	76,070	72,070	148,140	76,700	70,800	147,500	89,720	41,410	131,130
Gabón	8.1	1,070	1,010	2,080	1,080	990	2,070	1,260	580	1,840
Gambia	1.2	480	450	930	480	440	920	560	260	820
Ghana	3.1	12,420	11,760	24,180	12,520	11,550	24,070	14,640	6,760	21,400
Guinea	3.2	3,050	2,890	5,940	3,070	2,840	5,910	3,590	1,660	5,250
Kenya	6.7	84,000	79,580	163,580	84,690	78,180	162,870	99,070	45,730	144,800
Lesotho	28.9	8,600	8,150	16,750	8,670	8,010	16,680	10,150	4,680	14,830
Liberia	5.9	2,690	2,550	5,240	2,710	2,500	5,210	3,170	1,460	4,630
Malawi	14.2	37,070	35,120	72,190	37,380	34,500	71,880	43,730	20,180	63,910
Malí	1.9	3,650	3,450	7,100	3,680	3,390	7,070	4,300	1,980	6,280
Mozambique	12.2	39,270	37,210	76,480	39,600	36,550	76,150	46,320	21,380	67,700
Namibia	21.3	6,470	6,130	12,600	6,530	6,020	12,550	7,640	3,520	11,160
Nigeria	5.4	100,220	94,940	195,160	101,040	93,270	194,310	118,200	54,550	172,750
Rwanda	5.1	16,600	15,720	32,320	16,730	15,450	32,180	19,570	9,030	28,600
Sudáfrica	21.5	153,170	145,110	298,280	154,430	142,550	296,980	180,650	83,380	264,030
Sudán	2.3	8,860	8,390	17,250	8,930	8,250	17,180	10,450	4,820	15,270
Swazilandia	38.8	5,550	5,250	10,800	5,590	5,160	10,750	6,540	3,020	9,560
Togo	4.1	5,150	4,880	10,030	5,190	4,790	9,980	6,070	2,800	8,870
Uganda	4.1	29,630	28,070	57,700	29,870	27,570	57,440	34,940	16,130	51,070
República Unida de Tanzania	8.8	55,900	52,960	108,860	56,360	52,030	108,390	65,930	30,430	96,360
Zambia	16.5	46,870	44,400	91,270	47,260	43,620	90,880	55,280	25,510	80,790
Zimbabwe	24.6	82,480	78,140	160,620	83,160	76,760	159,920	97,280	44,900	142,180
Asia										
Camboya	2.6	4,450	4,220	8,670	4,490	4,140	8,630	5,250	2,420	7,670
China	0.1	20,370	19,290	39,660	20,530	18,950	39,480	24,020	11,090	35,110
India*	0.8	147,010	139,280	286,290	148,220	136,820	285,040	173,390	80,030	253,420
Myanmar	1.2	7,700	7,300	15,000	7,770	7,170	14,940	9,090	4,190	13,280
Tailandia	1.5	36,080	34,180	70,260	36,370	33,570	69,940	42,540	19,640	62,180
América latina y el Caribe										
Bahamas	3.0	290	270	560	290	270	560	340	160	500
Belice	2.4	80	80	160	80	80	160	100	40	140
Brasil	0.7	15,280	14,480	29,760	15,410	14,220	29,630	18,020	8,320	26,340
República Dominicana	1.7	3,770	3,570	7,340	3,800	3,510	7,310	4,450	2,050	6,500
Guyana	2.5	430	400	830	430	400	830	500	230	730
Haití	5.6	11,890	11,270	23,160	11,990	11,070	23,060	14,030	6,470	20,500
Honduras	1.8	1,520	1,440	2,960	1,530	1,420	2,950	1,800	830	2,630
Trinidad y Tobago	3.2	610	580	1,190	610	570	1,180	720	330	1,050
Regiones más desarrolladas										
Federación de Rusia	1.1	11,200	10,620	21,820	9,170	8,460	17,630	10,730	4,950	15,680
Estados Unidos	0.6	7,640	7,240	14,880	7,700	7,110	14,810	9,010	4,160	13,170

Cuadro principal 3B: Estimación del impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo*, en tres momentos de las etapas III y IV de la progresión del VIH/SIDA en 50 países, en 2005

Resumen

	Indice de prevalencia del VIH	Impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo								
		Momento 1			Momento 2			Momento 3		
Prevalencia entre las personas de 15-49 años. Estimaciones Año 2003 (ponderados por la población) (en porcentaje)	Total de personas con incapacidad laboral parcial en la etapa III. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral total en la etapa IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial y total en las etapas III y IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial en la etapa III. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral total en la etapa IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial y total en las etapas III y IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial en la etapa III. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral total en la etapa IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial y total en las etapas III y IV. Estimaciones	
Total África subsahariana, 35 países	7.7	939,800	890,310	1,830,110	947,530	874,640	1,822,170	1,108,400	511,570	1,619,970
Total Asia, 5 países	0.4	215,610	204,270	419,880	217,380	200,650	418,030	254,290	117,370	371,660
Total América Latina y el Caribe, 8 países	1.0	33,870	32,090	65,960	34,140	31,540	65,680	39,960	18,430	58,390
Total regiones más desarrolladas, 2 países	0.8	18,840	17,860	36,700	16,870	15,570	32,440	19,740	9,110	28,850
Total general, 50 países	1.5	1,208,120	1,144,530	2,352,650	1,215,920	1,122,400	2,338,320	1,422,390	656,480	2,078,870

* Personas con incapacidad laboral parcial (etapa III) o total (etapa IV) como resultado del VIH/SIDA. (Véase Frank y Sehgal, 2004)

** La prevalencia del VIH es una estimación de rango medio elaborada por la OIT a partir de las estimaciones de mayor amplitud (0,4% - 1,3%, rangos inferior y superior, respectivamente) elaboradas por ONUSIDA para 2003

Fuente: consúltense las notas técnicas

Cuadro principal 3C: Estimación del impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo*, en tres momentos de las etapas III y IV de la progresión del VIH/SIDA en 50 países, en 2015

País	Índice de prevalencia del VIH	Impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo								
		Momento 1			Momento 2			Momento 3		
Orden alfabético (inglés) de los países, por región	Prevalencia entre las personas de 15-49 años. Estimaciones Año 2003 (en porcentaje)	Total de personas con incapacidad laboral parcial en la etapa III. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral total en la etapa IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial y total en las etapas III y IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial en la etapa III. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral total en la etapa IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial y total en las etapas III y IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial en la etapa III. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral total en la etapa IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial y total en las etapas III y IV. Estimaciones
Africa subsahariana										
Angola	3.9	19,280	18,270	37,550	19,440	17,940	37,380	22,740	10,500	33,240
Benín	1.9	5,650	5,360	11,010	5,700	5,260	10,960	6,670	3,080	9,750
Botswana	37.3	14,480	13,710	28,190	14,590	13,470	28,060	17,070	7,880	24,950
Burkina Faso	4.2	17,250	16,350	33,600	17,400	16,060	33,460	20,350	9,390	29,740
Burundi	6.0	15,680	14,860	30,540	15,810	14,600	30,410	18,500	8,540	27,040
Camerún	6.9	47,230	44,750	91,980	47,620	43,960	91,580	55,710	25,710	81,420
Rep. Centroafricana	13.5	10,980	10,400	21,380	11,070	10,220	21,290	12,950	5,980	18,930
Chad	4.8	6,600	6,260	12,860	6,660	6,150	12,810	7,790	3,600	11,390
Congo	4.9	6,320	5,990	12,310	6,370	5,880	12,250	7,450	3,440	10,890
Côte d'Ivoire	7.0	25,850	24,490	50,340	26,060	24,060	50,120	30,490	14,070	44,560
República Democrática del Congo	4.2	59,270	56,160	115,430	59,760	55,170	114,930	69,910	32,270	102,180
Djibouti	2.4	9,370	8,880	18,250	9,450	8,720	18,170	11,050	5,100	16,150
Eritrea	2.7	3,350	3,180	6,530	3,380	3,120	6,500	3,960	1,820	5,780
Etiopía	4.4	103,340	97,910	201,250	104,190	96,180	200,370	121,890	56,260	178,150
Gabón	8.1	1,180	1,110	2,290	1,180	1,090	2,270	1,380	640	2,020
Gambia	1.2	540	510	1,050	540	500	1,040	630	290	920
Ghana	3.1	15,610	14,790	30,400	15,740	14,530	30,270	18,420	8,500	26,920
Guinea	3.2	3,390	3,220	6,610	3,420	3,160	6,580	4,000	1,850	5,850
Kenya	6.7	117,780	111,590	229,370	118,750	109,620	228,370	138,920	64,120	203,040
Lesotho	28.9	10,890	10,320	21,210	10,980	10,140	21,120	12,850	5,930	18,780
Liberia	5.9	5,160	4,880	10,040	5,200	4,800	10,000	6,080	2,810	8,890
Malawi	14.2	42,530	40,290	82,820	42,880	39,580	82,460	50,160	23,150	73,310
Malí	1.9	4,620	4,370	8,990	4,650	4,300	8,950	5,440	2,510	7,950
Mozambique	12.2	51,840	49,110	100,950	52,260	48,240	100,500	61,140	28,220	89,360
Namibia	21.3	9,750	9,230	18,980	9,830	9,070	18,900	11,500	5,300	16,800
Nigeria	5.4	186,510	176,700	363,210	188,050	173,580	361,630	219,970	101,530	321,500
Rwanda	5.1	15,480	14,670	30,150	15,610	14,410	30,020	18,260	8,430	26,690
Sudáfrica	21.5	247,380	234,360	481,740	249,410	230,230	479,640	291,760	134,660	426,420
Sudán	2.3	24,420	23,130	47,550	24,620	22,720	47,340	28,800	13,290	42,090
Swazilandia	38.8	7,600	7,200	14,800	7,660	7,070	14,730	8,960	4,140	13,100
Togo	4.1	6,980	6,610	13,590	7,040	6,500	13,540	8,230	3,800	12,030
Uganda	4.1	17,500	16,580	34,080	17,650	16,290	33,940	20,640	9,530	30,170
República Unida de Tanzania	8.8	53,870	51,040	104,910	54,310	50,130	104,440	63,540	29,320	92,860
Zambia	16.5	46,780	44,310	91,090	47,160	43,530	90,690	55,170	25,460	80,630
Zimbabwe	24.6	95,730	90,700	186,430	96,520	89,100	185,620	112,910	52,110	165,020
Asia										
Camboya	2.6	10,390	9,850	20,240	10,480	9,670	20,150	12,260	5,660	17,920
China	0.1	280,310	265,560	545,870	282,610	260,870	543,480	330,600	152,590	483,190
India*	0.8	420,190	398,080	818,270	423,640	391,050	814,690	495,580	228,730	724,310
Myanmar	1.2	20,330	19,260	39,590	20,500	18,920	39,420	23,980	11,070	35,050
Tailandia	1.5	21,070	19,970	41,040	21,250	19,620	40,870	24,860	11,470	36,330
América latina y el Caribe										
Bahamas	3.0	330	320	650	340	310	650	390	180	570
Belice	2.4	150	140	290	150	140	290	180	80	260
Brasil	0.7	14,990	14,200	29,190	15,110	13,950	29,060	17,680	8,160	25,840
República Dominicana	1.7	7,570	7,170	14,740	7,630	7,050	14,680	8,930	4,120	13,050
Guyana	2.5	640	600	1,240	640	590	1,230	750	350	1,100
Haití	5.6	14,270	13,520	27,790	14,390	13,280	27,670	16,830	7,770	24,600
Honduras	1.8	4,290	4,060	8,350	4,330	3,990	8,320	5,060	2,330	7,390
Trinidad y Tobago	3.2	1,370	1,300	2,670	1,380	1,280	2,660	1,620	750	2,370
Regiones más desarrolladas										
Federación de Rusia	1.1	37,680	35,700	73,380	37,990	35,070	73,060	44,440	20,510	64,950
Estados Unidos	0.6	10,650	10,090	20,740	10,740	9,920	20,660	12,570	5,800	18,370

Cuadro principal 3C: Estimación del impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo*, en tres momentos de las etapas III y IV de la progresión del VIH/SIDA en 50 países, en 2015
Resumen

	Índice de prevalencia del VIH	Impacto del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo								
		Momento 1			Momento 2			Momento 3		
Prevalencia entre las personas de 15 - 49 años. Estimaciones Año 2003 (ponderados por la población) (en porcentaje)	Total de personas con incapacidad laboral parcial en la etapa III. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral total en la etapa IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial y total en las etapas III y IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial en la etapa III. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral total en la etapa IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial y total en las etapas III y IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial en la etapa III. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral total en la etapa IV. Estimaciones	Total de personas con incapacidad laboral parcial y total en las etapas III y IV. Estimaciones	
Total África subsahariana, 35 países	7.7	1,310,190	1,241,290	2,551,480	1,320,960	1,219,380	2,540,340	1,545,290	713,230	2,258,520
Total Asia, 5 países	0.4	752,290	712,720	1,465,010	758,480	700,130	1,458,610	887,280	409,520	1,296,800
Total América Latina y el Caribe, 8 países	1.0	43,610	41,310	84,920	43,970	40,590	84,560	51,440	23,740	75,180
Total regiones más desarrolladas, 2 países	0.8	48,330	45,790	94,120	48,730	44,990	93,720	57,010	26,310	83,320
Total general, 50 países	1.5	2,154,420	2,041,110	4,195,530	2,172,140	2,005,090	4,177,230	2,541,020	1,172,800	3,713,820

* Personas con incapacidad laboral parcial (etapa III) o total (etapa IV) como resultado del VIH/SIDA. (Véase Frank y Sehgal, 2004)

** La prevalencia del VIH es una estimación de rango medio elaborada por la OIT a partir de las estimaciones de mayor amplitud (0,4% - 1,3%, rangos inferior y superior, respectivamente) elaboradas por ONUSIDA para 2003

Fuente: consúltense las notas técnicas

Cuadro principal 4: Total acumulado de decesos en la fuerza de trabajo masculina, femenina y total atribuibles al VIH/SIDA y como porcentaje de la fuerza de trabajo total en 50 países. Estimaciones y proyecciones quinquenales entre los años 1995 y 2015

País	Índice de prevalencia del VIH	Total acumulado de decesos en la fuerza de trabajo masculina, femenina y total debidas al VIH/SIDA. Años 1995, 2000, 2005, 2010 y 2015									
		Hasta 1995				Hasta 2000				Hasta 2005	
		Hombres	Mujeres	Total	Total de decesos como porcentaje de la fuerza de trabajo total	Hombres	Mujeres	Total	Total de decesos como porcentaje de la fuerza de trabajo total	Hombres	Mujeres
África subsahariana											
Angola	3.9	10,200	6,000	16,200	0.3	37,100	27,900	65,000	1.1	95,700	82,300
Benín	1.9	2,800	800	3,500	0.1	13,200	5,100	18,200	0.6	36,500	23,800
Botswana	37.3	900	500	1,400	0.2	14,200	9,700	24,000	3.1	61,000	63,300
Burkina Faso	4.2	30,900	20,100	51,000	1.0	95,400	81,500	176,800	3.0	187,000	183,100
Burundi	6.0	76,300	74,200	150,600	4.6	144,500	150,900	295,400	8.3	223,500	233,800
Camerún	6.9	15,700	5,200	20,900	0.4	74,500	31,200	105,700	1.7	233,800	133,300
Rep. Centroafricana	13.5	18,500	9,700	28,200	1.7	59,000	41,700	100,800	5.5	116,500	97,700
Chad	4.8	10,900	6,000	16,900	0.6	33,700	24,500	58,200	1.6	37,500	58,600
Congo	4.9	12,600	4,100	16,600	1.4	41,400	20,700	62,200	4.2	58,800	68,200
Côte d'Ivoire	7.0	77,500	25,700	103,200	1.8	238,700	107,400	346,100	5.2	444,500	237,800
República Democrática del Congo	4.2	303,100	198,400	501,500	2.8	466,300	356,800	823,000	4.4	728,800	572,000
Djibouti	2.4	900	300	1,200	0.5	3,000	1,500	4,500	1.6	7,600	4,400
Eritrea	2.7	3,900	3,100	7,100	0.5	8,600	6,700	15,300	0.8	18,600	15,600
Etiopía	4.4	128,800	59,800	188,600	0.7	420,900	313,400	734,200	2.1	922,900	862,400
Gabón	8.1	2,600	1,400	4,000	0.8	6,900	4,900	11,900	2.1	13,100	11,100
Gambia	1.2	1,200	500	1,700	0.4	3,900	2,100	6,000	0.9	7,500	5,400
Ghana	3.1	28,700	12,700	41,400	0.5	85,200	56,700	141,800	1.5	163,200	138,800
Guinea	3.2	6,800	3,900	10,600	0.3	19,500	14,600	34,200	0.8	38,700	34,300
Kenya	6.7	101,400	40,600	141,900	1.1	398,000	250,200	648,300	4.2	912,900	752,000
Lesotho	28.9	39,200	200	39,300	6.0	54,700	6,700	61,500	8.3	77,000	38,000
Liberia	5.9	2,300	1,200	3,500	0.5	10,200	5,900	16,100	1.6	25,700	15,900
Malawi	14.2	76,800	38,700	115,500	2.3	230,400	162,400	392,800	6.9	450,800	392,500
Malí	1.9	9,900	6,600	16,500	0.3	26,200	21,300	47,500	0.8	48,800	45,000
Mozambique	12.2	23,600	6,000	29,600	0.4	147,000	79,100	226,100	2.4	400,500	318,600
Namibia	21.3	2,100	700	2,800	0.5	17,100	8,100	25,200	3.2	58,100	37,800
Nigeria	5.4	109,500	38,200	147,700	0.4	395,700	186,800	582,500	1.3	1,030,400	598,400
Rwanda	5.1	30,200	28,700	59,000	2.2	141,200	145,800	287,100	6.5	242,700	271,400
Sudáfrica	21.5	51,600	13,400	64,900	0.4	374,800	125,100	499,900	2.5	1,387,000	683,000
Sudán	2.3	5,000	2,400	7,400	0.1	22,000	6,700	28,700	0.2	91,600	29,100
Swazilandia	38.8	1,200	400	1,500	0.5	12,800	5,700	18,500	4.9	44,100	25,700
Togo	4.1	4,900	1,800	6,700	0.4	23,300	10,700	34,000	1.7	55,700	33,100
Uganda	4.1	287,400	190,300	477,700	4.6	563,600	474,100	1,037,700	8.4	773,200	708,300
República Unida de Tanzania	8.8	102,900	63,100	166,000	1.1	331,600	277,300	608,900	3.3	666,900	655,700
Zambia	16.5	95,800	49,900	145,700	3.5	296,100	205,100	501,200	10.2	555,900	438,700
Zimbabwe	24.6	132,400	73,200	205,600	3.7	443,800	322,600	766,400	11.7	948,600	801,400
Asia											
Camboya	2.6	3,100	-1,700	1,400	0.0	13,200	3,200	16,400	0.2	48,600	21,900
China	0.1	21,200	50,000	71,100	0.0	63,000	83,100	146,200	0.0	257,000	200,500
India*	0.8	382,300	161,200	543,600	0.1	1,107,600	351,700	1,459,400	0.4	2,386,100	719,400
Myanmar	1.2	28,900	12,300	41,300	0.2	90,800	24,700	115,500	0.5	240,000	67,400
Tailandia	1.5	279,500	54,400	333,900	1.0	611,000	129,200	740,200	2.1	937,300	215,200
América latina y el Caribe											
Bahamas	3.0	800	300	1,100	0.8	2,400	1,400	3,800	2.4	4,200	3,100
Belice	2.4	0	0	0	0.0	200	100	300	0.3	800	300
Brasil	0.7	55,500	16,700	72,200	0.1	243,800	54,500	298,300	0.3	512,400	138,300
República Dominicana	1.7	7,300	1,400	8,700	0.3	21,100	6,100	27,200	0.7	48,000	20,000
Guyana	2.5	600	200	800	0.3	1,900	900	2,700	0.9	4,400	2,400
Haití	5.6	47,300	29,100	76,400	2.3	114,600	100,300	214,900	5.5	180,500	197,400
Honduras	1.8	4,200	1,200	5,300	0.3	10,100	4,000	14,100	0.5	21,300	9,500
Trinidad y Tobago	3.2	1,100	100	1,100	0.2	3,600	600	4,200	0.7	8,200	2,400
Regiones más desarrolladas											
Federación de Rusia	1.1	0	0	0	0.0	7,400	1,300	8,700	0.0	167,300	45,100
Estados Unidos	0.6	470,300	35,800	506,000	0.4	861,300	60,700	922,000	0.6	1,208,100	108,100

										País
Hasta 2005 (cont.)		Hasta 2010				Hasta 2015				Orden alfabético (inglés) de los países, por región
Total	Total de decesos como porcentaje de la fuerza de trabajo total	Hombres	Mujeres	Total	Total de decesos como porcentaje de la fuerza de trabajo total	Hombres	Mujeres	Total	Total de decesos como porcentaje de la fuerza de trabajo total	
Africa subsahariana										
178,000	2.7	188,500	176,400	364,800	4.7	308,500	299,700	608,100	6.8	Angola
60,300	1.7	67,100	52,700	119,900	3.1	100,400	89,800	190,200	4.2	Benín
124,200	13.3	129,900	143,300	273,100	26.4	198,000	229,500	427,500	36.2	Botswana
370,100	5.5	292,500	299,300	591,800	7.6	423,400	432,500	855,900	9.3	Burkina Faso
457,300	10.5	321,000	338,600	659,600	12.8	448,000	465,800	913,800	15.8	Burundi
367,100	5.0	476,300	317,400	793,700	9.6	754,900	542,600	1,297,500	13.8	Camerún
214,100	10.5	178,700	163,200	341,900	14.8	248,600	233,600	482,200	18.4	Rep. Centrafricana
126,100	3.0	73,000	95,800	201,500	4.2	116,200	138,100	289,200	5.2	Chad
140,800	8.5	90,000	94,300	199,700	10.3	129,000	126,200	272,400	12.0	Congo
682,300	8.8	658,300	372,600	1,031,000	11.8	893,100	516,800	1,409,800	14.3	Côte d'Ivoire
1,300,700	6.3	1,005,000	826,100	1,831,100	7.6	1,343,100	1,118,200	2,461,300	8.9	República Democrática del Congo
12,000	3.9	14,200	8,900	23,100	6.9	22,200	14,200	36,400	9.7	Djibouti
34,300	1.6	35,400	33,000	68,300	2.6	56,400	55,800	112,200	3.7	Eritrea
1,785,300	4.3	1,546,200	1,438,800	2,985,000	6.5	2,289,600	2,158,300	4,447,800	8.5	Etiopía
24,300	3.7	19,800	17,900	37,700	5.1	27,200	25,000	52,200	6.1	Gabón
12,900	1.6	11,000	8,700	19,700	2.2	14,900	12,500	27,400	2.7	Gambia
302,000	2.7	248,300	238,800	487,100	3.7	348,200	356,200	704,300	4.7	Ghana
73,000	1.7	59,700	57,600	117,200	2.4	84,100	83,400	167,500	2.9	Guinea
1,664,900	9.2	1,554,000	1,445,300	2,999,300	14.2	2,303,000	2,245,000	4,548,000	18.9	Kenya
115,000	13.8	139,000	83,100	222,100	24.1	198,000	129,300	327,200	32.3	Lesotho
41,600	3.5	48,800	34,800	83,500	6.0	75,400	55,300	130,700	8.2	Liberia
843,300	13.1	701,600	678,300	1,379,800	18.4	991,600	998,900	1,990,500	22.5	Malawi
93,800	1.5	75,100	72,600	147,700	2.0	108,800	105,100	213,800	2.5	Malí
719,100	6.6	691,500	669,000	1,360,500	11.1	1,004,200	1,048,800	2,053,000	14.9	Mozambique
95,900	10.5	112,700	84,300	197,000	18.5	170,700	133,200	303,900	24.6	Namibia
1,628,800	3.0	1,986,300	1,285,700	3,272,000	5.3	3,180,200	2,165,300	5,345,500	7.5	Nigeria
514,100	10.3	350,200	410,300	760,400	13.4	470,400	547,200	1,017,600	15.7	Rwanda
2,070,000	9.2	2,782,300	1,641,000	4,423,300	18.2	4,057,300	2,577,200	6,634,500	25.3	Sudáfrica
120,600	0.9	226,200	81,000	307,300	2.1	376,200	150,200	526,400	3.2	Sudán
69,800	15.7	82,900	52,500	135,400	26.2	124,600	80,000	204,600	34.3	Swazilandia
88,800	3.9	93,800	63,000	156,800	6.0	138,700	97,600	236,300	8.0	Togo
1,481,500	10.4	948,400	895,300	1,843,700	11.0	1,143,300	1,086,400	2,229,700	11.2	Uganda
1,322,600	6.3	1,010,800	1,069,400	2,080,200	8.8	1,375,400	1,482,800	2,858,300	10.6	República Unida de Tanzania
994,600	17.9	831,900	685,500	1,517,400	23.6	1,151,400	953,800	2,105,200	28.1	Zambia
1,749,900	22.8	1,533,100	1,390,300	2,923,500	32.7	2,165,300	1,990,600	4,156,000	40.7	Zimbabwe
Asia										
70,500	0.9	111,800	78,200	189,900	2.1	187,000	147,100	334,000	3.3	Camboya
457,500	0.1	1,285,200	492,300	1,777,500	0.2	3,955,400	1,288,600	5,243,900	0.6	China
3,105,500	0.7	4,546,700	1,404,300	5,951,000	1.2	7,811,200	2,463,800	10,275,000	1.9	India*
307,300	1.1	502,800	161,700	664,500	2.2	847,300	296,800	1,144,100	3.5	Myanmar
1,152,600	3.1	1,160,600	295,900	1,456,500	3.7	1,260,500	350,600	1,611,100	3.9	Tailandia
América latina y el Caribe										
7,300	4.1	5,800	4,800	10,600	5.6	7,700	6,800	14,400	7.0	Bahamas
1,100	1.0	1,600	600	2,200	1.8	2,500	1,100	3,600	2.6	Belize
650,600	0.7	749,000	225,400	974,500	1.0	931,000	315,600	1,246,700	1.2	Brasil
68,000	1.6	87,500	39,100	126,600	2.8	134,200	63,100	197,300	4.0	República Dominicana
6,700	2.0	7,600	4,200	11,700	3.4	11,000	5,900	16,900	4.9	Guyana
377,900	8.1	252,200	254,000	506,200	10.1	339,500	346,200	685,700	12.3	Haití
30,800	1.0	41,300	19,000	60,300	1.7	70,600	34,000	104,600	2.6	Honduras
10,600	1.6	14,600	6,000	20,600	3.0	21,800	10,900	32,700	4.7	Trinidad y Tobago
Regiones más desarrolladas										
212,400	0.3	552,800	199,100	751,900	1.0	1,041,800	477,700	1,519,600	2.2	Federación de Rusia
1,316,200	0.8	1,540,100	174,700	1,714,800	1.0	1,873,300	270,600	2,143,900	1.3	Estados Unidos

Cuadro principal 4: Total acumulado de decesos en la fuerza de trabajo masculina, femenina y total atribuibles al VIH/SIDA y como porcentaje de la fuerza de trabajo total en 50 países. Estimaciones y proyecciones quinquenales entre los años 1995 y 2015

País	Índice de prevalencia del VIH	Total acumulado de decesos en la fuerza de trabajo masculina, femenina y total debidas al VIH/SIDA. Años 1995, 2000, 2005, 2010 y 2015									
		Hasta 1995				Hasta 2000				Hasta 2005	
		Hombres	Mujeres	Total	Total de decesos como porcentaje de la fuerza de trabajo total	Hombres	Mujeres	Total	Total de decesos como porcentaje de la fuerza de trabajo total	Hombres	Mujeres
Orden alfabético (inglés) de los países, por región	Prevalencia del VIH/SIDA entre las personas de 15 - 49 años. Estimaciones Año 2003 (en porcentaje)										
Total África subsahariana, 35 países	7.7	1,808,500	987,800	2,796,000	1.2	5,254,500	3,550,900	8,805,700	3.2	11,165,100	8,670,500
Total Asia, 5 países	0.4	715,000	276,200	991,300	0.1	1,885,600	591,900	2,477,700	0.2	3,869,000	1,224,400
Total América Latina y el Caribe, 8 países	1.0	116,800	49,000	165,600	0.2	397,700	167,900	565,500	0.6	779,800	373,400
Total regiones más desarrolladas, 2 países	0.8	470,300	35,800	506,000	0.0	868,700	62,000	930,700	0.0	1,375,400	153,200
Total general, 50 países	1.5	3,110,600	1,348,800	4,458,900	0.2	8,406,500	4,372,700	12,779,600	0.6	17,189,300	10,421,500

* La prevalencia del VIH es una estimación de rango medio elaborada por la OIT a partir de las estimaciones de mayor amplitud (0,4% - 1,3 %, rangos inferior y superior, respectivamente) elaboradas por ONUSIDA para 2003

Fuente: consúltense las notas técnicas

Hasta 2005 (cont.)										Hasta 2010										Hasta 2015									
Total	Total de decesos como porcentaje de la fuerza de trabajo total	Hombres	Mujeres	Total	Total de decesos como porcentaje de la fuerza de trabajo total	Hombres	Mujeres	Total	Total de decesos como porcentaje de la fuerza de trabajo total	Hombres	Mujeres	Total	Total de decesos como porcentaje de la fuerza de trabajo total	Hombres	Mujeres	Total	Total de decesos como porcentaje de la fuerza de trabajo total	Hombres	Mujeres	Total	Total de decesos como porcentaje de la fuerza de trabajo total								
19,879,100	6.3	18,583,500	15,324,800	33,956,100	9.4	26,840,300	22,744,900	49,636,900	12.0	Total Africa subsahariana, 35 países																			
5,093,400	0.4	7,607,100	2,432,400	10,039,400	0.7	14,061,400	4,546,900	18,608,100	1.2	Total Asia, 5 países																			
1,153,000	1.1	1,159,600	553,100	1,712,700	1.5	1,518,300	783,600	2,301,900	1.9	Total América Latina y el Caribe, 8 países																			
1,528,600	0.3	2,092,900	373,800	2,466,700	0.7	2,915,100	748,300	3,663,500	1.1	Total regiones más desarrolladas, 2 países																			
27,654,100	1.3	29,443,100	18,684,100	48,174,900	2.2	45,335,100	28,823,700	74,210,400	3.2	Total general, 50 países																			

Cuadro principal 5: Estimación del impacto directo de los decesos atribuibles al VIH/SIDA en los niños en el año 2003, y del impacto directo del VIH/SIDA en las personas en edad de trabajar en 50 países para los años 1995, 2005 y 2015

País	Prevalencia del VIH	Impacto del VIH/SIDA en la mortalidad										
		Menores de 17 años	Hombres y mujeres en edad de trabajar (15 - 64 años)									
			2003	1995			2005			2015		
Orden alfabético (inglés) de los países, por región	Prevalencia del VIH entre las personas de 15-49 años. Estimaciones Año 2003 (en porcentaje)	Total de huérfanos de 0 a 17 años a consecuencia del VIH/SIDA. Estimaciones	Total anual de decesos atribuibles al VIH/SIDA entre la población masculina en edad de trabajar. Estimaciones.	Total anual de decesos atribuibles al VIH/SIDA entre la población femenina en edad de trabajar. Estimaciones.	Total anual de decesos atribuibles al VIH/SIDA en la población en edad de trabajar. Estimaciones.	Total anual de decesos atribuibles al VIH/SIDA en la población masculina en edad de trabajar. Estimaciones.	Total anual de decesos atribuibles al VIH/SIDA en la población femenina en edad de trabajar. Estimaciones.	Total anual de decesos atribuibles al VIH/SIDA en la población en edad de trabajar. Estimaciones.	Total anual de decesos atribuibles al VIH/SIDA entre la población masculina en edad de trabajar. Estimaciones.	Total anual de decesos atribuibles al VIH/SIDA entre la población femenina en edad de trabajar. Estimaciones.	Total anual de decesos atribuibles al VIH/SIDA en la población en edad de trabajar. Estimaciones.	
Africa subsahariana												
Angola	3.9	110,000	1,650	1,230	2,880	11,640	13,070	24,710	22,480	28,040	50,520	
Benín	1.9	34,000	390	70	460	4,740	3,400	8,140	6,790	8,020	14,820	
Botswana	37.3	120,000	3,680	110	3,780	11,890	12,070	23,960	16,530	21,390	37,930	
Burkina Faso	4.2	260,000	5,080	4,050	9,130	16,990	22,340	39,320	20,050	25,160	45,210	
Burundi	6.0	200,000	9,870	11,010	20,880	10,580	14,790	25,370	18,110	22,980	41,090	
Camerún	6.9	240,000	2,690	1,270	3,960	32,580	33,300	65,870	54,830	68,930	123,750	
Rep. Centroafricana	13.5	110,000	3,100	2,310	5,410	11,620	14,320	25,930	12,830	15,940	28,770	
Chad	4.8	96,000	1,620	1,190	2,810	6,490	7,960	14,440	7,790	9,520	17,310	
Congo	4.9	97,000	2,410	1,230	3,640	6,570	7,160	13,730	7,490	9,070	16,560	
Côte d'Ivoire	7.0	310,000	12,900	9,070	21,970	20,570	24,150	44,710	42,310	25,410	67,730	
República Democrática del Congo	4.2	770,000	35,490	37,510	73,000	58,040	70,710	128,750	69,780	85,530	155,310	
Djibouti	2.4	5,000	140	100	240	910	1,060	1,970	1,470	1,850	3,320	
Eritrea	2.7	39,000	340	240	580	1,800	1,930	3,730	3,890	4,900	8,790	
Etiopía	4.4	720,000	19,450	14,270	33,710	90,960	108,360	199,320	121,350	149,420	270,780	
Gabón	8.1	14,000	340	250	590	1,250	1,550	2,800	1,370	1,710	3,080	
Gambia	1.2	2,300	190	60	250	600	650	1,250	620	780	1,410	
Ghana	3.1	170,000	4,730	2,310	7,040	15,510	17,020	32,530	18,480	22,430	40,910	
Guinea	3.2	35,000	940	530	1,470	3,770	4,210	7,980	4,020	4,880	8,900	
Kenya	6.7	650,000	17,830	8,760	26,590	104,980	115,110	220,090	138,000	170,620	308,610	
Lesotho	28.9	100,000	170	20	190	11,440	11,100	22,540	11,700	16,840	28,540	
Liberia	5.9	36,000	190	130	320	3,310	3,730	7,040	5,960	7,540	13,510	
Malawi	14.2	500,000	12,540	7,500	20,040	44,680	52,460	97,140	49,660	61,780	111,440	
Mali	1.9	75,000	1,340	1,090	2,430	4,150	5,400	9,550	5,350	6,740	12,090	
Mozambique	12.2	470,000	4,310	1,060	5,370	50,870	52,030	102,910	58,610	77,210	135,820	
Namibia	21.3	57,000	450	170	620	8,440	8,520	16,960	11,240	14,290	25,540	
Nigeria	5.4	1,800,000	16,730	10,380	27,110	124,660	137,930	262,580	218,320	270,370	488,680	
Rwanda	5.1	160,000	1,490	1,510	3,010	17,680	25,800	43,490	16,410	24,150	40,560	
Sudáfrica	21.5	1,100,000	8,610	2,270	10,880	211,730	189,600	401,330	285,210	362,950	648,160	
Sudán**	2.3	87,000	370	14,520	14,880	13,640	9,580	23,220	30,320	33,660	63,980	
Swazilandia	38.8	65,000	230	120	350	6,540	7,990	14,530	8,350	11,550	19,900	
Togo	4.1	54,000	870	410	1,280	6,520	6,980	13,500	8,240	10,040	18,290	
Uganda	4.1	940,000	46,180	36,950	83,130	35,090	42,540	77,630	20,650	25,200	45,860	
República Unida de Tanzania	8.8	980,000	16,730	12,280	29,010	65,500	80,970	146,470	62,870	78,280	141,150	
Zambia	16.5	630,000	16,910	12,640	29,540	54,750	68,060	122,810	54,740	67,810	122,560	
Zimbabwe	24.6	980,000	22,430	16,350	38,780	98,000	118,120	216,110	111,510	139,330	250,830	
Asia												
Camboya**	2.6	92,000	240	100	340	7,000	4,660	11,660	15,020	12,210	27,230	
China**	0.1	100,000	4,820	13,390	18,210	40,020	13,340	53,360	555,640	178,800	734,440	
India**	0.8	1,500,000	44,160	20,200	64,360	246,600	138,590	385,190	669,150	431,790	1,100,940	
Myanmar**	1.2	71,000	4,340	1,420	5,760	15,460	4,720	20,190	37,560	15,710	53,270	
Tailandia**	1.5	290,000	42,580	9,590	52,170	72,690	21,830	94,520	38,220	17,000	55,220	
América latina y el Caribe												
Bahamas**	3.0	2,600	160	50	210	390	360	750	440	440	880	
Belice**	2.4	1,300	3	3	6	120	100	220	190	210	400	
Brasil**	0.7	260,000	9,170	2,500	11,660	29,280	10,760	40,040	24,930	14,350	39,280	
República Dominicana**	1.7	47,000	1,110	400	1,510	5,570	4,310	9,880	10,020	9,820	19,840	
Guyana**	2.5	5,200	110	90	190	550	570	1,120	810	860	1,670	
Haití**	5.6	200,000	8,090	6,410	14,500	13,710	17,440	31,160	16,570	20,830	37,390	
Honduras**	1.8	22,000	370	240	610	2,130	1,860	3,990	5,670	5,570	11,240	
Trinidad y Tobago**	3.2	7,400	230	20	250	1,030	570	1,600	1,810	1,780	3,590	
Regiones más desarrolladas												
Federación de Rusia**	1.1	54,000	0	0	0	18,290	11,070	29,360	63,400	35,330	98,730	
Estados Unidos	0.6	...	71,610	7,260	78,860	17,650	13,340	20,020	22,540	5,370	27,920	

Cuadro principal 5: Resumen Estimación del impacto directo de los decesos atribuibles al VIH/SIDA en los niños en el año 2003, y del impacto directo del VIH/SIDA en las personas en edad de trabajar en 50 países para los años 1995, 2005 y 2015

	Prevalencia del VIH	Impacto del VIH/SIDA en la mortalidad									
		Menores de 17 años	Hombres y mujeres en edad de trabajar (15 - 64 años)								
			2003	1995			2005			2015	
Prevalencia del VIH entre las personas de 15-49 años. Estimaciones Año 2003 (en porcentaje)	Total de huérfanos de 0 a 17 años a consecuencia del VIH/SIDA. Estimaciones	Total anual de decesos atribuibles al VIH/SIDA entre la población masculina en edad de trabajar. Estimaciones.	Total anual de decesos atribuibles al VIH/SIDA entre la población femenina en edad de trabajar. Estimaciones.	Total anual de decesos atribuibles al VIH/SIDA en la población en edad de trabajar. Estimaciones.	Total anual de decesos atribuibles al VIH/SIDA entre la población masculina en edad de trabajar. Estimaciones.	Total anual de decesos atribuibles al VIH/SIDA entre la población femenina en edad de trabajar. Estimaciones.	Total anual de decesos atribuibles al VIH/SIDA en la población en edad de trabajar. Estimaciones.	Total anual de decesos atribuibles al VIH/SIDA entre la población masculina en edad de trabajar. Estimaciones.	Total anual de decesos atribuibles al VIH/SIDA entre la población femenina en edad de trabajar. Estimaciones.	Total anual de decesos atribuibles al VIH/SIDA en la población en edad de trabajar. Estimaciones.	
Total África subsahariana, 35 países	7.7	12,016,300	272,390	212,970	485,330	1,168,490	1,293,970	2,462,410	1,527,330	1,884,320	3,411,710
Total Asia, 5 países	0.4	2,053,000	96,140	44,700	140,840	381,770	183,140	564,920	1,315,590	655,510	1,971,100
Total América Latina y el Caribe, 8 países	1.0	545,500	19,243	9,713	28,936	52,780	35,970	88,760	60,440	53,860	114,290
Total regiones más desarrolladas, 2 países	0.8	54,000	71,610	7,260	78,860	35,940	24,410	49,380	85,940	40,700	126,650
Total general, 50 países	1.5	14,668,800	459,383	274,643	733,966	1,638,980	1,537,490	3,165,470	2,989,300	2,634,390	5,623,750

* La prevalencia del VIH es una estimación de rango medio elaborada por la OIT a partir de las estimaciones de mayor amplitud (0,4% - 1,3%, rangos inferior y superior, respectivamente) elaboradas por ONUSIDA para 2003

** El número de huérfanos es una estimación provisional

... No disponible

Fuente: Consúltense las notas técnicas

Cuadro principal 6A: Estimaciones del incremento de la carga económica y social como consecuencia de los decesos y las enfermedades atribuibles al VIH/SIDA en los momentos 1, 2 y 3 de las etapas III y IV de la progresión del VIH/SIDA en 50 países para el año 1995

País	Prevalencia del VIH	Incremento de la carga económica debida al VIH/SIDA						
		Momentos 1, 2 y 3	Momento 1		Momento 2		Momento 3	
			Impacto de los decesos	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)
Orden alfabético (inglés) de los países, por región	Prevalencia del VIH/SIDA entre las personas de 15-49 años.	Incremento del índice de dependencia económica atribuible al VIH/SIDA. Estimaciones Año 1995 (en porcentaje)	Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)	
Africa subsahariana								
Angola	3.9	0.3	0.1	0.3	0.1	0.3	0.1	0.3
Benín	1.9	...	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Botswana	37.3	...	0.8	0.8	0.8	0.8	0.7	0.7
Burkina Faso	4.2	0.5	0.2	0.7	0.2	0.7	0.2	0.7
Burundi	6.0	0.4	1.0	1.4	1.0	1.4	0.9	1.3
Camerún	6.9	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Rep. Centroafricana	13.5	0.0	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
Chad	4.8	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Congo	4.9	...	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
Côte d'Ivoire	7.0	...	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3
República Democrática del Congo	4.2	...	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
Djibouti	2.4	...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Eritrea	2.7	...	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Etiopía	4.4	...	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1
Gabón	8.1	...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Gambia	1.2	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2
Ghana	3.1	...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Guinea	3.2	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
Kenya	6.7	...	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2
Lesotho	28.9	3.6	0.0	3.7	0.0	3.7	0.0	3.7
Liberia	5.9	...	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Malawi	14.2	0.3	0.6	0.8	0.6	0.8	0.5	0.8
Malí	1.9	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Mozambique	12.2	...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Namibia	21.3	...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Nigeria	5.4	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Rwanda	5.1	...	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1
Sudáfrica	21.5	...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Sudán	2.3	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
Swazilandia	38.8	...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Togo	4.1	...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Uganda	4.1	...	1.2	1.2	1.2	1.2	1.0	1.0
República Unida de Tanzania	8.8	...	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2
Zambia	16.5	0.1	0.8	0.9	0.8	0.9	0.7	0.8
Zimbabwe	24.6	1.9	0.9	2.9	0.9	2.9	0.8	2.8
Asia								
Camboya	2.6	...	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
China	0.1	...	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
India*	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Myanmar	1.2	...	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tailandia	1.5	...	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2
América latina y el Caribe								
Bahamas	3.0	0.0	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Belice	2.4	...	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Brasil	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
República Dominicana	1.7	...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0
Guyana	2.5	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Haití	5.6	...	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Honduras	1.8	...	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Trinidad y Tobago	3.2	...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0
Regiones más desarrolladas								
Federación de Rusia	1.1	...	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Estados Unidos	0.6	...	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Incremento de la carga social como consecuencia del VIH/SIDA							País
Momentos 1, 2 y 3	Momento 1		Momento 2		Momento 3		
Impacto de los decesos	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	
Incremento del índice de dependencia económica atribuible al VIH/SIDA. Estimaciones Año 1995 (en Porcentaje)	Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Orden alfabético (inglés) de los países, por región
							Africa subsahariana
...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	Angola
...	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Benín
...	0.9	0.9	0.9	0.9	0.8	0.8	Botswana
0.0	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.3	Burkina Faso
1.5	1.0	2.5	1.0	2.5	0.9	2.4	Burundi
...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	Camerún
0.4	0.5	0.9	0.5	0.9	0.4	0.8	Rep. Centroafricana
...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	Chad
0.5	0.4	0.9	0.4	0.9	0.3	0.8	Congo
0.4	0.5	0.8	0.5	0.8	0.4	0.8	Côte d'Ivoire
0.8	0.5	1.3	0.5	1.3	0.4	1.2	República Democrática del Congo
...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	Djibouti
0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	Eritrea
...	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	Etiopía
0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2	Gabón
...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	Gambia
...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	Ghana
...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	Guinea
0.1	0.3	0.4	0.3	0.4	0.3	0.4	Kenya
2.4	0.0	2.4	0.0	2.4	0.0	2.4	Lesotho
0.2	0.0	0.2	0.0	0.2	0.0	0.2	Liberia
1.2	0.6	1.8	0.6	1.8	0.5	1.8	Malawi
...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	Malí
...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	Mozambique
...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	Namibia
...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	Nigeria
0.0	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	Rwanda
0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	Sudáfrica
...	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	Sudán
...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	Swazilandia
...	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	Togo
2.3	1.2	3.5	1.2	3.5	1.1	3.4	Uganda
0.4	0.3	0.7	0.3	0.6	0.2	0.6	República Unida de Tanzania
1.1	0.9	2.0	0.9	2.0	0.8	1.9	Zambia
1.2	1.0	2.2	1.0	2.2	0.9	2.1	Zimbabwe
							Asia
...	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Camboya
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	China
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	India*
0.0	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	Myanmar
0.6	0.3	0.9	0.3	0.9	0.3	0.8	Tailandia
							América latina y el Caribe
0.3	0.2	0.5	0.2	0.5	0.2	0.5	Bahamas
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Belice
...	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Brasil
0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	República Dominicana
0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	Guyana
0.8	0.6	1.4	0.6	1.4	0.5	1.3	Haití
...	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Honduras
0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	Trinidad y Tobago
							Regiones más desarrolladas
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Federación de Rusia
0.2	0.0	0.3	0.0	0.3	0.0	0.3	Estados Unidos

Cuadro principal 6A:
Resumen

Estimaciones del incremento de la carga económica y social como consecuencia de los decesos y las enfermedades atribuibles al VIH/SIDA en los momentos 1, 2 y 3 de las etapas III y IV de la progresión del VIH/SIDA en 50 países para el año 1995

	Prevalencia del VIH	Incremento de la carga económica debida al VIH/SIDA						
		Momentos 1, 2 y 3	Momento 1		Momento 2		Momento 3	
			Impacto de los decesos	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)
	Prevalencia del VIH/SIDA entre las personas de 15-49 años.	Incremento del índice de dependencia económica atribuible al VIH/SIDA. Estimaciones Año 1995 (en porcentaje)	Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)	
Total África subsahariana, 35 países	7.7	0.4	0.2	0.6	0.2	0.6	0.2	0.6
Total Asia, 5 países	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total América Latina y el Caribe, 8 países	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total regiones más desarrolladas, 2 países	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total general, 50 países	1.5	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0

* La prevalencia del VIH es una estimación de rango medio elaborada por la OIT a partir de las estimaciones de mayor amplitud (0,4% - 1,3 %, rangos inferior y superior, respectivamente) elaboradas por ONUSIDA para 2003

... No difiere significativamente de cero

Fuente: Consúltense las notas técnicas

Incremento de la carga social como consecuencia del VIH/SIDA

Momentos 1, 2 y 3	Momento 1		Momento 2		Momento 3		
	Impacto de los decesos	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad		Impacto total (en porcentaje)
Incremento del índice de depend- encia económica atribuible al VIH/SIDA. Estima- ciones Año 1995 (en Porcentaje)	Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		
0.1	0.3	0.4	0.3	0.4	0.2	0.4	Total Africa subsahariana, 35 países
0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	Total Asia, 5 países
0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	Total América Latina y el Caribe, 8 países
0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	Total regiones más desarrol- ladas, 2 países
0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	Total general, 50 países

**Cuadro principal
6B:**

Estimaciones del incremento de la carga económica y social como consecuencia de los decesos y las enfermedades atribuibles al VIH/SIDA en los momentos 1, 2 y 3 de las etapas III y IV de la progresión del VIH/SIDA en 50 países para el año 2005

País	Prevalencia del VIH	Incremento de la carga económica debida al VIH/SIDA						
		Momentos 1, 2 y 3	Momento 1		Momento 2		Momento 3	
		Impacto de los decesos	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)
Orden alfabético (inglés) de los países, por región	Prevalencia del VIH/SIDA entre las personas de 15-49 años.	Incremento del índice de dependencia económica atribuible al VIH/SIDA. Estimaciones Año 2005 (en porcentaje)	Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)	
Africa subsahariana								
Angola	3.9	4.3	0.5	4.7	0.5	4.7	0.4	4.7
Benín	1.9	...	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
Botswana	37.3	7.6	3.4	11.3	3.4	11.3	3.0	10.8
Burkina Faso	4.2	2.1	0.8	2.9	0.8	2.8	0.7	2.8
Burundi	6.0	2.5	0.9	3.4	0.9	3.4	0.8	3.3
Camerún	6.9	1.7	1.0	2.7	1.0	2.7	0.9	2.6
Rep. Centroafricana	13.5	2.8	1.7	4.5	1.7	4.5	1.5	4.3
Chad	4.8	2.5	0.4	2.9	0.4	2.9	0.4	2.9
Congo	4.9	1.9	0.9	2.8	0.9	2.8	0.8	2.7
Côte d'Ivoire	7.0	0.6	0.6	1.2	0.6	1.2	0.5	1.1
República Democrática del Congo	4.2	0.7	0.6	1.3	0.6	1.3	0.5	1.2
Djibouti	2.4	0.2	0.7	0.8	0.6	0.8	0.6	0.7
Eritrea	2.7	0.1	0.2	0.3	0.2	0.3	0.2	0.3
Etiopía	4.4	0.5	0.7	1.2	0.7	1.2	0.7	1.1
Gabón	8.1	2.2	0.5	2.8	0.5	2.8	0.5	2.7
Gambia	1.2	1.7	0.2	1.9	0.2	1.9	0.2	1.9
Ghana	3.1	0.6	0.4	1.1	0.4	1.1	0.4	1.0
Guinea	3.2	1.6	0.2	1.8	0.2	1.8	0.2	1.8
Kenya	6.7	0.0	1.8	1.8	1.8	1.8	1.6	1.6
Lesotho	28.9	9.1	3.2	12.6	3.2	12.5	2.8	12.1
Liberia	5.9	0.3	0.5	0.8	0.5	0.8	0.4	0.8
Malawi	14.2	3.9	2.2	6.1	2.2	6.1	1.9	5.9
Malí	1.9	0.2	0.2	0.3	0.2	0.3	0.2	0.3
Mozambique	12.2	1.2	1.5	2.7	1.5	2.7	1.3	2.6
Namibia	21.3	1.5	2.2	3.7	2.2	3.7	2.0	3.5
Nigeria	5.4	3.1	0.5	3.6	0.5	3.6	0.4	3.5
Rwanda	5.1	0.4	1.4	1.8	1.4	1.8	1.2	1.6
Sudáfrica	21.5	1.6	2.1	3.7	2.1	3.7	1.9	3.5
Sudán	2.3	0.4	0.2	0.6	0.2	0.6	0.1	0.5
Swazilandia	38.8	7.4	3.3	10.9	3.3	10.9	2.9	10.5
Togo	4.1	1.1	0.6	1.8	0.6	1.7	0.6	1.7
Uganda	4.1	0.5	0.8	1.3	0.8	1.3	0.7	1.3
República Unida de Tanzania	8.8	2.1	1.1	3.2	1.1	3.2	0.9	3.1
Zambia	16.5	4.8	2.9	7.8	2.9	7.7	2.5	7.4
Zimbabwe	24.6	14.0	4.6	19.2	4.5	19.1	4.0	18.5
Asia								
Camboya	2.6	0.1	0.2	0.4	0.2	0.4	0.2	0.3
China	0.1	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1
India*	0.8	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Myanmar	1.2	0.4	0.1	0.5	0.1	0.5	0.1	0.5
Tailandia	1.5	0.1	0.4	0.5	0.4	0.5	0.4	0.5
América latina y el Caribe								
Bahamas	3.0	0.6	0.7	1.2	0.6	1.2	0.6	1.1
Belice	2.4	0.0	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Brasil	0.7	0.2	0.1	0.3	0.1	0.3	0.1	0.3
República Dominicana	1.7	0.3	0.3	0.5	0.3	0.5	0.2	0.5
Guyana	2.5	0.4	0.3	0.7	0.3	0.7	0.3	0.7
Haití	5.6	0.5	1.1	1.6	1.1	1.6	0.9	1.5
Honduras	1.8	0.3	0.1	0.4	0.1	0.4	0.1	0.4
Trinidad y Tobago	3.2	0.1	0.3	0.4	0.3	0.4	0.3	0.4
Regiones más desarrolladas								
Federación de Rusia	1.1	0.1	0.0	0.2	0.0	0.2	0.0	0.2
Estados Unidos	0.6	0.1	0.0	0.2	0.0	0.2	0.0	0.2

Incremento de la carga social como consecuencia del VIH/SIDA							País
Momentos 1, 2 y 3	Momento 1		Momento 2		Momento 3		
Impacto de los decesos	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	
Incremento del índice de dependencia económica atribuible al VIH/SIDA. Estimaciones Año 2005 (en Porcentaje)	Incremento adicional proyectado del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional proyectado del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional proyectado del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Orden alfabético (inglés) de los países, por región
							África subsahariana
0.8	0.5	1.3	0.5	1.3	0.4	1.2	Angola
0.6	0.3	1.0	0.3	1.0	0.3	0.9	Benín
6.1	4.1	10.4	4.1	10.4	3.6	9.9	Botswana
1.3	0.9	2.2	0.8	2.2	0.8	2.1	Burkina Faso
1.3	1.0	2.4	1.0	2.4	0.9	2.3	Burundi
2.0	1.2	3.2	1.2	3.2	1.1	3.0	Camerún
4.4	2.0	6.5	2.0	6.5	1.7	6.2	Rep. Centroafricana
...	0.5	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	Chad
0.1	1.0	1.2	1.0	1.1	0.9	1.0	Congo
3.0	0.8	3.8	0.8	3.8	0.7	3.7	Côte d'Ivoire
1.7	0.7	2.4	0.7	2.4	0.6	2.3	República Democrática del
0.6	0.8	1.5	0.8	1.5	0.7	1.4	Djibouti
0.3	0.3	0.6	0.2	0.6	0.2	0.6	Eritrea
1.0	0.8	1.8	0.8	1.8	0.7	1.7	Etiopía
1.4	0.6	2.0	0.6	2.0	0.5	1.9	Gabón
0.4	0.3	0.7	0.3	0.7	0.2	0.7	Gambia
0.7	0.5	1.2	0.5	1.2	0.4	1.1	Ghana
0.2	0.3	0.5	0.3	0.5	0.2	0.4	Guinea
3.6	2.0	5.8	2.0	5.7	1.8	5.5	Kenya
6.5	3.8	10.6	3.8	10.6	3.4	10.2	Lesotho
1.2	0.6	1.8	0.6	1.8	0.5	1.8	Liberia
5.6	2.3	8.0	2.3	8.0	2.1	7.8	Malawi
0.4	0.2	0.6	0.2	0.6	0.2	0.6	Malí
2.8	1.6	4.4	1.6	4.4	1.4	4.3	Mozambique
4.1	2.5	6.8	2.5	6.7	2.2	6.4	Namibia
0.8	0.6	1.4	0.6	1.4	0.5	1.3	Nigeria
2.8	1.5	4.3	1.5	4.3	1.3	4.1	Rwanda
4.6	2.9	7.6	2.9	7.6	2.5	7.2	Sudáfrica
0.1	0.2	0.3	0.2	0.3	0.2	0.3	Sudán
5.5	4.1	9.8	4.1	9.8	3.6	9.3	Swazilandia
1.2	0.8	2.0	0.8	2.0	0.7	2.0	Togo
4.1	0.8	4.9	0.8	4.9	0.7	4.8	Uganda
2.3	1.1	3.5	1.1	3.5	1.0	3.3	República Unida de Tanzania
7.4	3.4	11.0	3.3	10.9	3.0	10.5	Zambia
10.1	5.1	15.7	5.1	15.7	4.5	15.1	Zimbabwe
							Asia
0.3	0.2	0.6	0.2	0.6	0.2	0.5	Camboya
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	China
0.2	0.1	0.3	0.1	0.3	0.1	0.3	India*
0.6	0.1	0.7	0.1	0.7	0.1	0.7	Myanmar
2.1	0.5	2.6	0.5	2.6	0.5	2.6	Tailandia
							América latina y el Caribe
2.2	0.8	2.9	0.8	2.9	0.7	2.9	Bahamas
0.4	0.2	0.7	0.2	0.7	0.2	0.6	Belice
0.4	0.1	0.4	0.1	0.4	0.1	0.5	Brasil
0.7	0.4	1.1	0.4	1.1	0.3	1.1	República Dominicana
5.1	0.5	5.6	0.5	5.6	0.4	5.5	Guyana
1.8	1.1	3.0	1.1	3.0	1.0	2.9	Haití
0.3	0.2	0.4	0.2	0.4	0.1	0.4	Honduras
0.9	0.4	1.4	0.4	1.4	0.4	1.3	Trinidad y Tobago
							Regiones más desarrolladas
0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	Federación de Rusia
0.6	0.0	0.6	0.0	0.6	0.0	0.6	Estados Unidos

Cuadro principal
6B:
Resumen

Estimaciones del incremento de la carga económica y social como consecuencia de los decesos y las enfermedades atribuibles al VIH/SIDA en los momentos 1, 2 y 3 de las etapas III y IV de la progresión del VIH/SIDA en 50 países para el año 2005

	Prevalencia del VIH	Incremento de la carga económica debida al VIH/SIDA						
		Momentos 1, 2 y 3	Momento 1		Momento 2		Momento 3	
		Impacto de los decesos	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)
	Prevalencia del VIH/SIDA entre las personas de 15-49 años.	Incremento del índice de dependencia económica atribuible al VIH/SIDA. Estimaciones Año 2005 (en porcentaje)	Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)	
Total África subsahariana, 35 países	7.7	2.5	1.0	3.5	1.0	3.5	0.9	3.4
Total Asia, 5 países	0.4	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1
Total América Latina y el Caribe, 8 países	1.0	0.3	0.1	0.4	0.1	0.4	0.1	0.4
Total regiones más desarrolladas, 2 países	0.8	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1
Total general, 50 países	1.5	0.2	0.2	0.4	0.2	0.4	0.2	0.4

* La prevalencia del VIH es una estimación de rango medio elaborada por la OIT a partir de las estimaciones de mayor amplitud (0,4% - 1,3 %, rangos inferior y superior, respectivamente) elaboradas por ONUSIDA para 2003

... No difiere significativamente de cero

Fuente: Consúltense las notas técnicas

Incremento de la carga social como consecuencia del VIH/SIDA

Momentos 1, 2 y 3	Momento 1		Momento 2		Momento 3		
	Impacto de los decesos	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad		Impacto total (en porcentaje)
Incremento del índice de dependencia económica atribuible al VIH/SIDA. Estimaciones Año 2005 (en Porcentaje)	Incremento adicional proyectado del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional proyectado del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional proyectado del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		
2.1	1.1	3.2	1.1	3.2	1.0	3.1	Total Africa subsahariana, 35 países
0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	Total Asia, 5 países
0.5	0.1	0.6	0.1	0.6	0.1	0.6	Total América Latina y el Caribe, 8 países
0.3	0.0	0.3	0.0	0.3	0.0	0.3	Total regiones más desarrolladas, 2 países
0.1	0.3	0.4	0.3	0.4	0.2	0.3	Total general, 50 países

Estimaciones del incremento de la carga económica y social como consecuencia de los decesos y las enfermedades atribuibles al VIH/SIDA en los momentos 1, 2 y 3 de las etapas III y IV de la progresión del VIH/SIDA en 50 países para el año 2015

País	Prevalencia del VIH	Incremento de la carga económica debida al VIH/SIDA						
		Momentos 1, 2 y 3	Momento 1		Momento 2		Momento 3	
		Impacto de los decesos	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)
Orden alfabético (inglés) de los países, por región	Prevalencia del VIH/SIDA entre las personas de 15-49 años.	Incremento del índice de dependencia económica atribuible al VIH/SIDA. Estimaciones Año 2015 (en porcentaje)	Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)	
África subsahariana								
Angola	3.9	4.5	0.7	5.2	0.7	5.2	0.6	5.1
Benín	1.9	0.7	0.5	1.2	0.5	1.2	0.4	1.1
Botswana	37.3	10.2	5.6	16.3	5.5	16.3	4.9	15.6
Burkina Faso	4.2	2.5	0.7	3.2	0.7	3.2	0.6	3.1
Burundi	6.0	1.8	1.2	2.9	1.2	2.9	1.0	2.8
Camerún	6.9	3.8	1.5	5.4	1.5	5.4	1.4	5.2
Rep. Centroafricana	13.5	7.3	1.6	9.0	1.6	9.0	1.4	8.8
Chad	4.8	5.8	0.4	6.2	0.4	6.2	0.3	6.2
Congo	4.9	3.0	0.8	3.8	0.8	3.8	0.7	3.7
Côte d'Ivoire	7.0	4.2	0.8	5.1	0.8	5.1	0.7	5.0
República Democrática del Congo	4.2	2.0	0.5	2.5	0.5	2.5	0.5	2.4
Djibouti	2.4	0.6	0.9	1.5	0.9	1.5	0.8	1.4
Eritrea	2.7	0.5	0.4	0.9	0.4	0.9	0.3	0.9
Etiopía	4.4	2.3	0.8	3.1	0.8	3.1	0.7	3.0
Gabón	8.1	3.6	0.5	4.1	0.5	4.1	0.4	4.1
Gambia	1.2	2.6	0.2	2.8	0.2	2.8	0.2	2.8
Ghana	3.1	1.4	0.4	1.9	0.4	1.9	0.4	1.8
Guinea	3.2	3.5	0.2	3.7	0.2	3.7	0.2	3.7
Kenya	6.7	0.8	2.3	3.1	2.2	3.1	2.0	2.8
Lesotho	28.9	16.2	3.9	20.7	3.9	20.7	3.5	20.2
Liberia	5.9	1.8	0.7	2.5	0.7	2.5	0.6	2.4
Malawi	14.2	9.3	2.1	11.6	2.0	11.6	1.8	11.3
Malí	1.9	0.8	0.2	1.0	0.2	1.0	0.2	1.0
Mozambique	12.2	4.9	1.7	6.7	1.7	6.7	1.5	6.5
Namibia	21.3	9.9	2.9	13.1	2.9	13.1	2.6	12.7
Nigeria	5.4	3.7	0.7	4.4	0.7	4.4	0.6	4.3
Rwanda	5.1	1.7	1.1	2.8	1.1	2.7	0.9	2.6
Sudáfrica	21.5	9.3	3.3	12.9	3.3	12.9	2.9	12.5
Sudán	2.3	1.4	0.3	1.7	0.3	1.7	0.3	1.7
Swazilandia	38.8	18.0	4.2	23.0	4.2	22.9	3.7	22.4
Togo	4.1	2.2	0.7	2.9	0.7	2.9	0.6	2.8
Uganda	4.1	1.3	0.3	1.7	0.3	1.7	0.3	1.6
República Unida de Tanzania	8.8	6.5	0.8	7.4	0.8	7.4	0.7	7.3
Zambia	16.5	8.5	2.5	11.2	2.4	11.2	2.2	10.9
Zimbabwe	24.6	24.7	5.2	31.2	5.2	31.1	4.6	30.4
Asia								
Camboya	2.6	0.8	0.4	1.3	0.4	1.3	0.4	1.2
China	0.1	0.5	0.2	0.7	0.2	0.7	0.1	0.7
India*	0.8	0.7	0.2	0.9	0.2	0.9	0.2	0.9
Myanmar	1.2	2.8	0.3	3.1	0.3	3.0	0.2	3.0
Tailandia	1.5	1.4	0.2	1.6	0.2	1.6	0.2	1.6
América latina y el Caribe								
Bahamas	3.0	1.8	0.7	2.4	0.7	2.4	0.6	2.4
Belice	2.4	1.1	0.3	1.3	0.3	1.3	0.2	1.3
Brasil	0.7	1.5	0.1	1.6	0.1	1.6	0.1	1.6
República Dominicana	1.7	0.5	0.4	1.0	0.4	1.0	0.4	0.9
Guyana	2.5	1.5	0.5	2.0	0.5	2.0	0.4	2.0
Haití	5.6	1.4	1.1	2.5	1.1	2.4	0.9	2.3
Honduras	1.8	1.6	0.3	1.9	0.3	1.9	0.3	1.9
Trinidad y Tobago	3.2	0.7	0.6	1.3	0.6	1.3	0.5	1.3
Regiones más desarrolladas								
Federación de Rusia	1.1	0.6	0.2	0.8	0.2	0.8	0.2	0.8
Estados Unidos	0.6	0.7	0.0	0.7	0.0	0.7	0.0	0.7

Incremento de la carga social como consecuencia del VIH/SIDA							País
Momentos 1, 2 y 3	Momento 1		Momento 2		Momento 3		
Impacto de los decesos	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	
Incremento del índice de dependencia económica atribuible al VIH/SIDA. Estimaciones Año 2015 (en Porcentaje)	Incremento adicional proyectado del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional proyectado del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional proyectado del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Orden alfabético (inglés) de los países, por región
							Africa subsahariana
2.2	0.8	3.0	0.8	3.0	0.7	2.9	Angola
1.3	0.5	1.8	0.5	1.8	0.4	1.7	Benín
19.1	7.0	27.4	6.9	27.3	6.1	26.4	Botswana
2.6	0.7	3.4	0.7	3.4	0.6	3.3	Burkina Faso
4.1	1.3	5.5	1.2	5.4	1.1	5.3	Burundi
5.4	2.0	7.5	2.0	7.5	1.8	7.3	Camerún
8.1	1.9	10.1	1.9	10.1	1.7	9.9	Rep. Centroafricana
0.6	0.4	1.0	0.4	1.0	0.4	0.9	Chad
2.1	0.9	3.1	0.9	3.1	0.8	3.0	Congo
5.5	1.1	6.6	1.0	6.6	0.9	6.4	Côte d'Ivoire
2.6	0.6	3.2	0.6	3.2	0.6	3.1	República Democrática del Congo
2.1	1.2	3.3	1.2	3.3	1.1	3.2	Djibouti
1.0	0.5	1.5	0.4	1.5	0.4	1.4	Eritrea
2.2	0.9	3.1	0.9	3.1	0.8	3.0	Etiopía
2.3	0.6	2.9	0.6	2.9	0.5	2.8	Gabón
0.8	0.2	1.1	0.2	1.1	0.2	1.0	Gambia
1.4	0.5	1.9	0.5	1.9	0.4	1.8	Ghana
0.6	0.2	0.8	0.2	0.8	0.2	0.8	Guinea
8.0	2.6	10.8	2.6	10.8	2.3	10.5	Kenya
16.9	5.1	22.9	5.1	22.8	4.5	22.2	Lesotho
2.4	0.9	3.3	0.9	3.3	0.8	3.2	Liberia
9.6	2.2	12.0	2.2	12.0	2.0	11.8	Malawi
0.6	0.2	0.8	0.2	0.8	0.2	0.8	Malí
4.8	1.8	6.8	1.8	6.7	1.6	6.5	Mozambique
9.0	3.6	12.9	3.6	12.9	3.2	12.4	Namibia
2.2	0.9	3.2	0.9	3.2	0.8	3.1	Nigeria
3.9	1.2	5.1	1.1	5.1	1.0	5.0	Rwanda
13.4	4.9	18.9	4.8	18.9	4.3	18.3	Sudáfrica
0.7	0.5	1.2	0.5	1.2	0.4	1.2	Sudán
13.9	5.7	20.4	5.7	20.4	5.0	19.7	Swazilandia
2.5	0.9	3.4	0.9	3.4	0.8	3.3	Togo
4.1	0.3	4.5	0.3	4.5	0.3	4.4	Uganda
4.0	0.9	5.0	0.9	5.0	0.8	4.9	República Unida de Tanzania
12.6	2.9	15.9	2.9	15.9	2.6	15.5	Zambia
23.5	6.0	30.9	5.9	30.9	5.3	30.0	Zimbabwe
							Asia
1.2	0.5	1.7	0.5	1.7	0.4	1.6	Camboya
0.3	0.2	0.5	0.2	0.5	0.2	0.5	China
0.8	0.3	1.1	0.3	1.1	0.3	1.0	India*
2.0	0.3	2.3	0.3	2.3	0.3	2.2	Myanmar
2.5	0.3	2.7	0.3	2.7	0.2	2.7	Tailandia
							América latina y el Caribe
4.0	0.8	4.8	0.8	4.8	0.8	4.7	Bahamas
1.3	0.4	1.7	0.4	1.7	0.4	1.6	Belice
0.7	0.1	0.8	0.1	0.8	0.1	0.8	Brasil
2.3	0.6	2.9	0.6	2.9	0.6	2.8	República Dominicana
8.2	0.8	9.0	0.7	9.0	0.7	8.9	Guyana
4.0	1.2	5.2	1.2	5.2	1.1	5.1	Haití
1.1	0.4	1.5	0.4	1.5	0.4	1.4	Honduras
2.7	1.0	3.7	1.0	3.7	0.8	3.6	Trinidad y Tobago
							Regiones más desarrolladas
1.3	0.3	1.6	0.3	1.6	0.2	1.6	Federación de Rusia
0.8	0.0	0.8	0.0	0.8	0.0	0.8	Estados Unidos

Cuadro principal 6C:
Resumen

Estimaciones del incremento de la carga económica y social como consecuencia de los decesos y las enfermedades atribuibles al VIH/SIDA en los momentos 1, 2 y 3 de las etapas III y IV de la progresión del VIH/SIDA en 50 países para el año 2015

	Prevalencia del VIH	Incremento de la carga económica debida al VIH/SIDA						
		Momentos 1, 2 y 3	Momento 1		Momento 2		Momento 3	
		Impacto de los decesos	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)
	Prevalencia del VIH/SIDA entre las personas de 15-49 años.	Incremento del índice de dependencia económica atribuible al VIH/SIDA. Estimaciones Año 2015 (en porcentaje)	Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)	
Total África subsahariana, 35 países	7.7	4.2	1.0	5.3	1.0	5.3	0.9	5.1
Total Asia, 5 países	0.4	0.7	0.2	0.8	0.2	0.8	0.2	0.8
Total América Latina y el Caribe, 8 países	1.0	1.5	0.1	1.6	0.1	1.6	0.1	1.6
Total regiones más desarrolladas, 2 países	0.8	0.6	0.1	0.7	0.1	0.7	0.1	0.7
Total general, 50 países	1.5	0.7	0.3	1.0	0.3	1.0	0.3	0.9

* La prevalencia del VIH es una estimación de rango medio elaborada por la OIT a partir de las estimaciones de mayor amplitud (0,4% - 1,3 %, rangos inferior y superior, respectivamente) elaboradas por ONUSIDA para 2003

Fuente: Consúltense las notas técnicas

Incremento de la carga social como consecuencia del VIH/SIDA

Momentos 1, 2 y 3	Momento 1		Momento 2		Momento 3		
	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	Impacto de la enfermedad	Impacto total (en porcentaje)	
Incremento del índice de dependencia económica atribuible al VIH/SIDA. Estimaciones Año 2015 (en Porcentaje)	Incremento adicional proyectado del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional proyectado del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		Incremento adicional proyectado del índice de dependencia económica. Estimaciones (en porcentaje)		
4.5	1.3	5.8	1.3	5.8	1.1	5.7	Total Africa subsahariana, 35 países
0.6	0.2	0.8	0.2	0.8	0.2	0.8	Total Asia, 5 países
0.9	0.2	1.1	0.2	1.1	0.2	1.1	Total América Latina y el Caribe, 8 países
1.0	0.1	1.1	0.1	1.1	0.1	1.1	Total regiones más desarrolladas, 2 países
0.6	0.4	1.1	0.4	1.1	0.4	1.0	Total general, 50 países