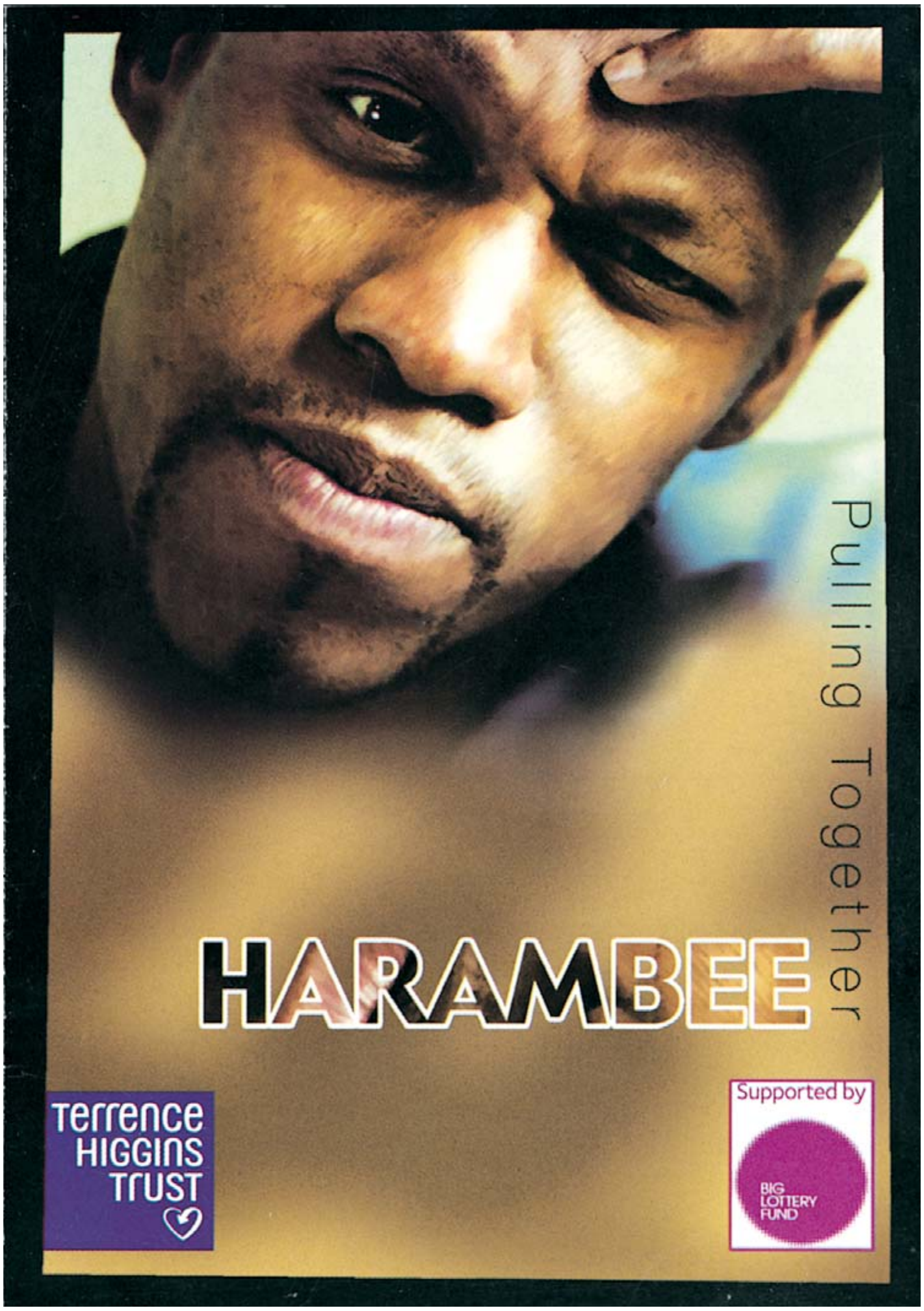
Pulling Together
HARAMBEE
Terrence
Higgins
Trust
Supported by
BIG
LOTTERY
FUND

1

एचआईवी/एड्स के 25 वर्ष

जून 2006 में एड्स के 25 वर्ष पूरे हुए। 5 जून, 1981 को, यूएसए स्थित सेंटर्स फॉर डिज़ीज कंट्रोल एण्ड प्रिवेनशन (CDC) ने पहली बार पाँच समलैंगिक पुरुषों में एक दुर्लभ निमोनिया पर एक रिपोर्ट प्रकाशित की, और यह रिपोर्ट एड्स (एक्वायर्ड इम्यूनो डिफिशन्सि सिन्ड्रोम) की 'खोज' को प्रमाणित करने के लिए महत्वपूर्ण है। शुरुआत में, इस लक्षण–समूह को गे–रिलेटेड इम्यूनो डिफिशन्सि (समलैंगिकों–संबद्ध) (GRID) या 'समलैंगिक–कैंसर' (गे–कैंसर) कहा जाता था। सीडीसी ने 1982 में एड्स शब्द की स्थापना की।

तीन वर्षों के अंदर, 1984 में, शोधकर्त्ताओं ने एचआईवी (ह्यूमन इम्यूनोडिफिशन्सि वाइरस) को अलग कर लिया, जिस वाइरस से एड्स होता है। वाइरस की इस पहचान का श्रेय फ्राँस में पैस्टर इंस्टीट्यूट के लुक मौनटेगनिअर और यूएसए में नेशनल इंस्टीट्यूट ऑफ हैल्थ के रोबर्ट गैलो को जाता है।

सन् 1987 में, पहली एंटीरेट्रोवाइरल दवाएं सामने आनी शुरू हुई, और अब हाइली एक्टिव एंटीरेट्रोवाइरल थैरेपीज़ (HAART) उपलब्ध हैं। हजारों लोगों की जान बचाने का सेहरा इनके सिर है।

इन शुरुआती उन्नतियों के बावजूद, एचआईवी/एड्स महामारी तेजी से बढ़ी, और यह कहा जा सकता है कि हर गुजरने वाले साल के साथ खबर बुरी होगी। पिछले 25 वर्षों में, एचआईवी वास्तव में विश्व के हर देश में फैल गया है। उनमें से कई देशों में यह मृत्यु का मुख्य कारण है और अनुमान है कि अब तक सारे विश्व में 65 मिलियन लोग इससे संक्रमित हो चुके हैं, उनमें से 95% निम्न व मध्य आय वाले देशों में हैं। दक्षिणी अफ्रीका में इसने अनेक देशों का सर्वनाश कर दिया है, करोड़ों को मौत के घाट उतारा है और औसत जीवन प्रत्याशा घटकर 40 वर्ष या उससे कम हो गई, जीवनकाल जो 21वीं शदाब्दी से

अधिक मध्ययुग के लिए उचित है।

सारे विश्व में, 25 मिलियन लोग, एड्स को परिभाषित करने वाली अवसरवादी बीमारियों से मृत्यु को प्राप्त हो गए हैं और मौतें तेजी से हो रही हैं। महामारी ने केवल 2005 में, 2.8 मिलियन लोगों की जानें ली हैं।

उस समय से, जब समझा जाता था कि यह केवल समलैंगिक पुरुषों को प्रभावित करता है, आज यह सभी भौगोलिक, सामाजिक, जातीय, नस्लवादी, जेंडर और सामाजिक–आर्थिक सीमाओं से बाहर फैल गया है। वर्तमान में इससे प्रभावित लोगों में से लगभग आधी महिलाएं हैं।

यूएनएड्स द्वारा प्रकाशित वैश्विक एड्स महामारी पर रिपोर्ट, 2006 कहती है : ''एक सबसे बड़ा विरोधाभास है, कि हालांकि इससे हर रोज 11,000 संक्रमण और (लगभग) 8,000 मौतें होती हैं, फिर भी कई प्रकार से यह महामारी छुपी रहती है।'' रिपोर्ट यह भी कहती

है कि कुछ महत्वपूर्ण सफलताओं के बावजूद, आज तक एड्स महामारी पर वैश्विक प्रतिक्रिया 'पर्याप्त प्रतिक्रिया के कहीं आसपास भी नहीं है'। वैज्ञानिक ज्ञान और सार्वजनिक स्वास्थ्य में इतनी अधिक प्रगति होने के बावजूद, अभी भी चुनौतियां विशाल हैं।

1981 से अब तक:

- एचआईवी (वाइरस) को पहचान लिया गया है
- नैदानिक और जाँच परीक्षण विकसित कर लिए गए हैं
- जीवन–बढ़ाने वाली एंटीरेट्रोवाइरल थैरेपी (ARV) विकसित कर ली गई है
- महामारी पर वैश्विक ध्यान केंद्रित किया गया है

फिर भी:

- एचआईवी/एड्स इतिहास में सबसे अधिक सर्वनाशक महामारी के रूप में उभरा है (पूरे विश्व में 15–49 आयु समूह में वयस्कों की मुत्यु को मुख्य कारण है)
- अभी भी महामारी जागरूकता से कहीं अधिक तेजी से फैल रही है (पिछले 11 वर्षों में संक्रमित लोगों की संख्या दुगनी हो गई है)
- मानवीय, सामाजिक और आर्थिक लागतें विशाल हैं
- विश्व के कई भागों में एआरवी की उपलब्धता अभी भी एक समस्या है
- एचआईवी के लिए टीका विकसित करना अभी भी बाकी है

भारत में एचआईवी के 20 वर्ष

भारत, आज 'विश्व की एचआईवी/एड्स राजधानी' है। यहाँ विश्व के किसी भी देश में एचआईवी/एड्स के साथ जी रहे लोगों (PLHA) की संख्या सबसे अधिक है – 5.7 मिलियन – और लगभग हर सात पीएलएचए में से 1 भारतीय है।

भारत में, एचआईवी संक्रमण का पहला मामला, 1986 में चैन्नई में पता लगा था।

कुछ महत्वपूर्ण कदम

1959	कभी भी रक्त के नमूने में पाया गया, सबसे पुराना माना जाने वाला, मानव से लिया गया एचआईवी नमूना, कांगों में, इस वर्ष में लिया गया था।
1981	सीडीसी दुर्लभ निमोनिया के पांच मामले बताता है, महामारी की शुरूआत होती है
1982	'एड्स' को पहली बार परिभाषित किया गया; संचारण के तरीके पहचाने गए
1984	यूएसए में नेशनल इंस्टीट्यूट ऑफ हैल्थ के रोबर्ट गैलो और फ्रांस में पैस्टर इंस्टीट्यूट के लुक मौनटेगनिअर ने एचआईवी वाइरस को अलग किया
1985	पहला एचआईवी जांच लाइसेंस
1987	यूएसए में, पहली एड्स थैरेपी, एजेडटी, को स्वीकृति मिली
1992	भारत में, नैको, राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन की स्थापना
1994	एड्स 25–44 आयु वर्ग के अमरीकियों की मृत्यु का मुख्य कारण बना
1995	हाइली एक्टिव एंटीरेट्रोवाइरल थैरेपीज़ (HAART) का आरंभ
1996	यूएनएड्स (एचआईवी/एड्स पर संयुक्त यूएन कार्यक्रम) बनाया गया
1997	अपनी सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के माध्यम से एंटीरेट्रोवाइरल थैरेपीज प्रदान करने वाला ब्राजील पहला विकासशील देश बना। यूएसए में एड्स–संबंधित मौतें पिछले वर्ष के मुकाबले 40% से अधिक घटीं, अधिकतर HAART के कारण
1999	टीके के लिए पहला बड़े पैमाने पर मानव ट्रायल शुरू हुआ
2000	मिलिनियम डिवेलपमेंट गोलस् के आठ मुख्य उद्देश्यों में से एक के रूप में एड्स, टीबी और मलेरिया के फैलाव को पलटना, शामिल किया गया
2001	यूनाइटेड नेशन्स् जनरल असेम्बली द्वारा एड्स पर पहला सत्र आयोजित
2002	एड्स, मलेरिया और तपेदिक से लड़ने के लिए पहला वैश्विक फण्ड स्थापित
2003	डब्ल्यूएचओ द्वारा '3 बटा 5' पहल की घोषणा
2006	महामारी की 25वीं वर्षगांठ। भारत विश्वभर में एचआईवी/एड्स के साथ जी रहे लोगों (PLHA) की सबसे बड़ी संख्या वाले देश के रूप में उभरा। तमिल नाडू समेत, चार दक्षिण भारतीय राज्यों में एड्स प्रसार गिरा।

एचआईवी/एड्स के बारे में तथ्य

1981 से हुई मृत्यु (विश्वभर में)	25 मिलियन से अधिक
2005 में अनुमानित मृत्यु (विश्वभर में)	2.8 मिलियन
2005 में अनुमानित मृत्यु (भारत में)	4,00,000
आज एचआईवी/एड्स के साथ जी रहे लोगों की संख्या	38.6 मिलियन (1% वयस्क)
आज भारत में एचआईवी/एड्स के साथ जी रहे लोगों की संख्या	5.7 मिलियन
2005 में, विकासशील देशों में, जिन लोगों को एंटीरेट्रोवाइरल उपचार की आवश्यकता थी, उनकी संख्या	6.5 मिलियन
2005 में, विकासशील देशों में, जिन लोगों को एंटीरेट्रोवाइरल उपचार प्राप्त हुआ, उनकी संख्या	1.3 मिलियन
2005 में, भारत में, नैको के माध्यम से एंटीरेट्रोवाइरल उपचार प्राप्त करने वाले लोगों की संख्या	23,784

स्रोत : यूएनएड्स, 2006

भारतीय प्रतिक्रिया 1986 में राष्ट्रीय एड्स समिति की स्थापना से आरंभ हुई। सन् 1986 और 1998 के बीच समिति की पाँच बैठकें हुईं। नैको, राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन, की स्थापना 1992 में हुई और आज यह एड्स महामारी से संघर्ष के लिए शीर्ष संस्था है।

नैको की वर्तमान डायरेक्टर जनरल, सुनीता राव, आंरभिक वर्षों में हुई प्रतिक्रिया पर कहती हैं, ''एचआईवी वास्तव में क्या है, यह समझने में हमें लगभग एक दशक लग गया। हम ठेठ इंकार की अवस्था से गुज़रे। हमने इसके औचित्य को नहीं समझा, हमने इसके महत्व को नहीं समझा, और हमने इसके मरक–विज्ञान (एपिडीमिऑलजि) को नहीं समझा।''

राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम के पहले चरण (NACP-I, 1992-99) के दौरान प्राथमिकताएं थीं – जागरूकता फैलाना और सुरक्षित रक्त आपूर्ति सुनिश्चित करना। इस समय की कई सारी गतिविधियों का ध्यान 'जोखिम समूहों' जैसे कि यौनकर्मी, नसों में नशा करने वाले और पुरुषों के साथ यौन संबंध बनाने वाले पुरुषों पर था। इसी समय राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटियों के नेटवर्क की स्थापना हुई।

NACP-II 1999 में शुरू हुआ और 2006 में समाप्त हुआ। इस चरण के मुख्य तत्व थे चौकसी (आंकड़े जुटाना), रोकथाम (लक्षबद्ध हस्तक्षेपों द्वारा उच्च जोखिमपूर्ण आचरणों को बदलना शामिल था) और कम–लागत देखभाल तथा सहायता। माँ से शिशु में संचारण को रोकने के लिए कार्यक्रमों को तेज किया गया, लेकिन, यूएनएड्स के अनुसार, भारत में, केवल 1.6% गर्भवती महिलाएं अपने शिशुओं में वाइरस का संचारण रोकने के लिए जरूरी एआरटी प्राप्त कर रही हैं।

उच्च जोखिमपूर्ण आचरणों वाले समूह फोकस में रहे। नैको के आंकड़ों के अनुसार, 45% पुरुषों के साथ यौन संबंध बनाने वाले पुरुषों, 52% यौनकर्मियों और देश के सभी ट्रक ड्राइवरों में 93.5% तक रोकथाम के कार्यक्रमों द्वारा पहुँचा गया है।

एआरटी को NACP-II के दौरान प्रयोग किया गया, लेकिन इसकी उपलब्धता बहुत अधिक सीमित रही। सरकारी अस्पतालों के माध्यम से मुफ्त एआरटी प्रावधान के लक्ष्य भारतीय सरकार द्वारा बारबार बदले गए। फिर भी, यह ध्यान देने की बात है, कि कंलक और भेदभाव के मुद्दों पर कोई खास प्रगति नहीं हुई है। NACP-II की कुल लागत 1,425 करोड़ रूपये थी।

NACP-III जो 2006 में शुरू होना था, अभी तैयार हो रहा है। मोटेतौर पर इसका

एचआईवी अनुमान, भारत

मिलियन में

वर्ष	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
अनुमान	3.5	3.86	3.97	4.58	5.106	5.134	5.21/5.7*

* नैको की 2005 के लिए 5.21 मिलियन की संख्या का संकेत 15–49 आयु समूह के वयस्कों से है। यूएनएड्स की 5.7 मिलियन की संख्या में सभी वयस्क (15+) और इसमें 50 या उससे अधिक आयु वाले लोगों को भी गिना गया है। स्रोत : नैको/यूएनएड्स।

क्षेत्रीय आधार पर एचआईवी प्रसार, 2005

क्षेत्र	वयस्क (15+) और एचआईवी के साथ जी रहे बच्चे	वयस्क (15–49) प्रसार	मृत्यु 2005 में
उप–सहारा अफ्रीका	24.5 मिलियन	6.1	2.0 मिलियन
द. अफ्रीका और मिडल ईस्ट	4,40,000	0.2	37,000
एशिया	8.3 मिलियन	0.4	6,00,000
महासागरीय	78,000	0.3	3,400
लैटिन अमरीका	1.6 मिलियन	0.5	59,000
कैरेबियन	330,000	1.6	27,000
पू. यूरोप और मध्य एशिया	1.5 मिलियन	0.8	53,000
उ. अमरीका, पश्चिमी और मध्य यूरोप	2.0 मिलियन	0.5	30,000
कुल	38.6 मिलियन	1.0	2.8 मिलियन

स्रोत : यूएनएड्स, 2006

उद्देश्य, एचआईवी/एड्स महामारी को रोकना तथा वापस मोड़ना है और अपेक्षा है, इसमें उपचार, देखभाल तथा सहायता गतिविधियों के साथ रोकथाम प्रयास शामिल होगें।

महामारी

उप–सहारा अफ्रीका

विश्व में उप–सहारा अफ्रीका सबसे बुरी तरह प्रभावित क्षेत्र बना हुआ है। हालांकि, एचआईवी प्रसार यहाँ समतल होता नजर आ रहा है। दक्षिणी अफ्रीका में, यह 'स्थिरीकरण' उस स्तर से कहीं ऊँचाई पर हो रहा है जो किसी समय विशषज्ञों ने सोचा था कि संभव होगा, लेकिन यह एक भयानक सच को छुपाता है – कि एड्स–संबंधित बीमारियों से मरने वालों की संख्या, एचआईवी से संक्रमित नए लोगों की संख्या के लगभग बराबर है। सभी, एचआईवी+ लोगों में से करीब दो तिहाई यहाँ रहते हैं और 2005 में विश्वभर में 2.8 मिलियन मौतों में से लगभग दो मिलियन उप–सहारा अफ्रीका में घटी हैं। हालांकि,

देश	वयस्क (15–49) वर्ष एचआईवी प्रसार (% में), 2005
स्वाज़ीलैण्ड	33.4
बोट्सवाना	24.1
लिसोथो	23.2
नामीबिया	19.6
दक्षिण अफ्रीका	18.8

स्रोत : यूएनएड्स, 2006

केन्या, जिम्बाब्वे और बुरर्कीनो फासो के शहरी क्षेत्रों में प्रसार दर ने हाल में गिरावट दर्शायी है (यूएनएड्स ने अपनी वैश्विक एड्स महामारी पर रिपोर्ट, 2006, में प्रसार में आई गिरावट के उदाहरणों के रूप में इन क्षेत्रों को दक्षिण भारतीय राज्यों के साथ चुना था)।

उप–सहारा अफ्रीका में, 2003 के बाद से एआरटी तक पहुँच आठ गुना से अधिक बढ़ी है, दिसम्बर 2005 में लगभग 8,10,000 लोग उपचार प्राप्त कर रहे थे। इस क्षेत्र में, एआरटी की आवश्यकता वाले 4.7 मिलियन लोगों में से लगभग हर 6 में से एक (17%) को अब यह प्राप्त है।

यूएनएड्स ने अपनी 2006 की रिपोर्ट में एचआईवी प्रसार की गणना के लिए नए तरीके और आंकड़ों के स्रोत शामिल किए हैं, और बहुत सारे देशों के लिए संशोधित (कभी कभी बहुत अधिक निम्न) संख्याएं पेश की गई हैं। ''1990 के दशक के अंत से एचआईवी प्रसार में कमी आई है, लेकिन बेहतर एचआईवी चौकसी कार्यपद्धति का शायद इस प्रवृत्ति में काफी हाथ है,'' कहना है यूएनएड्स रिपोर्ट का।

एशिया

सन् 2005 के अंत तक एशिया में अनुमानित 8.3 मिलियन एचआईवी के साथ जी रहे लोगों में से दो–तिहाई एक देश में मिलेगें, भारत में (5.7 मिलियन पीएलएचए)। चीन में लगभग 6,50,000 लोग एचआईवी के साथ जी रहे हैं, जिनमें से करीब करीब आधे सुई से नशा करने वाले हैं।

एशिया की कुल एआरटी आवश्यकता में से भारत की आवश्यकता लगभग 70% है, लेकिन जिन भारतियों को आवश्यकता है उनमें से 10% से भी कम को यह सुलभ है। कुछ अन्य देशों में, जैसे कि थाइलैण्ड, में प्रगति काफी जोरदार रही है। अतीत में एचआईवी/एड्स के विरुद्ध थाइलैण्ड के प्रयासों को, विशेषकर उसके कॉनड्म अभियानों को, प्रभावशाली हस्तक्षेपों के रूप में देखा गया, लेकिन ऐसे संकेत मिल रहे हैं कि महामारी फिर से बढ़ रही है। अध्ययनों से पता चला है कि कॉनड्म प्रयोग घट रहा है और पुरुषों के साथ यौन संबंध रखने वाले पुरुषों के बीच एचआईवी संक्रमण तेजी से बढ़ रहा है।

पाकिस्तान में, 2005 में, लगभग 85,000 वयस्क और बच्चे एचआईवी के साथ जी रहे थे। 2004 में, कराची में, सुई से नशा करने वालों की जाँच में करीब चार में से एक एचआईवी+ था; एक साल से भी कम समय पहले, इसी समुदाय में केवल एक एचआईवी+ मामला पाया गया था।

पूर्वी यूरोप और मध्य एशिया

पूर्वी यूरोप और मध्य एशिया में महामारियां लगातार बढ़ती जा रही हैं। अब लगभग 1.5 मिलियन लोग एचआईवी के साथ जी रहे हैं – एक दशक से भी कम समय में 20 गुना बढ़ोतरी हुई है। महामारी से मृत्यु की हानि तेजी से बढ़ रही है और अधिकाधिक बड़ी संख्याओं में महिलाएं संक्रमित हो रही हैं। 2003 से 2005 के दो वर्षों में, लगता है संख्या एक–तिहाई हिस्सा बढ़ गई है। यहां एचआईवी के केसों में सुई से नशा करने वालों की संख्या 70% से अधिक है, लेकिन एआरटी प्राप्त करने वाले केवल लगभग 24% लोगों को प्रस्तुत करते हैं।

रिबन प्रोजेक्ट

लाल रिबन, एड्स जागरूकता रिबन भी कहलाता है, यह एचआईवी और एड्स का पर्यायवाचक है–यह एड्स के विरुद्ध संघर्ष में प्रतिबद्धता और एकजुटता का प्रतीक है। लेकिन इस रिबन की उत्पत्ति कब और कैसे हुई?

1991 के बंसत में, विजयुअल एड्स के 15 कलाकारों ने साथ मिलकर एचआईवी से लड़ने और लोगों में जागरूकता फैलाने के लिए, अपनी कला का प्रयोग किया, जो उनके कई सारे मित्रों और सहकर्मियों को खत्म कर रहा था। विजयुअल एड्स, न्यूयॉर्क स्थिति कलाकारों का एक चैरिटी समूह है, जिसका उद्देश्य उन मित्रों और सहकर्मियों को पहचानना और उनका सम्मान करना है, जो एड्स–संबंधित बीमारियों से मृत्यु को प्राप्त हो चुके हैं या हो रहे हैं।

1991 में विजयुअल एड्स के संस्थापक निदेशक, पैट्रिक ओ कौनेल कहते हैं कि आखिर में वे रिबन के निश्चय पर पहुँचे। खाड़ी युद्ध अभी समाप्त हुआ था, और काफी सारे अमरीकियों ने पीले रिबन पहन कर सिपाहियों के लिए दिखाई देने वाला समर्थन जताया। रिबन के लिए लाल रंग चुना गया क्योंकि यह जीवंत और आकर्षित करने वाला – रक्त, आवेश और प्रेम का रंग था।

ओ कौनेल की ब्रॉड्वे में पहचान थी और इसलिए थिएटर में 3,000 रिबन दिए गए जहाँ 2 जून, 1991 को टोनी अवार्ड्स दिए जाने वाले थे। टोनी समारोह के प्रस्तुतकर्ता, अभिनेता जेरेमी आयरनस्, लाल रिबन पहनने वाले पहले विख्यात व्यक्ति थे और लगभग टोनी अवार्ड्स में आए सभी नामी व्यक्तियों ने उनका अनुसरण किया। वहाँ से, यह ऑस्कर और एमी में पहुँचा।

जल्दी ही लाल रिबन एचआईवी/एड्स का पर्यायवाचक बन गया, रूबी और गार्नेट में बदल कर विख्यात लोगों के आभूषणों में तबदील किया गया और इसे टी–शर्ट, टोपियों, बैकपैक, विंडब्रेकर्स, अलार्म घड़ियों और प्रशिक्षण जूतों में जगह मिलने लगी।

विजयुअल एड्स ने इसे ट्रेडमार्क नहीं बनाया है और न ही इससे लाभ कमाया है।

रूबी से जड़ा, 14 कैरेट सोने का असली लाल रिबन, पिन पैंडेन्ट या चार्म के तौर पर उपलब्ध है।

www.generousgems.net

इस क्षेत्र के अधिकांश एचआईवी+ लोग दो देशों में हैं : यूक्रेन, जहाँ नए एचआईवी मामलों की वार्षिक संख्या बढ़ती रहती है, और संघ रूस, जहाँ यूरोप की सबसे बढ़ी एड्स महामारी है। मताधिकार से वंचित समाज के हाशिये पर रहने वाले लोगों को जोखिम अधिक होता है।

कैरेबियन

कैरेबियन विश्व का दूसरा सबसे अधिक प्रभावित क्षेत्र है। कुल 3,30,000 लोग एचआईवी के साथ जी रहे हैं, उनमें से 22,000 15 वर्ष से छोटे बच्चे हैं। एचआईवी के साथ जी रहे वयस्कों में से 51% हिस्सा महिलाओं का है।

ट्रिनिदाद और टोबैगो में राष्ट्रीय वयस्क एचआईवी प्रसार 2%, और बहामास तथा हैती में 3% से अधिक है। चूंकि विश्व के अन्य बहुत से देशों में, क्षेत्र की महामारियां गहन गरीबी और जेंडर असमानताओं के संदर्भ में होती हैं। असुरक्षित विषमलैंगिक संभोग एचआईवी प्रसार का मुख्य माध्यम है। आमतौर पर इसे अनदेखा किया जाता है, हालांकि, यह सच है कि यहाँ पर एचआईवी संक्रमण के 10 में से 1 से अधिक सामने आने वाले मामले, पुरुषों के बीच असुरक्षित यौन संबंध के कारण होते हैं।

0.1% वयस्क एचआईवी प्रसार के साथ, क्यूबा, इस क्षेत्र में एक विसंगति है। क्यूबा का, माँ से शिशु में एचआईवी प्रसार कार्यक्रम, विश्व के सबसे प्रभावशाली कार्यक्रमों में से है, और आज तक इसने एचआईवी+ शिशुओं की संख्या को 100 से नीचे रखा है, जबकि सबको, मुफ्त एआरटी पर पहुँच ने एड्स और मृत्यु के मामलों, दोनों को सीमित किया है। कुछ अपवादों को छोड़ कर, कैरेबियन महामारियां हाल के वर्षों में काफी हद तक स्थिर रही हैं।

उत्तरी अमरीका, पश्चिमी और मध्य यूरोप

समग्र रूप से, इन क्षेत्रों में, 2005 में एचआईवी से करीब 65,000 नए लोग संक्रमित हुए, जिसके साथ एचआईवी के साथ जी रहे लोगों की संख्या 2.0 मिलियन हो गई। 2005 में एड्स से मृत्यु संख्या तुलनात्मक रूप से कम थीं – करीब 30,000 – यह व्यापक रूप से सुलभ एआरटी का परिणाम है।

इस क्षेत्र में महामारी के विविध आयाम हैं, और पुरुषों के साथ यौन संबंध रखने वाले पुरुषों में प्रसार अभी भी ऊँचा है। जर्मनी में, लगभग आधे नए एचआईवी डायगनोसिस पुरुषों के बीच असुरक्षित यौन संबंध के कारण कहे जा सकते हैं। कुछ प्रजातीय समूहों को भी अधिक जोखिमपूर्ण समझा जाता है – यूएसए में, 25–34 वर्ष आयु की अफ्रीकी–अमरीकी महिलाओं के बीच मृत्यु का मुख्य कारण एचआईवी है और अफ्रीकी–अमरीकी पुरुषों के 25–54 वर्ष आयु समूह में मृत्यु के तीन मुख्य कारणों में इसका पहला स्थान है।

इस क्षेत्र में महामारी विकासशील विश्व से बहुत अलग है। भारत से रिपोर्टिंग एचआईवी/एड्स अवार्ड प्राप्त करने वाले, यूके और भारत में महामारी की गतिशीलता के अंतर को देखकर काफी हैरान थे। न केवल महामारी के स्तर में अंतर है (यूके में 68,000 पीएसएचए; भारत में 57,00,000) बल्कि यूके में उपचार की उपलब्धता भी आंखे खोल देने वाली बात थी (जिन सबको जरूरत है उन्हें सुलभ है, जबकि भारत में एआरटी पर पहुँच काफी कम है)। सेरोस्टेटस पर जानकारी में भी अंतर था – जहाँ यूके में अनुमान है संक्रमित लोगों में से दो–तिहाई इस तथ्य से वाकिफ थे, माना जाता है भारतीय संख्या 10% से नीचे है)।

भारत में महामारी

भारत उन कुछ देशों में से है जिन्होंने महामारी के शुरूआती चरण में एचआईवी–रोकथाम गतिविधियों की पहल कर दी थी और उसने रोकथाम प्रयासों के प्रति अपनी वचनबद्धता को बनाए रखा है। फिर भी, भारत 'विश्व की एचआईवी/एड्स राजधानी'' के रूप में उभरा है और जनसंख्या के कई हिस्सों में एचआईवी पर जानकारी बहुत कम है।

माना जाता है कि, भारत की सामाजिक–आर्थिक स्थिति, पारंपरिक सामाजिक मान्यताएं, यौनिकता पर सांस्कृतिक मिथक, बड़े पैमाने पर प्रवासन (माइग्रेशन), और हाशिए के लोगों की भारी जनसंख्या, उसे एचआईवी/एड्स महामारी के प्रति असुरक्षित बनाती है।

इन समस्याओं के बावजूद – और पीएलएचए की सबसे बड़ी संख्या होने की

दोहरी विशेषता होते हुए भी – यह देखा गया है, कि भारत में नए संक्रमणों में कोई खास वृद्धि नहीं हुई है। एचआईवी की वृद्धि दर वाकई में धीमी हुई है, और 2006 में अध्ययनों ने, तमिल नाडू समेत, जहां 1986 में पहला केस पाया गया था, चार दक्षिणी राज्यों में, प्रसार में देखने लायक गिरावट का संकेत दिया है। वयस्क प्रसार की 1% से भी कम दर के साथ, भारत निम्न प्रसार वाले देशों की श्रेणी में बना हुआ है।

नैको भारत का वर्णन, उच्च जोखिमपूर्ण आचरण वाले समूहों (जैसे कि सुई से नशा करने वाले, महिला यौनकर्मी, ट्रक ड्राइवर और पुरुषों के साथ यौन संबंध रखने वाले पुरुषों) के बीच कई सारी उप–महामारियों वाले देश के रूप में करता है। हालांकि, ऐसे संकेत हैं, कि यह, इन समूहों से बाहर आम जनसंख्या में फैलना शुरू हो गया है।

नैको द्वारा 2006 की एक रिपोर्ट ने कहा : ''एचआईवी/एड्स महामारी की विशेषता विषमता (हेटरोजिनीइटि) से पता चलती है; लगता है यह टाईप–4 प्रवृत्ति का अनुसरण करती है, जहां महामारी सबसे अधिक असुरक्षित जनसंख्या से खिसक कर, पुल का काम करने वाली जनसंख्याओं (यौनकर्मियों के ग्राहक, एसटीआई रोगी, नशा करने वालों के साथी) में और फिर आम जनसंख्या में आ जाती है। आमतौर पर यह परिवर्तन तब होता है, जब पहले समूह में प्रसार 5% से अधिक हो जाता है, एक समूह से दूसरे में जाने में समय दो–तीन वर्ष पीछे होता है।''

भारत में एचआईवी संक्रमण प्रवृत्ति की निम्नलिखित विशेषताएं हैं:

- एड्स मुख्यतः युवाओं को प्रभावित कर रहा है और उनको, जो यौनिक रूप से सक्रिय आयु समूह में हैं। भारत में, 15–49 आयु समूह में एचआईवी संक्रमण 88.7% है।
- एचआईवी संक्रमण प्रसार का सबसे प्रबल माध्यम विषमलैंगिक संपर्क है (85%), उत्तरपूर्वी राज्यों को छोड़कर, जहां सुई से नशा करना मुख्य कारण है।
- एड्स रोगियों में सबसे प्रबल अवसरवादी संक्रमण तपेदिक है, जो भविष्य में एचआईवी–टीबी सह–संक्रमण के संभावित उच्च फैलाव का संकेत है।
- महिलाएं सभी संक्रमणों का लगभग 40% भाग प्रस्तुत करती हैं।
- विश्व के कई अन्य भागों की तरह नहीं, जहां एचआईवी संक्रमण शहरों में केंद्रित हैं, भारत में लगभग पीएलएचए में से 60% ग्रामीण क्षेत्रों से हैं।
- भारत की जनसंख्या के बड़े हिस्से एचआईवी के संपर्क में आने की संभावना को न मानने के भ्रम में बने हुए हैं (''यह हमें नहीं होता'')।
- पीएलएचए के मानव अधिकार के मुद्दे अधिकाधिक प्रबल होना शुरू हो गए हैं और कलंक तथा भेदभाव में कोई कमी नहीं हुई है।

भारत में एचआईवी प्रसार

जोखिम / प्रसार वर्ग	प्रतिशत
यौनिक	85.34
जन्मपूर्व प्रसार	3.80
रक्त व रक्त उत्पाद	2.05
सुई द्वारा नशा करने वाले	2.34
अन्य (कोई विशेष नहीं)	6.46
कुल	100.00

स्रोत : नैको, 2006

- जेंडर पक्षपात, निर्णय–प्रक्रिया में असमान सत्ता और सुरक्षित यौन के लिए महिलाओं की बातचीत न कर पाने की अक्षमता, रोकथाम के प्रयासों में मुख्य बाधाओं को प्रस्तुत करती है।

- राज्यों के अंदर और उनके बीच प्रवासन विभिन्न जनसंख्याओं के बीच एचआईवी प्रसार का मुख्य स्रोत है।

भारत में एचआईवी आंकड़े संतरी चौकसी (सेनटिनल सरवेलन्स) के माध्यम से एकत्रित की जाती है और इस प्रक्रिया से लिए गए आंकड़ों को एचआईवी प्रसार का अनुमान लगाने के लिए प्रयोग किया जाता है। अब यहां 750 सेनटिनल सरवेलन्स स्थान हैं, 1988 से 180 अधिक। इन स्थानों में जन्मपूर्व जांच क्लीनिक, और पुरुषों के साथ यौन संबंध रखने वाले पुरुषों के लिए विशेष क्लीनिक, महिला यौनकर्मी और सुई से नशा करने वाले शामिल हैं। जन्मपूर्व जांच क्लीनिकों के आंकड़े (गर्भवती माताएं) आम जनसंख्या को प्रस्तुत करते हैं और

विभिन्न समूहों के बीच एचआईवी प्रसार, 2005

स्थान का प्रकार	संख्या	%पॉजिटिव
एएनसी जनसंख्या	267	0.88
एसटीडी जनसंख्या	175	5.66
महिला यौनकर्मी	83	8.44
सुई से नशा करने वाले (आईडीयूस)	30	10.16
पुरुषों के साथ यौन संबंध रखने वाले पुरुष	18	8.74
एएनसी, ग्रामीण	124	0.93
तपेदिक (टीबी) रोगी	4	9.00
प्रवासी समूह	1	0.00
हिजड़े	1	43.90
कुल	703	

स्रोत : नैको, 2006

अन्य को विशेष उप–समूहों को पेश करने के लिए लिया जाता है, जिन्हें जोखिम अधिक होता है। 2005 में, 703 सरवेलन्स स्थानों से 2,25,600 लोगों से आंकड़े एकत्रित किए गए थे और संख्याएं बताती हैं कि कुछ समूहों/उप–समूहों में संक्रमण दर ऊँची है (हिजड़ों में 43.9% पहुँच गई है)।

आंकड़े स्वैच्छिक नेटवर्क और वालनट्री काउनसलिंग एण्ड टेस्टिंग सेंटरों (VCTCs) से भी निकलते हैं। नैको ने 1997 में VCTCs की स्थापना करना शुरू किया और अब उनकी संख्या लगभग 900 है। जांच पर राष्ट्रीय नीति है कि यह परीक्षण जांच–पूर्व और जांच–पश्चात काउनसलिंग के साथ, अपनी इच्छा के आधार पर किया जाना चाहिए। हालांकि, VCTCs में भी, इंकार और कंलक को जांच में भूमिका निभाते देखा गया है। VCTCs से इकट्ठे किए गए आंकड़ों के विश्लेषण ने दिखाया है कि यूंही चले आने वाले ग्राहकों में से 24% अपनी जांच का परिणाम लेने के लिए वापस नहीं आते।

राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण के तीसरे चक्र में अधिक विस्तृत आंकड़े आने की उम्मीद है, जिसमें देश भर से रक्त के नमूनों की अनियोजित (रेनडम) जांच की जाएगी।

भारत में एड्स के केस, 1986–2006

भारत में एड्स के केस	संचित संख्या
पुरुष	88,245
महिलाएं	36,750
कुल	1,24,995

स्रोत : नैको, अगस्त, 2006

भारत में एचआईवी/एड्स के सबसे उच्च प्रसार वाले राज्य हैं आंध्र प्रदेश, कर्नाटक, महाराष्ट्र, तमिलनाडु, नागालैण्ड और मनीपुर। इन राज्यों में गर्भवती महिलाओं में एचआईवी प्रसार 1% या उससे अधिक है (सिवाय तमिलनाडु के, जहां यह संख्या 1% से कम हो गई है)।

माना जाता है कि महाराष्ट्र, तमिलनाडु और आंध्र प्रदेश में एचआईवी/एड्स महामारी का कारण व्यवसायिक यौन है। दशकों लम्बे सुरक्षित यौन कार्यक्रमों के बावजूद मुम्बई में यौनकर्मियों के बीच सेनटिनल सरवेलन्स को एचआईवी प्रसार में कोई विशेष कमी नजर नहीं आई। आंध्र प्रदेश, कर्नाटक, महाराष्ट्र और तमिलनाडु में आधे से अधिक यौनकर्मी एचआईवी+ हैं। इन चारों राज्यों में सेनटिनल जन्मपूर्व जांच क्लीनिकों में गर्भवर्ती महिलाओं में संक्रमण स्तर 1% या उससे अधिक पर स्थिर बना हुआ है, अर्थात यौनकर्मियों के ग्राहकों ने आगे वाइरस शायद अपनी पत्नियों को दिया होगा। पुरुषों के बीच यौन के द्वारा एचआईवी प्रसार भी एक मुख्य चिंता का विषय है। रिसर्च से पता चलता है कि कुछ पुरुष जो पुरुषों के साथ यौन संबंध बनाते हैं, वे शायद महिलाओं से भी यौन संबंध बनाते हैं। भारत में परिवारों के एक अध्ययन से सामने आया कि पुरुषों के साथ यौन संबंधों को उजागर करने वाले पुरुष शादीशुदा थे (नैको, 2002)।

गुजरात, पांडिचेरी, और गोवा में एचआईवी प्रसार, जोकि एसटीडी क्लीनिक में आने वालों और नस में नशा करने वालों जैसे उच्च जोखिमपूर्ण समूहों में केंद्रित है, वे 5% से अधिक की दर दर्शाते हैं। इन राज्यों में जन्मपूर्व

1% से अधिक एचआईवी प्रसार वाले 95 जिले

राज्य	जिला/क्षेत्र
राजस्थान	गंगानगर
बिहार	अरारिया
नागालैण्ड	दीमापुर, कोहिमा, मोन, फेक, तुनसांग, वोखा, जुनहेबोतो
मणिपुर	चंदेल, चूड़ाचांदपुर, इम्फाल पूर्व, इम्फाल पश्चिम, सेनापती, तमेंगलोंग, उखरुल
मिज़ोरम	आइजौल, चम्फाई
पश्चिम बंगाल	बर्धवान, कोलकाता, पुरुलिया, साउथ 24 परगना
उड़ीसा	गंजम
गुजरात	मेहसाना, सूरत
महाराष्ट्र	अहमदनगर, अमरावती, भंडारा, बीड, चंद्रपुर, हिंगोली, जालगांव, जालना, कोल्हापुर, लातूर, मुम्बई, मुम्बई (सबर्बन), नागपुर, नांदेद, नांदुरबाड़, नासिक, ओसमानाबाद, पुणे, रत्नागिरी, सांगली, सतारा, शोलापुर, ठाणे, यवतमल
आंध्र प्रदेश	अदीलाबाद, अनंतपुर, चित्तूर, पूर्व गोदावरी, गुंटूर, हैदराबाद, करीमनगर, खम्मम, कृष्णा, कुर्नूल, मेडक, नालगौंडा, नैल्लौर, प्रकासम, रंगारेड्डी, श्रीकाकुलम, विज़ाग, विजयानगरम, वारांगल, पश्चिम गोदावरी
कर्नाटक	बागलकोट, बैंगलोर, ग्रामीण बैंगलोर, बेलगाम, बीजापुर, चामरा जनगर, चिकमंगलूर, दावनगीरी, धारवाड़, गडग, गुलबर्गा, हसन, कोडागू, कोलार, कोप्पल, मांडवा, मैसूर, शिमोगा इरोड, करूर, कृष्णागिरी, मदुरै, नामाक्कल, पेरंबालूर
तमिलनाडु	नीलगिरी, तिरुचिरापल्ली, तिरुवन्नामलाई, विरुधुनगर

स्रोत : नैको, 2006; एएनसी समूहों में, वार्षिक संतरी चौकसी, 2005 के दौरान प्राप्त की गई संख्याएं।

माताओं में एचआईवी प्रसार 1% से कम है। भारत के अन्य राज्यों में महामारी का स्तर नीचा है, उच्च जोखिमपूर्ण समूहों में एचआईवी प्रसार 5% से कम है।

भारत कुछ महत्वपूर्ण सफलताओं पर गर्व कर सकता है : कई रोकथाम कार्यक्रमों के बाद, तमिलनाडु में, यौनकर्मियों के साथ असुरक्षित यौन उजागर करने वाले ट्रक ड्राइवरों की संख्या 1996 में 14% से गिर कर 2003 में 2% हो गई (एड्स रोकथाम और नियंत्रण प्रोजेक्ट, 2003)।

नैको में बताए गए एड्स मामले

1,24,995 (31 अगस्त, 2006 तक)

आंध्र प्रदेश	15,009	गोवा	657
लक्षद्वीप	0	मिजोरम	106
बिहार	155	गुजरात	6,873
मध्य प्रदेश	1,729	राजस्थान	1,153
छत्तीसगढ़	0	हरियाणा	655
महाराष्ट्र	14,325	तमिलनाडु	52,036
चंडीगढ़	1,934	जम्मू और कश्मीर	2
उड़ीसा	641	उत्तर प्रदेश	1,751
दिल्ली	2,759	कर्नाटक	4,345
नागालैण्ड	736	पश्चिम बंगाल	2,397
दादरा एवं नगर हवेली	0	केरल	1,769
मणिपुर	2,946	मुम्बई मध्य महाराष्ट्र	10,362

स्रोत : नैको, अगस्त 2006