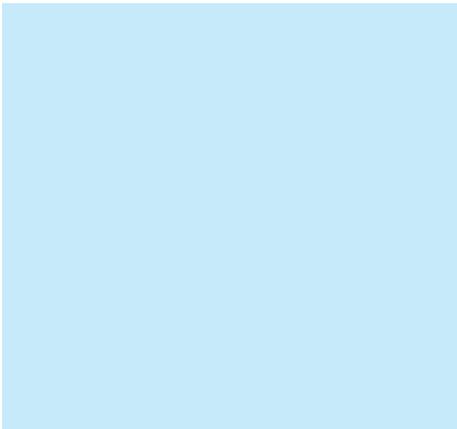
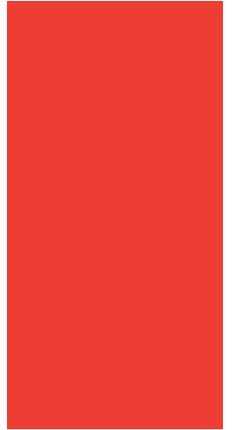


Panorama general de la epidemia de SIDA 02



Capítulo 02



PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA

Se estima que a final de 2005 había 38,6 millones [33,4–46,0 millones] de personas en todo el mundo que vivían con el VIH; que en el curso del año 4,1 millones [3,4–6,2 millones] contrajeron la infección por el VIH, y que 2,8 millones [2,4–3,3 millones] perdieron la vida a causa del SIDA.

Introducción

Se cree que, a nivel mundial, la tasa de incidencia del VIH (el número anual de nuevas infecciones por el VIH como proporción de las personas previamente no infectadas) alcanzó su cota máxima a finales de los años 1990 y que se ha estabilizado desde entonces, a pesar de una incidencia creciente en varios países. En diversos países, las tendencias favorables en la incidencia se relacionan con programas de prevención y cambios de comportamiento. Las modificaciones en la incidencia, junto con la mayor mortalidad por SIDA, han provocado la nivelación de la *prevalencia* mundial del VIH (la proporción de personas que viven con el VIH) (véase la Figura 2.1). Sin embargo, el número de personas que viven con el VIH ha seguido aumentando a causa del crecimiento de la población y, en fechas más recientes, los efectos de la terapia antirretrovírica sobre la esperanza de vida. En África subsahariana, la región con la

carga máxima de la epidemia de SIDA, los datos también indican que la tasa de incidencia del VIH ha alcanzado su cenit en la mayoría de los países. No obstante, las epidemias en esta región son muy diversas y especialmente graves en África meridional, donde algunas de ellas todavía siguen expandiéndose.

Los datos de las últimas encuestas subrayan el impacto desproporcionado de la epidemia de SIDA en las mujeres, sobre todo en África subsahariana, donde, en promedio, hay tres mujeres VIH-positivas por cada dos varones. Entre los jóvenes (15-24 años), esta relación se amplía considerablemente: tres mujeres jóvenes por cada varón del mismo grupo de edad.

Entre las nuevas tendencias más destacables cabe señalar los descensos recientes en la prevalencia nacional del VIH¹ en dos países de África subsahariana (**Kenya** y **Zimbabwe**), en zonas urbanas de **Burkina Faso** y también en **Haití**, en el

¹Otros países han comunicado descensos en la prevalencia del VIH entre mujeres jóvenes embarazadas (15-24 años) en sus ciudades capitales, pero tales descensos todavía no han afectado a la prevalencia nacional global en adultos (en los Capítulos 2 y 3 se ofrece información específica por países).

Caribe, junto con indicios de un cambio significativo de comportamiento (como mayor utilización de preservativos, menos parejas e inicio más tardío de la actividad sexual). En el resto de África subsahariana, la mayoría de las epidemias parece haberse estabilizado, aunque a niveles extraordinariamente altos en la mayor parte de África meridional.

La prevalencia del VIH también está disminuyendo en cuatro estados de la **India**, incluido Tamil Nadu, donde los esfuerzos de prevención se ampliaron considerablemente a finales del decenio de 1990. En **Camboya** y **Tailandia** se observan descensos uniformes y continuados en la prevalencia del VIH. La prevalencia, sin embargo, está aumentando en otros países, especialmente **China**, **Indonesia**, **Viet Nam** y **Papua Nueva Guinea**, y hay signos de brotes del VIH en **Bangladesh** y **Pakistán**.

La mayoría de las personas que viven con el VIH en Europa oriental y Asia central se

encuentra en dos países: **Ucrania**, donde continúa aumentando el número anual de nuevos diagnósticos de VIH, y la **Federación de Rusia**, que tiene la mayor epidemia de SIDA de toda Europa.

Mientras tanto, en los **Estados Unidos de América** y en algunos países de Europa siguen observándose indicios de epidemias resurgentes entre varones que tienen relaciones sexuales con varones, y existen epidemias esencialmente ocultas entre sus homólogos de América Latina y Asia.

En diciembre de 2005, más de 1,3 millones de personas estaban recibiendo tratamiento antirretrovírico en países de ingresos bajos y medianos, en comparación con unas 400 000 personas dos años antes. En África subsahariana, el número de personas tratadas aumentó más de ocho veces (de 100 000 a 810 000) entre 2003 y 2005, y más de dos veces sólo en 2005. Esta tendencia es debida principalmente al mayor acceso al tratamiento en unos pocos países (en particular, **Botswana**, **Kenya**,

ENTENDER LAS ÚLTIMAS ESTIMACIONES SOBRE EL VIH Y EL SIDA

Las últimas estimaciones del ONUSIDA y la OMS son más bajas que las publicadas en *Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre de 2005*, aunque, en el presente informe, las nuevas estimaciones sobre el número de adultos que viven con el VIH (y de adultos con nuevas infecciones y de mortalidad por SIDA) ya no se restringen tan sólo al grupo de edad de 15–49 años. Históricamente, el ONUSIDA y la OMS habían limitado las estimaciones a este grupo de edad para asegurar la comparabilidad entre países, en especial por lo que respecta a la prevalencia del VIH. Sin embargo, es evidente ahora que una proporción sustancial de las personas que viven con el VIH tiene 50 años y más, tal como demuestran las distribuciones por edad del VIH y el SIDA en informes de casos, estudios comunitarios y encuestas de población. En consecuencia, las estimaciones actuales del ONUSIDA y la OMS sobre adultos que viven con el VIH, nuevas infecciones en adultos y fallecimientos por SIDA en adultos corresponden a todos los individuos de «15 años y más». Asimismo, seguimos proporcionando estimaciones sobre la prevalencia del VIH para «adultos de 15–49 años» con el fin de permitir comparaciones continuadas entre países. Un análisis de la diferencia entre todos los adultos y los adultos de 15–49 años demuestra que, en 2005, había unos 2,8 millones de individuos de 50 años y más que estaban viviendo con el VIH. El ONUSIDA y la OMS también estiman tendencias entre niños «menores de 15 años».

ESTIMAR LAS TENDENCIAS DEL VIH Y EL SIDA

¿Por qué las estimaciones mundiales del VIH y el SIDA para 2005 son más bajas en este informe que en otros publicados anteriormente?

Las estimaciones del ONUSIDA y la OMS sobre la epidemia de VIH muestran una corrección a la baja en el presente informe en comparación con las estimaciones publicadas en *Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre de 2005*. Las estimaciones más bajas son debidas en parte a descensos reales de la prevalencia del VIH en varios países, tal como se discute en otras secciones de este informe. Sin embargo, las diferencias entre las estimaciones de la *Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre de 2005* y las publicadas en este informe son debidas mayoritariamente a correcciones basadas en nuevos datos que se han ido recopilando durante los últimos dos años.

Se utilizan diferentes fuentes de datos con objeto de calcular las estimaciones sobre la prevalencia del VIH para epidemias *generalizadas* (donde la prevalencia del VIH en adultos supera el 1% en la población general y la transmisión es esencialmente heterosexual) y epidemias *concentradas* (de bajo nivel, donde el VIH se concentra en grupos cuyos comportamientos los exponen a un alto riesgo de infección). En los países con epidemias *generalizadas*, las estimaciones de prevalencia del VIH se basan principalmente en datos de vigilancia entre mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales. En ausencia de estudios de población que incluyan pruebas de anticuerpos contra el VIH, la prevalencia del virus en mujeres embarazadas atendidas en dispensarios prenatales es un buen parámetro sustituto de la prevalencia en la población general. En los países con epidemias *concentradas* o de bajo nivel, las estimaciones sobre el VIH se basan en estudios en poblaciones clave que corren mayor riesgo de exposición al VIH, como consumidores de drogas intravenosas, profesionales del sexo y sus clientes o varones que tienen relaciones sexuales con varones.

El número creciente de estudios de población sobre la prevalencia del VIH en África subsahariana, los datos nuevos y más precisos de vigilancia a nivel mundial y las mejores técnicas de análisis en los países indican que la prevalencia del VIH en varios de ellos es menor de lo que se había estimado anteriormente. Desde 2000 se han efectuado encuestas nacionales de población en 20 países. Diecinueve de ellos se encuentran en África subsahariana, e incluyen algunos de los países más poblados de la región (como **Sudáfrica** y **Etiopía**). En los países en los que se han realizado tales estudios, los resultados se han incorporado a nuestro análisis para generar las estimaciones actualizadas que se presentan en este informe.

Por lo que se refiere a países con encuestas nacionales recientes, el Cuadro 1 (véase más abajo) muestra la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales, la prevalencia del VIH en el estudio nacional por hogares y las estimaciones publicadas en el *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004* y en el presente documento, el *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006*. Queda claro que, excepto en **Uganda**, estos nuevos estudios nacionales han revelado de manera uniforme una prevalencia del VIH más baja que la estimada a partir de datos de dispensarios prenatales. La información y las nuevas perspectivas obtenidas de estos estudios —en particular que la prevalencia del VIH

en las zonas urbanas es en promedio 1,7 veces mayor que en las zonas rurales— también han permitido elaborar nuevas estimaciones para otros países populosos (como **Nigeria**, la **República Democrática del Congo** y la **República Centroafricana**). Los métodos utilizados para obtener las actuales estimaciones se describen con mayor detalle en una serie de documentos incluidos en *Infecciones de transmisión sexual 2006* (en preparación).

Aparte de los nuevos datos de las encuestas nacionales de población, la calidad y cobertura de la vigilancia centinela en muchos países también han ido mejorando con el paso del tiempo. En diversos países, la vigilancia reciente se ha extendido hasta las zonas rurales, donde se sabe que la prevalencia es menor. Esto ha dado lugar a estimaciones más bajas de la prevalencia global del VIH en varios de ellos (como **Burkina Faso**, **Etiopía** y **Lesotho**).

Las estimaciones del VIH también se han revisado en algunos países fuera de África subsahariana. Cabe destacar especialmente el caso de **China**, donde un proceso llevado a cabo durante varios meses de 2005 en cada una de sus provincias permitió un análisis más preciso de la epidemia y dio lugar a una estimación más fiable —aunque menor— del número de personas que viven con el VIH.

Entre marzo de 2005 y abril de 2006, el ONUSIDA y la OMS realizaron 12 seminarios regionales en los que se formó a personal de más de 150 países por lo que respecta a las herramientas y metodologías específicas utilizadas para producir las estimaciones del VIH de este informe. Además, el ONUSIDA y la OMS participaron en 10 reuniones nacionales de consenso sobre estimaciones del VIH.

FIGURA 2.1		Prevalencia del VIH en adultos (15–49 años) en países de África subsahariana que realizaron encuestas de base poblacional sobre el VIH en los últimos años				
País	Prevalencia mediana del VIH (%) entre mujeres que acuden a dispensarios prenatales 2003–2004*	Prevalencia (%) encontrada en encuestas de base poblacional (año)	Prevalencia del VIH (%) en 2003 comunicada en el Informe sobre la epidemia mundial de 2004	Prevalencia del VIH (%) ajustada para 2003 en el presente informe	Prevalencia del VIH (%) en 2005 en el presente informe	Tendencia de la prevalencia
Botswana	38.5	25.2 (2004)	38.0	24.0	24.1	Estable
Burkina Faso	2.5	1.8 (2003)	4.2	2.1	2.0	Descenso en zonas urbanas
Burundi	4.8	3.6 (2002)	6.0	3.3	3.3	Descenso en la capital
Camerún	7.3†	5.5 (2004)	7.0	5.5	5.4	Estable

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

FIGURA 2.1						
Prevalencia del VIH en adultos (15–49 años) en países de África subsahariana que realizaron encuestas de base poblacional sobre el VIH en los últimos años						
País	Prevalencia mediana del VIH (%) entre mujeres que acuden a dispensarios prenatales 2003–2004*	Prevalencia (%) encontrada en encuestas de base poblacional (año)	Prevalencia del VIH (%) en 2003 comunicada en el Informe sobre la epidemia mundial de 2004	Prevalencia del VIH (%) ajustada para 2003 en el presente informe	Prevalencia del VIH (%) en 2005 en el presente informe	Tendencia de la prevalencia
Etiopía	8.5	1.6 (2005)	4.4	(1.0–3.5)	(0.9–3.5)	Descenso en zonas urbanas
Ghana	3.1	2.2 (2003)	3.1	2.3	2.3	Estable
Guinea	4.2	1.5 (2005)	2.8	1.6	1.5	Estable
Lesotho	28.4	23.5 (2004)	29.3	23.7	23.2	Estable
Rwanda	4.6	3.0 (2005)	5.1	3.8	3.1	Descenso en zonas urbanas
Senegal	1.9	0.7 (2005)	0.8	0.9	0.9	Estable
Sierra Leona	3.0	1.5 (2005)	–	1.6	1.6	Estable
Sudáfrica	29.5	16.2 (2005)	20.9	18.6	18.8	En aumento
Rep. Unida de Tanzania	7.0	7.0 (2004)	9.0	6.6	6.5	Estable
Uganda	‡6.2‡	7.1 (2004–5)	4.1	6.8	6.7	Estable

*OMS África (2005). HIV/AIDS epidemiological surveillance report for the WHO African region, 2005 Update. Harare.
 †Estimación basada en el informe de país para 2002 (2003). Ministerio de Salud Pública del Camerún. National HIV sentinel surveillance report 2002.
 ‡Estimación basada en el informe de país para 2002 (2003). Ministerio de Salud de Uganda. STD/HIV/AIDS surveillance report. STD/AIDS control programme. Kampala.

Sudáfrica, Uganda y Zambia). El número de personas que reciben tratamiento antirretrovírico en Asia aumentó casi tres veces, hasta 180 000 en 2005.

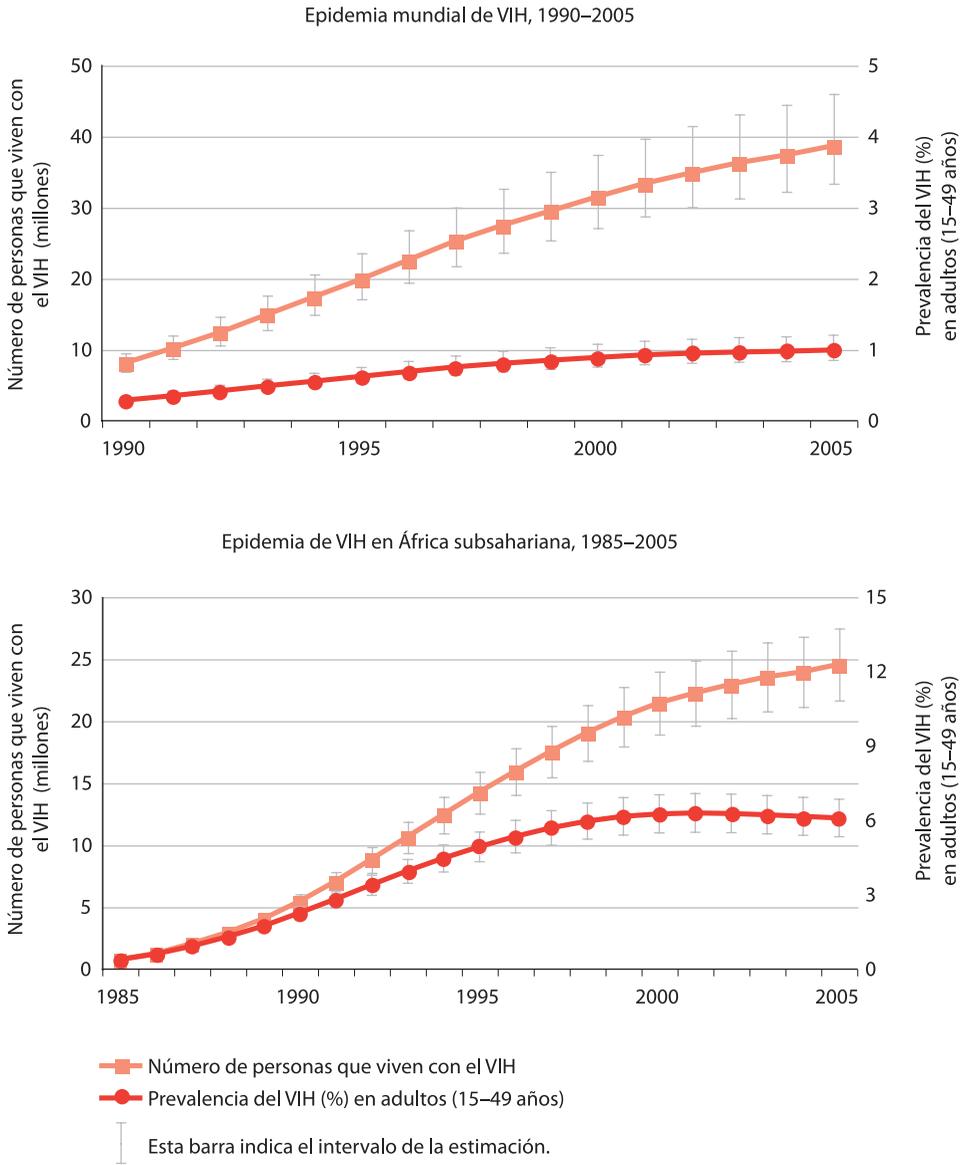
ÁFRICA SUBSAHARIANA

África subsahariana sigue siendo la región más afectada del mundo. En ella, las tasas de nuevas infecciones por el VIH alcanzaron su cota máxima a finales de los años 1990, y algunas de sus epidemias muestran descensos recientes, especialmente en

Kenya, Zimbabwe y en zonas urbanas de **Burkina Faso**.² En conjunto, la prevalencia del VIH en esta región parece que se ha estabilizado, aunque a niveles extraordinariamente altos en África meridional. Esta «estabilización» aparente de la epidemia refleja una situación en la que el número de nuevos casos de infección por el VIH se equilibra más o menos con el número de personas que fallecen por enfermedades relacionadas con el SIDA.

²Otros países han comunicado descensos en la prevalencia del VIH entre mujeres jóvenes embarazadas (15–24 años) en sus ciudades capitales, pero tales descensos todavía no han afectado a la prevalencia nacional global en adultos (en los Capítulos 2 y 3 se ofrece información específica por países).

FIGURA 2.2 Número estimado de personas que viven con el VIH y prevalencia del VIH en adultos, mundialmente y en África subsahariana, 1985–2005³



³Aunque las tasas de prevalencia del VIH se han estabilizado en África subsahariana, el número real de personas infectadas sigue aumentando debido al crecimiento de la población. La aplicación de la misma tasa de prevalencia a una población más amplia produce un número creciente de personas que viven con el VIH.

FIGURA 2.3 Estadísticas y características regionales del VIH y el SIDA, 2003 y 2005				
País	Adultos y niños que viven con el VIH	Nuevas infecciones por el VIH en adultos y niños	Prevalencia en adultos (%)	Fallecimientos de adultos y niños por SIDA
África subsahariana				
2005	24,5 millones [21,6–27,4 millones]	2,7 millones [2,3–3,1 millones]	6,1 [5,4–6,8]	2,0 millones [1,7–2,3 millones]
2003	23,5 millones [20,8–26,3 millones]	2,6 millones [2,3–3,0 millones]	6,2 [5,5–7,0]	1,9 millones [1,7–2,3 millones]
África del Norte y Oriente Medio				
2005	440 000 [250 000–720 000]	64 000 [38 000–210 000]	0,2 [0,1–0,4]	37 000 [20 000–62 000]
2003	380 000 [220 000–620 000]	54 000 [31 000–150 000]	0,2 [0,1–0,3]	34 000 [18 000–57 000]
Asia				
2005	8,3 millones [5,7–12,5 millones]	930 000 [620 000–2,4 millones]	0,4 [0,3–0,6]	600 000 [400 000–850 000]
2003	7,6 millones [5,2–11,3 millones]	860 000 [560 000–2,3 millones]	0,4 [0,2–0,6]	500 000 [340 000–710 000]
Oceania				
2005	78 000 [48 000–170 000]	7200 [3500–55 000]	0,3 [0,2–0,8]	3400 [1900–5500]
2003	66 000 [41 000–140 000]	9000 [4300–69 000]	0,3 [0,2–0,7]	2300 [1300–3600]
América Latina				
2005	1,6 millones [1,2–2,4 millones]	140 000 [100 000–420 000]	0,5 [0,4–1,2]	59 000 [47 000–76 000]
2003	1,4 millones [1,1–2,0 millones]	130 000 [95 000–310 000]	0,5 [0,4–0,7]	51 000 [40 000–67 000]
Caribe				
2005	330 000 [240 000–420 000]	37 000 [26 000–54 000]	1,6 [1,1–2,2]	27 000 [19 000–36 000]
2003	310 000 [230 000–400 000]	34 000 [24 000–47 000]	1,5 [1,1–2,0]	28 000 [19 000–38 000]
Europa oriental y Asia central				
2005	1,5 millones [1,0–2,3 millones]	220 000 [150 000–650 000]	0,8 [0,6–1,4]	53 000 [36 000–75 000]
2003	1,1 millones [790 000–1,7 millones]	160 000 [110 000–440 000]	0,6 [0,4–1,0]	28 000 [19 000–39 000]
América del Norte y Europa occidental y central				
2005	2,0 millones [1,4–2,9 millones]	65 000 [52 000–98 000]	0,5 [0,4–0,7]	30 000 [24 000–45 000]
2003	1,8 millones [1,3–2,7 millones]	65 000 [52 000–98 000]	0,5 [0,3–0,6]	30 000 [24 000–45 000]
TOTAL				
2005	38,6 millones [33,4–46,0 millones]	4,1 millones [3,4–6,2 millones]	1,0 [0,9–1,2]	2,8 millones [2,4–3,3 millones]
2003	36,2 millones [31,4–42,9 millones]	3,9 millones [3,3–5,8 millones]	1,0 [0,8–1,2]	2,6 millones [2,2–3,1 millones]

FIGURA 2.4 **Panorama general de la infección por el VIH**
 38,6 millones de personas (33,4-46,0 millones) vivían con el VIH en 2005

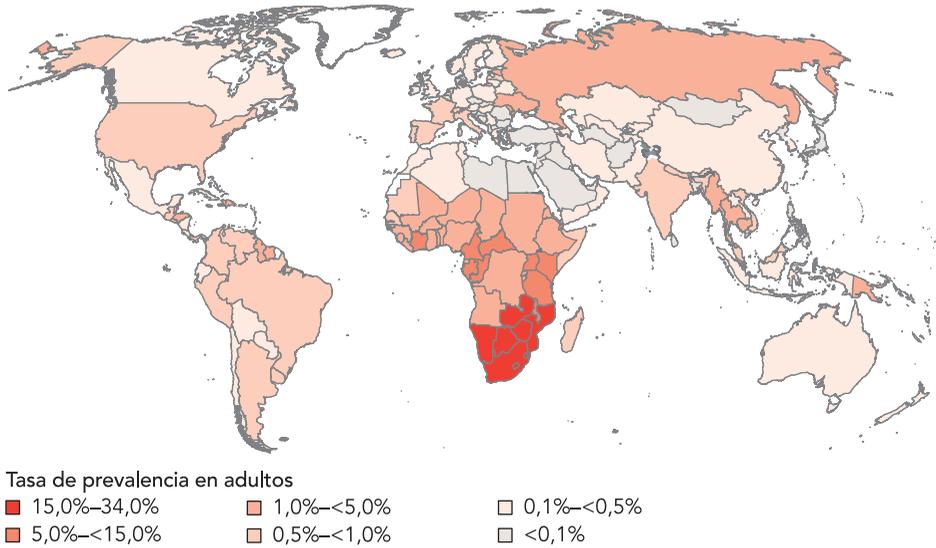
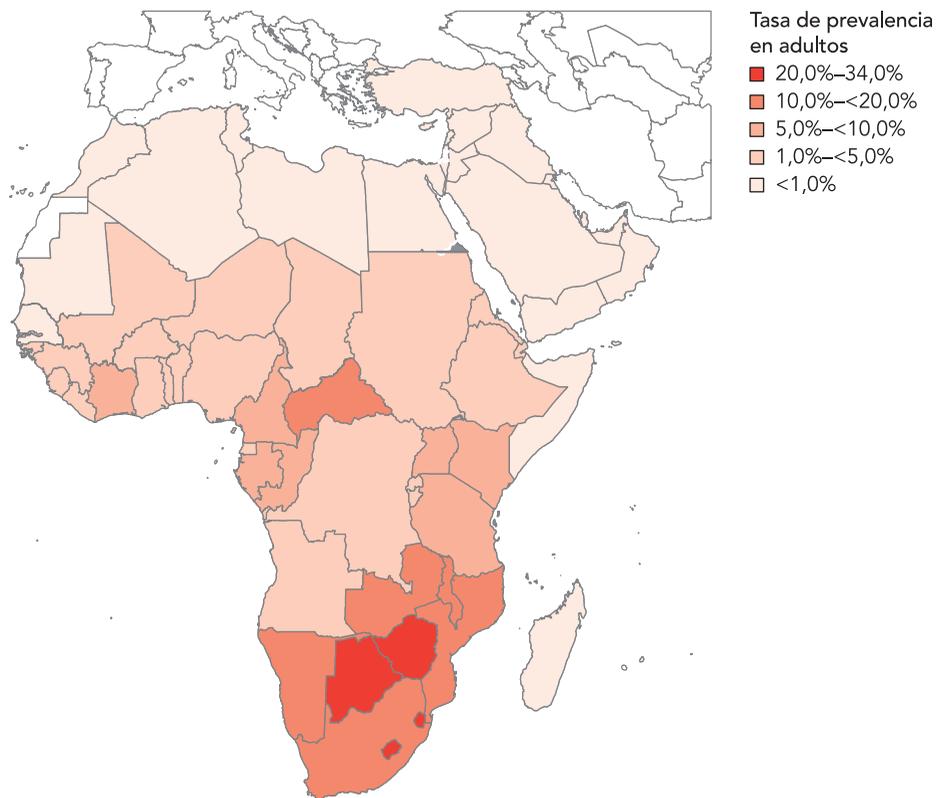


FIGURA 2.5 **Prevalencia del VIH (%) en adultos en África, 2005**



África subsahariana, con poco más de una décima parte de la población mundial, alberga casi el 64% de todas las personas que viven con el VIH: 24,5 millones [21,6–27,4 millones]. Dos millones [1,5–3,0 millones] de ellas son niños menores de 15 años. De hecho, en África subsahariana viven casi nueve de cada diez niños (menores de 15 años) infectados por el VIH. Se estima que en la región en 2005 se infectaron 2,7 millones [2,3–3,1 millones] de personas y que 2,0 millones [1,7–2,3 millones] de adultos y niños fallecieron a causa del SIDA. En 2005 vivían en África subsahariana unos 12,0 millones [10,6–13,6 millones] de huérfanos.

Las tres cuartas partes de todas las mujeres (15 años y más) infectadas por el VIH viven en África subsahariana. En la mayor parte de la región, las mujeres, en comparación con los varones, están afectadas de forma desproporcionada por el SIDA, lo que denota las desigualdades en la posición social y socioeconómica —a menudo abismales— entre mujeres y varones. Se estima que en la región hay unos 13,2 millones [11,4–15,1 millones] de mujeres infectadas; o sea, el 59 % de los adultos que viven con el VIH al sur del Sáhara.

Según las estimaciones, en 2005 fallecieron por SIDA 930 000 [790 000–1,1 millones] adultos y niños en África meridional, un tercio de todos los fallecimientos por SIDA a nivel mundial. El acceso a terapia antirretrovírica ha aumentado más de ocho veces desde el final de 2003, con unas 810 000 personas tratadas en diciembre de 2005. En la actualidad recibe terapia antirretrovírica aproximadamente una de cada seis (17%) de los 4,7 millones de personas que la necesitan en la región. Sin embargo, los progresos son

desiguales: sólo tres países (**Botswana**, **Namibia** y **Uganda**) tienen una cobertura que alcanza o supera el 50%, mientras que en la mayoría de los demás continúa por debajo del 20%. **Sudáfrica** tiene una cuarta parte de todas las personas que reciben terapia antirretrovírica en África subsahariana (OMS/ONUSIDA, 2006).

Conviene recordar que no existe una única epidemia «africana» y que la prevalencia del VIH varía significativamente entre y dentro de las subregiones y países. Por tanto, estas tendencias generales en la prevalencia del VIH no deberían ocultar la naturaleza extremadamente variable de las epidemias de SIDA que afectan a toda la región.

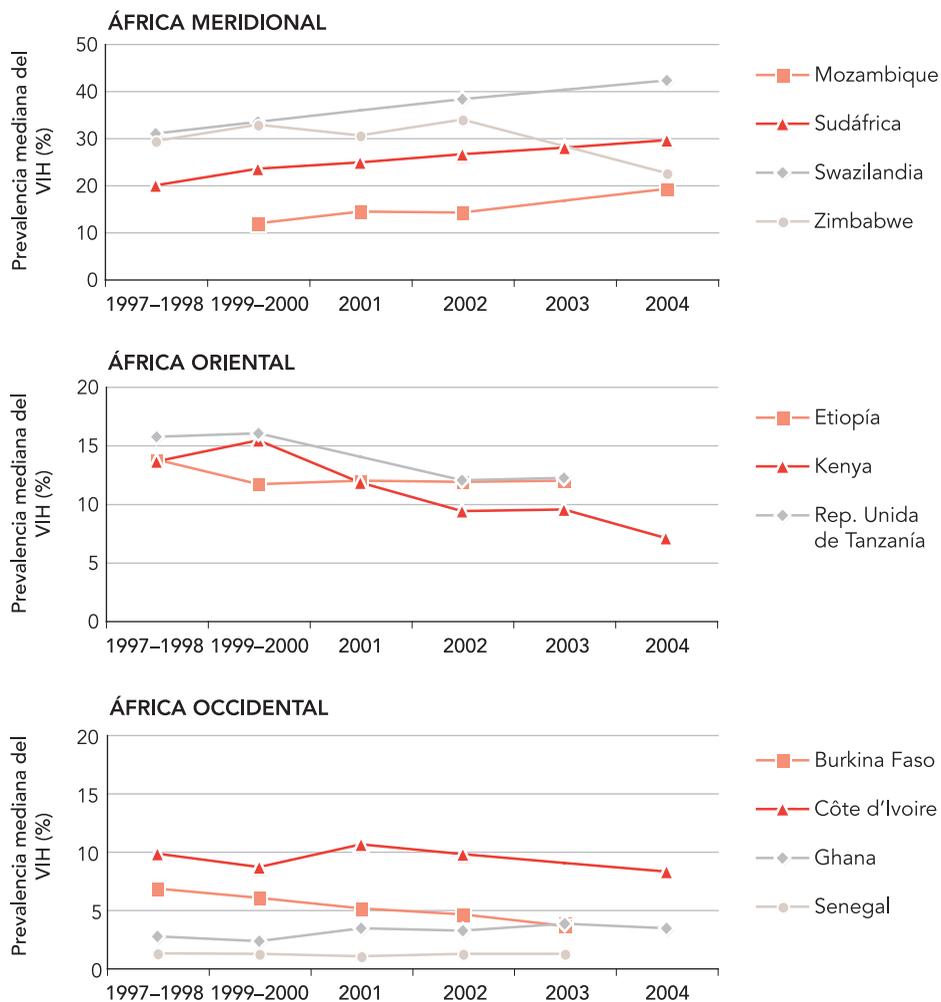
África meridional sigue siendo el epicentro mundial de la epidemia. En esta subregión viven casi una de cada tres personas infectadas por el VIH en todo el mundo, alrededor del 43% (860 000 [560 000–1,4 millones]) de todos los niños (menores de 15 años) VIH-positivos y aproximadamente el 52% (6,8 millones [5,9–7,7 millones]) de todas las mujeres infectadas (15 años y más).

Salvo en **Angola**, los niveles nacionales de infección por el VIH son excepcionalmente altos y no muestran signos de descenso. (En el caso de **Angola**, el aislamiento y la inaccesibilidad de la población durante su prolongado conflicto bélico pueden haber contribuido a contener la propagación del VIH.) No obstante, en **Zimbabue** los datos de vigilancia centinela y los estudios nacionales y en comunidades locales indican una tendencia decreciente en la prevalencia del VIH. Se estima que la prevalencia nacional del VIH en adultos es del 20,1% [13,3–27,6%], por debajo del 22,1% [14,6–30,4%] comunicado en

2003. La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas atendidas en dispensarios prenatales disminuyó del 32% en 2000 al 24% en 2004 (una cifra todavía muy alta), mientras que en Harare el descenso fue del 35% en 1999 al 21% en 2004 (Mahomva et al, 2006; Hargrove et al, 2005; Mugurungi et al, 2005). En la provincia oriental de Manicaland, por

ejemplo, la prevalencia del VIH en mujeres jóvenes (15-24 años) de la población general se redujo a la mitad: del 16% en 1998 al 8% en 2003 (Gregson et al, 2006). El mismo estudio señaló que un mayor número de mujeres y varones estaba retrasando el inicio de la actividad sexual y evitaba las relaciones esporádicas. A nivel nacional, parece que ha habido

FIGURA 2.6 Prevalencia del VIH (%) entre mujeres embarazadas que acudieron a dispensarios prenatales en África subsahariana, 1997/98-2004



Nota: El análisis está limitado a los puntos de vigilancia fiables para todos los países excepto Sudáfrica (por provincia) y Swazilandia (por región).

Fuentes: Ministerio de Salud (Mozambique); Departamento de Salud (Sudáfrica); Ministerio de Salud y Bienestar Social (Swazilandia); Ministerio de Salud y Bienestar de la Infancia (Zimbabwe); Adaptado de Asamoah-Odei, et al. HIV prevalence and trends in sub-Saharan Africa: no decline and large subregional differences. Lancet, 2004 (Etiopía); Ministerio de Salud—Programa Nacional de Lucha contra el SIDA/ITS (Kenya); Ministerio de Salud (República Unida de Tanzania); Consejo General de Lucha contra el SIDA y las ITS (Burkina Faso); Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC)—GAP—Côte d'Ivoire (Côte d'Ivoire); Servicio de Salud de Ghana (Ghana); Consejo Nacional de Lucha contra el SIDA (Senegal).

un incremento significativo en el uso de preservativos desde comienzos de los años 1990. Es probable que este cambio de comportamiento se relacione con una mayor sensibilización sobre el SIDA, una infraestructura sanitaria relativamente extensa y un miedo creciente a fallecer por la enfermedad. Sin embargo, una parte considerable del descenso en la prevalencia del VIH también puede atribuirse a las altas tasas de mortalidad. Si pretende llegar a controlar su epidemia, **Zimbabwe**, con 1,7 millones [1,1-2,2 millones] de personas VIH-positivas, debe mantener esta tendencia decreciente en la prevalencia del VIH y mejorar drásticamente el suministro de tratamiento antirretrovírico. Se estima que en 2005 había 320 000 personas que necesitaban terapia antirretrovírica, pero sólo la estaban recibiendo unas 23 000 (OMS/ONUSIDA, 2006).

La epidemia de SIDA de **Sudáfrica**, una de las peores del mundo, no muestra indicios de retroceso. Según las estimaciones —basadas en su extenso sistema de vigilancia en dispensarios prenatales y en estudios nacionales con datos de pruebas del VIH y mortalidad procedentes del registro civil—, en 2005 había 5,5 millones [4,9-6,1 millones] de personas que vivían con el VIH, lo que representa el 18,8% [16,8-20,7%] de la población adulta total (15-49 años).⁴ En 2004 vivía con el VIH casi una de cada tres mujeres embarazadas atendidas en dispensarios prenatales públicos, y las tendencias a lo largo del tiempo revelan un incremento gradual de la prevalencia del VIH (Departamento de Salud de Sudáfrica, 2005). Aunque las encuestas por hogares con pruebas del VIH en 2003 y 2005 indican

una prevalencia más baja, estos estudios están sesgados por tasas muy altas de encuestados que no respondieron (superiores al 40%). La encuesta nacional por hogares de 2005 constató niveles elevados de infección por el VIH entre los jóvenes (15-24 años), que eran casi idénticos a los niveles registrados en una encuesta nacional de jóvenes realizada en 2003, lo que indica que la epidemia no ha perdido impulso en absoluto (Shisana et al, 2005; Reproductive Health Research Unit y Medical Research Council, 2004). La encuesta de 2005 también reveló altos niveles de infección por el VIH entre los varones de 50 años y más: 14% entre los de 50-54 años y 8% entre los de 55-59 años. En el lado positivo, casi un tercio de los encuestados de edad igual o superior a 15 años dijeron que se habían sometido a la prueba del VIH, y los niveles de estigma parecen estar disminuyendo (aunque casi uno de cada tres indicó que preferiría ocultar el estado serológico de un familiar VIH-positivo) (Shisana et al, 2005).

A pesar de que los esfuerzos de prevención del VIH en **Sudáfrica** no han logrado avances notables en la lucha contra la epidemia, sí ha habido un progreso significativo por lo que respecta a tratamiento. Con unas 190 000 personas que recibían terapia antirretrovírica a finales de 2005, **Sudáfrica** representa una proporción importante de la ampliación del acceso al tratamiento en África subsahariana durante esta década (OMS/ONUSIDA, 2006). Sin embargo, esto todavía significa que, entre el casi un millón de sudafricanos que necesitaban tratamiento antirretrovírico en 2005, menos del 20% lo estaban recibiendo (OMS/ONUSIDA, 2005).

⁴Las estimaciones de prevalencia del VIH que efectúa el ONUSIDA indican el porcentaje de varones y mujeres adultos (15-49 años) que viven con el VIH en todo el país. Estas estimaciones agrupan una diversidad de datos, como los que se recopilan en encuestas por hogares y en dispensarios prenatales. Los datos obtenidos en dispensarios prenatales sólo reflejan la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas que utilizan servicios públicos. Las comparaciones entre ambas fuentes de información han demostrado que las estimaciones basadas en dispensarios prenatales tienden a ser más altas que las derivadas de encuestas por hogares.

No hay signos claros de un descenso en la prevalencia del VIH en otras partes de África meridional, como **Botswana**, **Namibia** y **Swazilandia**, donde se mantienen niveles excepcionalmente altos de infección. En **Swazilandia** se estima que la prevalencia nacional del VIH en adultos es del 33,4% [21,2–45,3%]. La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales aumentó del 4% en 1992 al 43% en 2004 (Ministerio de Salud y Bienestar Social de Swazilandia, 2005). Aunque muchas mujeres jóvenes refieren un retraso en el inicio de la actividad sexual, cuando una mujer tiene relaciones sexuales no protegidas, la probabilidad de contraer el VIH es tremendamente alta. La agresión sexual parece ser un comportamiento generalizado: en una encuesta entre estudiantes de secundaria, casi una de cada cinco (18%) estudiantes femeninas sexualmente activas dijo que su primera experiencia sexual había sido forzada (Buseh, 2004).

La epidemia de **Botswana** es igualmente grave, con una estimación de la prevalencia nacional del VIH en adultos del 24,1% [23,0–32,0%] en 2005. Entre mujeres embarazadas atendidas en dispensarios prenatales, la prevalencia en 2004 fue del 34% en conjunto y casi del 50% entre las mujeres de 30–34 años. La prevalencia entre mujeres embarazadas en general se ha mantenido en el 34–37% desde 2001 (Organismo Nacional de Coordinación del SIDA de Botswana, 2003 y 2005). Según una reciente encuesta nacional por hogares, el conocimiento sobre el VIH sigue siendo deficiente: sólo uno de cada diez encuestados conocía tres formas de prevenir la transmisión sexual del VIH (Organismo Nacional de Coordinación del SIDA, 2005). La epidemia de **Lesotho** parece ser relativamente estable pero a niveles

muy elevados, con una estimación de la prevalencia nacional del VIH en adultos del 23,2% [21,7–24,8%]. En 2004 se registraron altos niveles de infección (27%) entre las mujeres embarazadas atendidas en dispensarios prenatales, y más de un tercio (36–38%) de las de 25–34 años resultaron positivas en la prueba del VIH. En las zonas urbanas sigue aumentando la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas (Ministerio de Salud y Bienestar Social de Lesotho, 2005a). Un hecho preocupante es el escaso conocimiento sobre la epidemia entre los jóvenes: sólo el 26% de las mujeres y el 18% de los varones de 15–24 años mostraron un conocimiento exhaustivo sobre el SIDA en una encuesta de 2004 (Ministerio de Salud y Bienestar Social, de Lesotho 2005).

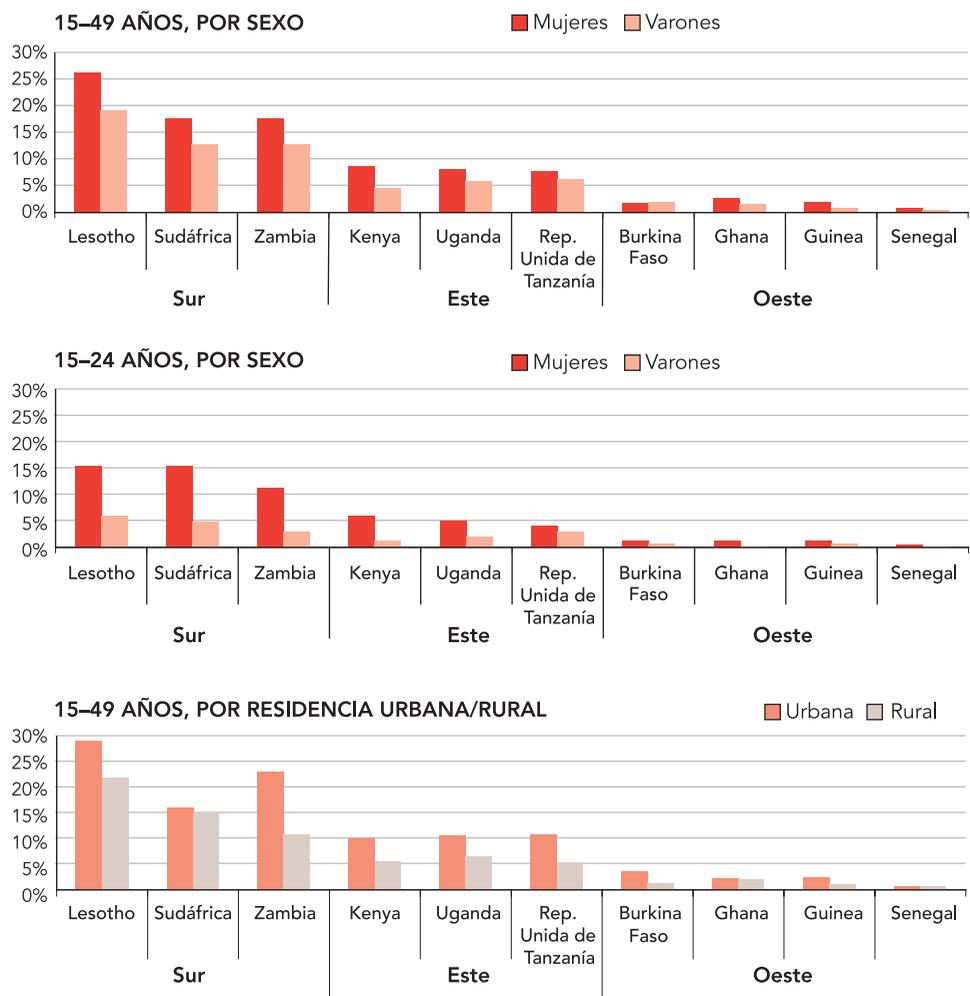
En partes de la poco poblada **Namibia**, la epidemia es tan intensa como en algunos de los países vecinos, con una prevalencia nacional estimada del VIH del 19,6% [8,6–31,7%] entre los adultos. En mujeres atendidas en dispensarios prenatales, la prevalencia del VIH sobrepasa el 42% en Katima Mulilo (en la franja de Caprivi lindante con Angola, Botswana y Zambia) y oscila entre el 22% y el 28% en las ciudades portuarias de Luderitz, Swakopmund y Walvis Bay (Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Namibia, 2004). Al norte, **Angola** sigue siendo la excepción, con una prevalencia del VIH mucho menor que en cualquier otro país de esta subregión. Se estima que el 3,7% [intervalo: 2,3–5,3%] de los adultos eran VIH-positivos en 2005. Aunque el sistema nacional de vigilancia del VIH ha mejorado radicalmente en los últimos años, sigue siendo difícil discernir tendencias claras en la epidemia (Ministerio de Salud de Angola, 2004). Donde existen datos comparables —en la capital, Luanda, por ejemplo— la prevalencia

aumentó del 0,3% en 1986 al 4,4% en 2004.

En la franja costera oriental, una epidemia dinámica está asolando **Mozambique**, donde se estima que la prevalencia nacional del VIH en adultos es del 16,1% [12,5-20,0%]. El VIH se está propagando más deprisa en las provincias unidas por rutas de transporte importantes con **Malawi, Sudáfrica y Zimbabwe**. Se están registrando niveles elevados de infec-

ción en las provincias de Gaza (de donde procede un gran número de migrantes que trabajan en Sudáfrica) y Sofala (que cruza la principal ruta de exportación de Zimbabwe) (Ministerio de Salud de Mozambique, 2005). En el vecino **Malawi** se estima que la prevalencia nacional del VIH en adultos es del 14,1% [6,9-21,4%]. La prevalencia del VIH entre mujeres atendidas en dispensarios prenatales, que arroja luz sobre las tendencias a largo plazo, ha permanecido

FIGURA 2.7 Prevalencia del VIH (%) por sexo y residencia urbana/rural en países seleccionados de África subsahariana, 2001-2005



Fuentes: Encuestas Demográficas y de Salud (Burkina Faso, Ghana, Guinea, Kenya, Lesotho, Zambia, Kenya, Senegal) (2001-2005). Fundación Nelson Mandela (Sudáfrica) (2005). Ministerio de Salud (Uganda), 2005. Comisión de Tanzania sobre el SIDA (República Unida de Tanzania) (2005).



Los niveles de infección por el VIH han disminuido del 13% en 2000 al 9% en 2004 entre las mujeres embarazadas de 15-24 años en Bujumbura (Burundi) y, en general, en las zonas urbanas.

relativamente estable en torno al 20%. La mayoría de las infecciones por el VIH se concentra en la punta meridional del país, en algunas partes de la cual se han registrado prevalencias de hasta el 33% en mujeres embarazadas (Ministerio de Salud y Población de Malawi, 2003). La epidemia de **Zambia** tampoco parece que se esté frenando, con una estimación de la prevalencia del VIH en adultos del 17,0% [15,9-18,1%]. Sin embargo, existe una amplia variación geográfica, de modo que los niveles de infección por el VIH entre mujeres embarazadas van desde menos del 10% en algunos lugares (por ej., Kasaba, Macha y Mukinge) hasta más del 30% en otros (por ej., Matero y Livingstone). Las ciudades con la prevalencia máxima del VIH tienden a agruparse a lo largo de las principales rutas de transporte, como Kabwe, Livingstone y Ndola (Consejo Nacional del VIH/SIDA de Zambia, 2005)

El panorama es radicalmente distinto en los países isleños de África meridional. En **Madagascar** se estima que la prevalencia nacional del VIH en adultos era del 0,5% [0,2-1,2%] en 2005, pero el escaso conocimiento sobre la epidemia y la existencia de comportamientos significativos de

riesgo dan a entender que esto podría cambiar. En una encuesta de 2003-2004, menos de uno de cada cinco malgaches podía citar dos métodos para prevenir la transmisión sexual del VIH, y sólo uno de cada 10 varones jóvenes y una de cada 20 mujeres jóvenes (15-24 años) dijeron que habían utilizado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional (Ministerio de Economía, Finanzas y Presupuesto de Madagascar, 2005). Mientras tanto, en **Mauricio**, los altos niveles de transmisión del VIH entre consumidores de drogas intravenosas (con una prevalencia estimada del VIH del 10-20%) y los niveles significativos de infección (3-7%) entre las profesionales femeninas del sexo indican que en este país son posibles brotes más extensos del VIH.

En los países de África oriental, la prevalencia del VIH ha disminuido o ha permanecido estable durante los últimos años. Aquí también, las mujeres, en comparación con los varones, se enfrentan a un riesgo considerablemente mayor de infección por el VIH, sobre todo a edades jóvenes. Las epidemias son dispares, con una prevalencia del VIH en mujeres embarazadas que va desde

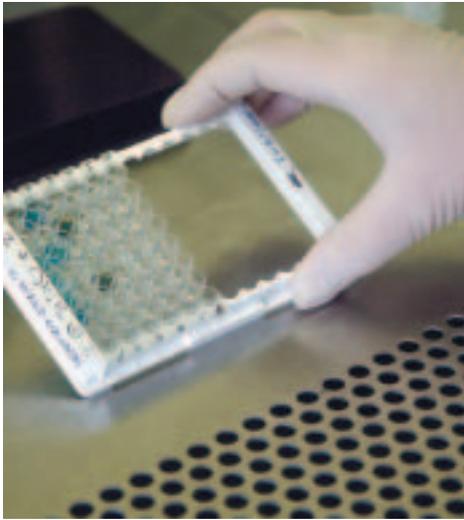
aproximadamente el 2% en **Eritrea** hasta el 7% o superior en **Uganda, Kenya y Tanzania** (Ministerio de Salud de Eritrea, 2006; Ministerio de Salud de Uganda, 2005; Comisión Nacional del SIDA de Tanzania; Ministerio de Salud de Kenya et al, 2003).

Mientras que las epidemias de **Burundi** y **Uganda** parecen haberse estabilizado, en **Kenya** la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas está disminuyendo, sobre todo en zonas urbanas (Cheluget et al, 2006; OMS, 2005a; Baltazar, 2005). En consecuencia, se estima que la prevalencia nacional del VIH en adultos ha descendido desde el 10% a finales de los años 1990 hasta aproximadamente el 7% en 2003 (Ministerio de Salud de Kenya, 2005). Varias encuestas de comportamiento indican que se está reduciendo la proporción de adultos con más de una pareja sexual, que un mayor número de mujeres está retrasando el inicio de la actividad sexual y que está aumentando el uso de preservativos. La mayor mortalidad y la saturación de la infección entre las personas con riesgo máximo parecen ser otros factores asociados a este descenso en la prevalencia del VIH (Cheluget et al, 2006). Pero también hay tendencias preocupantes. Se ha registrado una prevalencia muy alta del VIH en mujeres atendidas en algunos dispensarios prenatales (como en Busia y Chulaimbo, en el oeste, y Suba, en la costa), donde las tasas oscilaban entre el 14% y el 30% (Baltazar, 2005). Además, el consumo de drogas intravenosas es un factor impulsor en las epidemias de algunos municipios y grandes ciudades, incluida Nairobi, donde el 53% de los consumidores de drogas (la mayoría, de heroína) tiene una prueba del VIH positiva (Beckerleg et al, 2005).

En **Uganda**, que experimentó un descenso progresivo en la prevalencia del

VIH hacia mitad y final de los años 1990, la prevalencia estimada del VIH en adultos fue del 6,7% [5,7-7,6%] en 2005. Los últimos datos de vigilancia indican que la prevalencia del VIH sigue disminuyendo entre las mujeres embarazadas de la capital, Kampala, y se mantiene estable en otras partes (incluidas la mayoría de las zonas rurales) desde 2001. Sin embargo, una encuesta nacional por hogares en 2004-2005 constató que el uso de preservativos era errático (sólo aproximadamente la mitad de los varones y mujeres encuestados dijeron que los habían utilizado la última vez que habían tenido relaciones sexuales con una pareja ocasional), y casi uno de cada tres varones indicó que había tenido más de una pareja sexual durante el año anterior (Ministerio de Salud de Uganda, 2005).

En conjunto, la epidemia de **Rwanda** ha permanecido estable en los últimos años, con una cifra estimada de 190 000 [180 000-21 000] personas (3,1% [2,9-3,2%] de los adultos) que vivían con el VIH en 2005. La prevalencia nacional del VIH observada ha disminuido desde finales de los años 1990, pero la mejor metodología de vigilancia del VIH explica probablemente una parte importante de esta tendencia. No obstante, hay signos de una prevalencia decreciente del VIH entre las mujeres embarazadas de algunas zonas urbanas, como Kigali, donde, a pesar de todo, la prevalencia fue del 13% en 2003 (Kayirangwa et al, 2006). Las tendencias del VIH en el vecino **Burundi**, con una prevalencia estimada en adultos del 3,3% [2,7-3,8%], también son ambiguas. Los niveles de infección por el VIH han disminuido entre las mujeres embarazadas de 15-24 años (del 13% en 2000 al 9% en 2004) en Bujumbura y, en general, en las zonas urbanas. Sin embargo, la prevalencia está



aumentando en las zonas rurales y periurbanas, y varía notablemente de un lugar a otro (desde menos del 1% hasta casi el 13%) (Ministerio de Salud Pública de Burundi, 2005).

En la parte continental de la **República Unida de Tanzania** se estima que 1,4 millones [1,3-1,6 millones] de personas (6,5% [5,8-7,2%] de los adultos) estaban viviendo con el VIH en 2005, lo que subraya los retos de mejorar los esfuerzos de prevención y ampliar significativamente el acceso al tratamiento y asistencia. Las tendencias en la infección por el VIH señalan una epidemia relativamente estable, pero la prevalencia ha aumentado de forma notable en los grupos de edad más avanzada, y llega hasta el 13% entre las mujeres de 30-34 años (Comisión del SIDA de Tanzania, 2005). Además, está aumentando el consumo de drogas intravenosas, no sólo en Dar es Salaam sino también en la isla de Pemba (Beckerleg et al, 2005).

En las zonas urbanas de **Etiopía**, la prevalencia del VIH entre mujeres que solicitan atención prenatal se ha mantenido estable a niveles elevados

desde finales de los años 1990 (casi el 15% en Addis Abeba y el 12% en otras zonas urbanas en 2003). La excepción es el grupo de mujeres embarazadas de 15-24 años, en el que la prevalencia disminuyó del 15,0% en 2000 al 11,5% en 2003 (Hladik et al, 2006; Ministerio Federal de Salud de Etiopía, 2004). Mientras tanto, la epidemia parece haberse intensificado en algunas zonas rurales durante los últimos años, con un incremento en los niveles de infección por el VIH entre las mujeres atendidas en dispensarios prenatales (del 1,9% en 2000 al 2,6% en 2003) (Hladik et al, 2006; Ministerio Federal de Salud de Etiopía, 2004). Una reciente encuesta por hogares y nuevos datos de un mayor número de centros rurales de vigilancia han ayudado a reevaluar los niveles de prevalencia del VIH en este país predominantemente rural en el que menos de la mitad de las mujeres embarazadas acuden a dispensarios prenatales (y en el que, por tanto, las estimaciones previas del VIH basadas en datos de dispensarios prenatales ofrecían un panorama incompleto de la epidemia). Al mismo tiempo, la epidemia de la vecina **Eritrea** parece mantenerse estable, con una prevalencia del VIH en adultos que sigue siendo del 2,4% [1,3-3,9%]. Sin embargo, los niveles de infección son considerablemente mayores en el sur del país, y en 2005 superaron el 7% en la ciudad de Assab, por ejemplo (Ministerio de Salud de Eritrea, 2006).

Se saben menos cosas acerca de las tendencias del VIH en **Djibouti** y **Somalia**. El primero tiene una epidemia importante, con una prevalencia nacional del VIH en adultos que, según las estimaciones, era del 3,1% [0,8-6,9%] en 2005. Una encuesta de población anterior había registrado niveles de infección por el VIH del 4-6% entre individuos de 20-34 años de

la capital, Djibouti (Ministerio de Salud de Djibouti, 2002). En **Somalia**, un estudio de 2004 indicó que el virus estaba presente en la mayor parte del país, pero la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas todavía era baja, del 0,6% a nivel nacional (OMS, 2005b). No es de extrañar, sin embargo, que los niveles de infección sean más altos (4% y superiores) entre las personas que solicitan tratamiento por infecciones de transmisión sexual, teniendo en cuenta que el conocimiento sobre la transmisión del VIH es muy escaso y que el uso de preservativos es excepcional (según una encuesta, 17 de cada 20 varones y 19 de cada 20 mujeres de 15-24 años nunca habían utilizado un preservativo) (OMS, 2005b).

África occidental está menos afectada que otras partes de África subsahariana, con estimaciones de la prevalencia nacional del VIH en adultos que no llegan al 2% en varios países. Dentro de esta región, la prevalencia máxima en adultos corresponde a **Côte d'Ivoire**, con un 7,1% [4,3-9,7%]. Se han observado descensos significativos en la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas en zonas urbanas de **Burkina Faso**, y también en Abidján (**Côte d'Ivoire**) y Lomé (**Togo**) (OMS, 2005). Sin embargo, en Dakar (**Senegal**) y Accra (**Ghana**) los niveles de infección siguen aumentando entre mujeres atendidas en dispensarios prenatales (OMS, 2005). **Nigeria** ocupa el tercer lugar mundial en cuanto a número de personas que viven con el VIH: 2,9 millones [1,7-4,2 millones]. La prevalencia mediana del VIH en dispensarios prenatales se ha estabilizado en torno al 4%, pero los niveles de infección varían radicalmente en este enorme país (desde el 2,6% en el sudoeste hasta el 6,1% en las regiones centrales y septentrionales) (Ministerio Federal de Salud de Nigeria,

2006). La epidemia de **Côte d'Ivoire** también parece haberse estabilizado relativamente desde hace casi una década. Sin embargo, el conflicto civil ha impedido la recopilación de nuevos datos nacionales sobre el VIH. En **Guinea** se estima que la prevalencia del VIH en adultos era del 1,5% [1,2-1,8%] en 2005. Un estudio nacional con pruebas del VIH efectuado el pasado año comprobó que la prevalencia era unas dos veces mayor en las mujeres que en los varones (1,9% y 0,9%, respectivamente).

Entretanto, la epidemia del **Senegal** sigue girando principalmente en torno al comercio sexual, y existe el peligro constante de una propagación más extensa del VIH desde los profesionales del sexo y sus clientes a sectores de la población con un riesgo más bajo. La prevalencia del VIH entre profesionales femeninas del sexo se ha mantenido a niveles elevados (alrededor del 20% en Dakar y del 30% en Ziguinchor) desde hace casi una década (Gomes et al, 2005; OMS, 2005a). Se ha calculado que en 2005 la prevalencia nacional del VIH era del 0,9% [0,4-1,5%], aunque un estudio ha revelado una prevalencia de alrededor del 3% en el sur del país (Centro de Investigación para el Desarrollo Humano y MEASURE DHS+, 2005). El comercio sexual también es un factor impulsor de la epidemia en **Ghana**, donde la prevalencia del VIH en adultos se sitúa en el 2,3% [1,9-2,6%]. La prevalencia del VIH en mujeres atendidas en dispensarios prenatales se ha elevado hasta algo menos del 4% (3,6%) desde el cambio de siglo. **Togo** tiene datos muy limitados de vigilancia del VIH para discernir niveles y tendencias, pero parece que su epidemia es similar en tamaño a la de la vecina Ghana (OMS, 2005a; Ministerio de Salud de Togo, 2004). Se estima que la prevalencia del VIH en adultos es del 3,2% [1,9-4,7%].

Al norte de estos dos países puede percibirse una tendencia diferente. En **Burkina Faso**, la prevalencia del VIH entre mujeres jóvenes embarazadas (15-24 años) que acuden a dispensarios prenatales de zonas urbanas disminuyó desde casi el 4% en 2001 hasta poco menos del 2% en 2003 (Presidencia de Faso, 2005; Ministerio de Economía y Desarrollo, 2004). Esto podría reflejar los efectos de los crecientes esfuerzos de prevención del VIH durante la última década: han disminuido las relaciones sexuales con parejas no habituales y ha aumentado el uso de preservativos en tales relaciones, especialmente entre los jóvenes. Se estima que la prevalencia del VIH en adultos es del 2% [1,5-2,5%]. En **Sierra Leona**, con una prevalencia estimada en adultos del 1,6% [0,9-2,4%], una reciente encuesta de población demostró que la prevalencia del VIH no difería demasiado entre varones y mujeres (Ministerio de Salud y Saneamiento de Sierra Leona, 2005).

Parece que existen epidemias más graves en algunos países de África central, especialmente el **Camerún**, donde, según las estimaciones, la prevalencia del VIH en adultos era del 5,4% [4,9-5,9%] en 2005. En 2004, una encuesta nacional por hogares constató que la prevalencia del VIH en las mujeres era considerablemente mayor que en los varones (6,8% y 4,1%, respectivamente) (Ministerio de Salud Pública del Camerún, 2004). En la **República Centroafricana**, la prevalencia estimada del VIH en adultos es del 10,7% [4,5-17,2%], aunque los datos son limitados. Hasta 120 000 personas [75 000-160 000] están viviendo con el VIH en el **Congo** (prevalencia estimada del VIH en adultos del 5,3% [3,3-7,5%]) (Ministerio de Salud de la República del Congo, 2004). En la **República Demo-**

crática del Congo se estima que 1,0 millones [560 000-1,5 millones] de personas estaban viviendo con el VIH en 2005 (prevalencia del VIH en adultos del 3,2% [1,8-4,9%]). Los datos de vigilancia entre mujeres embarazadas indican que aproximadamente el 4% de las atendidas en dispensarios prenatales de todo el país eran VIH-positivas en 2004, aunque en Lubumbashi la prevalencia en mujeres embarazadas llegó hasta el 7% (Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo, 2004). Sin embargo, no se dispone de datos de vigilancia del VIH en muchas partes de este enorme país.

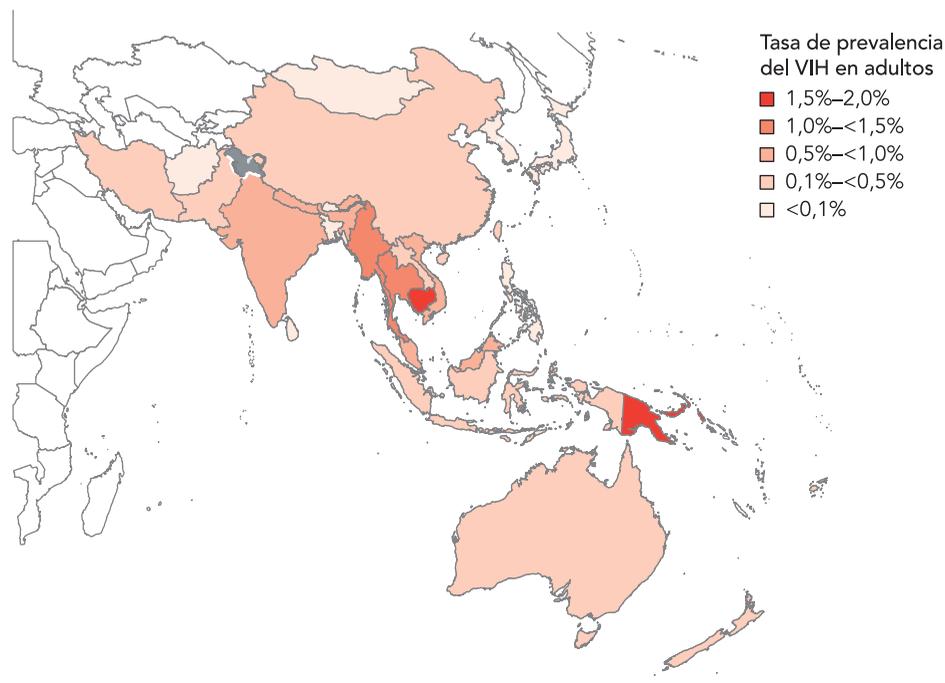
En África meridional y oriental, así como en algunas partes de África central, las epidemias de SIDA seguirán teniendo consecuencias nefastas al menos durante otra generación. Las estrategias de prevención y tratamiento —y el apoyo proporcionado por el resto del mundo— deben tener esto en cuenta, así como los obstáculos masivos que plantean la fragilidad de los sistemas sanitarios y las capacidades debilitadas del sector público.

ASIA

Las últimas estimaciones indican que unos 8,3 millones [5,7-12,5 millones] de personas (2,4 millones [1,5-3,8 millones] de ellas mujeres adultas) estaban viviendo con el VIH en Asia a final de 2005. Y más de las dos terceras partes corresponden a un solo país, la **India**. Se estima que en Asia vivían con el VIH unos 180 000 [75 000-390 000] niños. Alrededor de 930 000 [620 000-2,4 millones] personas se infectaron por el VIH durante 2005, mientras que el SIDA se cobró aproximadamente 600 000 [400 000-850 000] vidas.

El número de personas que reciben terapia antirretrovírica aumentó de

FIGURA 2.8 Prevalencia del VIH (%) en adultos en Asia y Oceanía, 2005



70 000 en 2003 a 180 000 a final de 2005. En la actualidad recibe terapia anti-retrovírica en Asia una de cada seis personas (16%) que la necesitan. Mientras que los avances más significativos han tenido lugar en **Tailandia**, la cobertura continúa situándose muy por debajo del 10% en la **India** (que tiene más del 70% de las necesidades totales de tratamiento en la región).

La vigilancia ampliada del VIH y los mejores métodos de estimación están permitiendo obtener una imagen más clara de la epidemia de VIH en **China**. En 2005, aproximadamente 650 000 [390 000–1,1 millones] personas vivían con el VIH en este país (Ministerio de Salud de China, 2006). Los consumidores de drogas intravenosas (de los cuales hay registrados como mínimo un millón) representan casi la mitad (44%) de todas las infecciones por el VIH (Ministerio de Salud de China, 2006; Ruan et al, 2005).

Casi la mitad de los consumidores de drogas intravenosas de China comparten agujas y jeringas, y uno de cada diez también tiene comportamientos sexuales de alto riesgo (Ministerio de Salud de China, 2006). En algunas áreas de las provincias de Xinjiang, Yunnan y Sichuan, la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas supera el 50% (MAP, 2005a). China ha establecido 128 dispensarios que proporcionan metadona y 91 centros piloto para el intercambio de agujas y jeringas. Sin embargo, esta cobertura debe ampliarse considerablemente si se pretende que tenga un impacto significativo.

De acuerdo con los datos actuales, la superposición entre relaciones sexuales remuneradas y consumo de drogas intravenosas podría desencadenar brotes de VIH más graves. Las investigaciones disponibles indican que una gran proporción de los consumidores de drogas

intravenosas paga por mantener relaciones sexuales, y al menos la mitad de las consumidoras femeninas ha comerciado con el sexo en algún momento (Liu H et al, 2006; Yang et al, 2005). En algunas provincias (como Sichuan), un porcentaje pequeño pero significativo de los profesionales del sexo también se inyecta drogas (MAP, 2005a). Y los profesionales del sexo que se inyectan drogas se enfrentan a un riesgo altísimo de infección por el VIH: suelen tener un gran número de clientes, apenas utilizan preservativos y acostumbran a compartir las agujas (MAP, 2005a; MAP, 2005b). A medida que el VIH se propaga a la población general a partir de consumidores de drogas, profesionales del sexo y sus clientes, crece la proporción de infecciones por el VIH transmitidas sexualmente, como crece la proporción de infecciones por el VIH en las mujeres. En 2004, las mujeres constituían el 39% de los casos comunicados de VIH (en comparación con el 25% tan sólo dos años antes). En ciertas partes de las provincias de Yunnan, Henan y Xinjiang, la prevalencia del VIH ya supera el 1% entre las mujeres embarazadas y las personas que se someten a pruebas del VIH por motivos clínicos o antes del matrimonio (Ministerio de Salud de China, 2006).

Aunque se han reforzado en los últimos años, todavía es necesario mejorar los elementos básicos de la respuesta de China al SIDA. La sensibilización sobre el SIDA es inaceptablemente baja, y la educación a través de los medios de comunicación ha tenido un alcance y una eficacia limitados. Las prioridades incluyen potenciar la formación por lo que respecta a prevención, tratamiento y atención; aumentar el abastecimiento de fármacos antirretrovíricos a los pacientes en las zonas rurales y los pacientes pobres

en las zonas urbanas; ampliar las pruebas y la educación entre los grupos de alto riesgo, y seguir mejorando el sistema de vigilancia del país (Ministerio de Salud de China, 2006; Yang et al, 2005).

En el segundo país más poblado del mundo, la **India**, la Organización Nacional para el Control del SIDA (NACO) ha estimado que 5,2 millones de personas en el grupo de edad de 15-49 años estaban viviendo con el VIH en 2005. La prevalencia nacional del VIH en adultos era del 0,9% [0,5-1,5%]. La prevalencia del VIH tiende a ser más alta en los estados peninsulares industrializados (excepto Kerala), con niveles de infección superiores al 1% en mujeres embarazadas de Andhra Pradesh, Karnataka y Maharashtra en 2004 (NACO, 2004a). Algunas zonas especialmente afectadas son el corredor de Mumbai a Karnataka, el área de Nagpur en Maharashtra, el distrito de Nammakkal en Tamil Nadu, los distritos orientales de Andhra Pradesh y ciertas partes de Manipur y Nagaland (en el nordeste de la India) (Kumar et al, 2005). Sin embargo, el VIH se está propagando hacia las zonas rurales: en Karnataka y Nagaland, más del 1% de las mujeres embarazadas en zonas rurales resultaron VIH-positivas en 2004.

Como nota positiva, la prevalencia combinada del VIH en mujeres embarazadas de 15-24 años en Andhra Pradesh, Karnataka, Maharashtra y Tamil Nadu disminuyó del 1,7% en 2000 al 1,1% en 2004 (Kumar et al, 2006). Estos dos últimos estados figuran entre los primeros de la India que respondieron a la epidemia de SIDA, y las tendencias actuales reflejan sus esfuerzos sostenidos de prevención del VIH durante los últimos años.

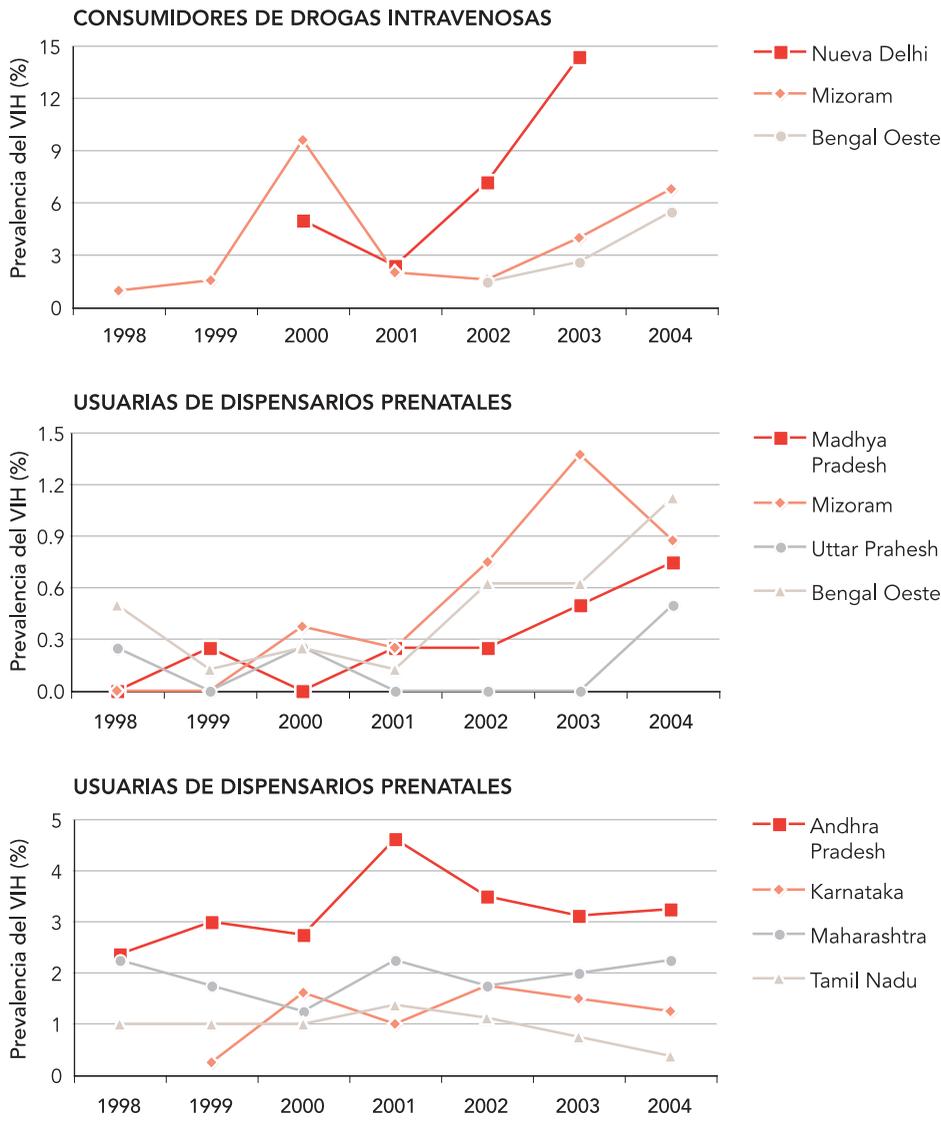
En conjunto, la mayoría de las infecciones por el VIH (más del 80% de los casos

de SIDA comunicados [NACO, 2005]) son debidas a coito heterosexual sin protección, y una proporción significativa de ellas corresponde a mujeres. El consumo de drogas intravenosas es el principal impulsor de las epidemias de VIH en el noreste del país (especialmente en los estados de Manipur, Mizoram y Nagaland, donde la prevalencia entre mujeres embarazadas también es superior al 1%) y, cada vez más, en otras partes, incluidas las grandes ciudades de Chennai, Mumbai y Nueva Delhi (Solomon et al, 2004; NACO, 2004a; MAP, 2005a; NACO, 2005). En estas zonas del país existe un solapamiento considerable entre consumo de drogas intravenosas y relaciones sexuales remuneradas, de tal forma que en Tamil Nadu, por ejemplo, se ha detectado una prevalencia del VIH del 50% entre algunos profesionales del sexo (Solomon et al, 2004; NACO, 2004b). Al mismo tiempo, se sabe poco sobre el papel de las relaciones sexuales entre varones en la epidemia de la India, aunque la información disponible indica que tales relaciones no son infrecuentes. En Chennai (Tamil Nadu), por ejemplo, un 6% de varones que vivían en barrios pobres dijeron que habían tenido relaciones sexuales con otro varón (Go et al, 2004). La magnitud futura de la epidemia de VIH de la India dependerá especialmente de la eficacia de los programas para profesionales del sexo y sus clientes, varones que tienen relaciones sexuales con varones (y sus demás parejas sexuales) y consumidores de drogas intravenosas (y sus parejas sexuales) (Kang et al, 2005).

Los riesgos solapados de consumo de drogas intravenosas y relaciones sexuales no protegidas también son característicos de varias otras epidemias en Asia (MAP, 2005a). Un ejemplo es **Viet Nam**,

donde el VIH se ha propagado a la totalidad de las 59 provincias y a todas las ciudades. Aproximadamente 260 000 [150 000–430 000] personas vivían con el VIH en 2005, más del doble que en 2000. Se estima que la prevalencia nacional del VIH en adultos era del 0,5% [0,3–0,9%] en 2005. Según las estimaciones oficiales, casi 40 000 personas contraen el VIH cada año (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2005). El consumo de drogas intravenosas y el comercio sexual son los principales factores que impulsan la epidemia, y ambos fenómenos han crecido como consecuencia de la apertura de los mercados y fronteras del país (Grayman et al, 2005). Puesto que es habitual que se compartan las agujas, la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas aumentó del 9% en 1996 al 29% en 2002 y al 32% en 2003, y en algunas ciudades se han registrado niveles de infección de hasta el 40% (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2005; Hien et al, 2004). Entre los muchos consumidores de drogas intravenosas que también pagan por tener relaciones sexuales, el uso de preservativos es errático: menos de la mitad de ellos utilizan sistemáticamente preservativos con profesionales del sexo (USAID et al, 2001). Una gran proporción de profesionales del sexo también se inyecta drogas (el 20% de los que trabajan en la calle en ciudad Ho Chi Minh y el 43% en Hanoi), y es este subgrupo el que tiene menos probabilidades de utilizar preservativos durante las relaciones sexuales. (Tran et al, 2005; Hien et al, 2004b; MAP, 2004). En un estudio efectuado en Hanoi, los niveles de infección por el VIH fueron del 1,6% entre los profesionales del sexo que no se inyectaban drogas y del 33% entre los que sí lo hacían, lo que subraya la necesidad de convertir a estos últimos en un foco importante de los esfuerzos de prevención

FIGURA 2.9 Tendencias de la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas y mujeres embarazadas en estados seleccionados de la India, 1998–2004*



*Datos procedentes sólo de puntos de vigilancia fiables.

Fuente: Organización Nacional de Control del SIDA (India), 2005.

del VIH (Tran et al, 2005). Hay una necesidad urgente de estrategias que reduzcan rápidamente, y a gran escala, la compartición agujas y la adopción de riesgos sexuales. Por desgracia, la estigmatización y la ilegalidad de los profesionales del sexo y los consumidores de drogas intravenosas plantean un reto

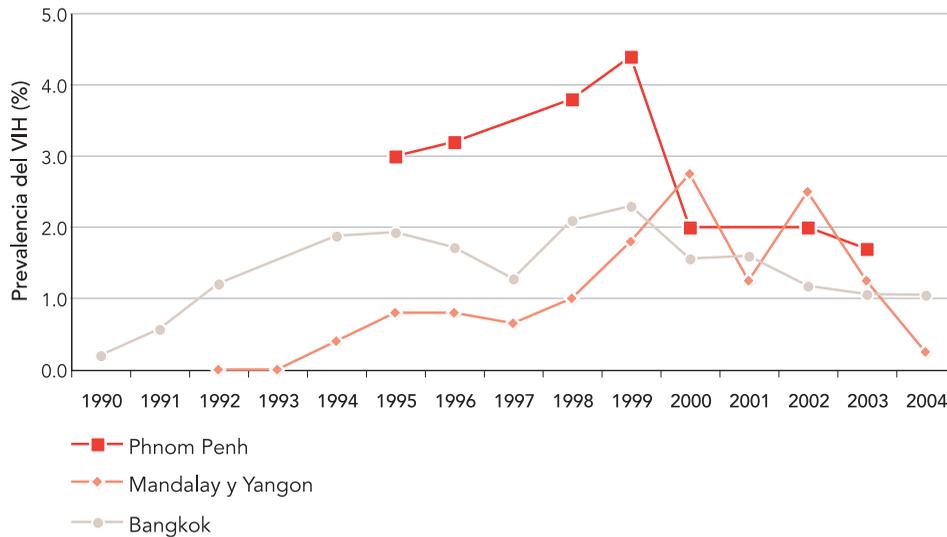
enorme, en especial para asegurar el acceso universal a opciones de prevención, tratamiento y atención del VIH (Tran et al, 2005).

Las epidemias de **Camboya** y **Tailandia** han evolucionado principalmente en torno al comercio sexual. Ambos países

han visto recompensados los esfuerzos de prevención con un descenso de sus epidemias en la última década, durante la cual ha disminuido el número de varones que pagan por tener relaciones sexuales y han aumentado las tasas de uso de preservativos (MAP, 2005b). En **Camboya**, la prevalencia nacional del VIH en adultos (1,6% [0,9-2,6%]) era un tercio menor en 2005 que a finales de los años 1990, debido principalmente a una combinación entre mayores tasas de mortalidad y esfuerzos de prevención del VIH que han contribuido a reducir el comercio sexual peligroso (Centro Nacional para el VIH/SIDA, Dermatología e ITS, 2004). De todas formas, el país continúa soportando una de las peores epidemias de SIDA en Asia (Mills et al, 2005). El hecho de que las mujeres constituyan una proporción creciente de las personas que viven con el VIH (según las estimaciones, el 47% en 2003 frente al 37% en 1998) sugiere que un número significativo de mujeres son infectadas por sus maridos o parejas, que probablemente contrajeron el virus en el curso de relaciones sexuales remuneradas (Centro Nacional para el VIH/SIDA, Dermatología e ITS, 2004). Además, en la capital, Phnom Penh, se aprecian signos de que un mayor número de varones vuelve a pagar por tener relaciones sexuales, y también hay indicios de un consumo creciente de drogas intravenosas, incluso entre profesionales del sexo. Existen indicios, asimismo, de un incremento de las infecciones por el VIH entre jóvenes de la calle que toman estimulantes de tipo anfetamínico (Centro Nacional para el VIH/SIDA, Dermatología e ITS, 2005; Burrows, 2003). Un estudio de 2005 comprobó que el 28% de estos jóvenes de la calle eran VIH-positivos, más del doble del 12% comunicado un año antes en un estudio similar (Mills et al, 2005).

Según las estimaciones, en la vecina **Tailandia** la prevalencia nacional del VIH en adultos era del 1,4% [0,7-2,1%] en 2005. En este país se han registrado niveles decrecientes del VIH y otras infecciones de transmisión sexual desde finales de los años 1990. Sin embargo, los esfuerzos de prevención de Tailandia no parecen estar en consonancia con ciertos cambios recientes en su epidemia. Según el Ministerio de Salud, más de un tercio de las infecciones por el VIH en 2005 ocurrieron en mujeres que habían sido infectadas por sus parejas habituales, y aproximadamente una quinta parte correspondió a varones que tenían relaciones sexuales con varones. Las relaciones sexuales prematrimoniales se han vuelto más comunes entre los jóvenes tailandeses, incluidas las mujeres, y el uso de preservativos suele ser excepcional (sólo el 20-30% de los jóvenes sexualmente activos los emplea de manera sistemática) (Punpanich et al, 2004; PNUD, 2004). Al mismo tiempo, está disminuyendo el uso de preservativos durante las relaciones sexuales remuneradas. Un estudio entre profesionales femeninas del sexo (en Bangkok, Chiang Mai y Mae Hong Son) comprobó que sólo se utilizaban preservativos en el 51% de los encuentros sexuales comerciales. Este hallazgo concuerda con una encuesta previa por hogares según la cual menos de un tercio de los varones jóvenes del norte de Tailandia utilizaban habitualmente preservativos con profesionales del sexo (Buckingham et al, 2005; PNUD, 2004). Persisten niveles elevados de infección por el VIH entre los profesionales del sexo, consumidores de drogas intravenosas y varones que tienen relaciones sexuales con varones: en 2003 estaban viviendo con el VIH más del 10% de las profesionales femeninas del sexo que trabajaban en prostíbulos y el 45% de los

FIGURA 2.10 Tendencias de la prevalencia del VIH (%) entre mujeres embarazadas en capitales asiáticas seleccionadas, 1990–2004



Fuentes: Centro Nacional de Camboya del VIH/SIDA, Dermatología y ETS (Phnom Penh); Ministerio de Salud de Myanmar (Mandalay y Yangon); Ministerio de Salud Pública de Tailandia (Bangkok).

consumidores de drogas intravenosas que acudían a dispensarios de tratamiento (Punpanich et al, 2004). Por lo que respecta a varones que tienen relaciones sexuales con varones en Bangkok, la prevalencia del VIH aumentó del 17% en 2003 al 28% en 2005, y entre los menores de 21 años, la prevalencia se triplicó durante el mismo periodo (Van Griensven et al, 2006). Aparte de la necesidad obvia de revisar las campañas sobre «sexo seguro», el programa de prevención del VIH en Tailandia sigue pasando por alto en gran medida las relaciones sexuales entre varones, al igual que el consumo de drogas intravenosas. En cambio, se han realizado avances alentadores en el frente del tratamiento. Según las estimaciones oficiales, unos 80 000 tailandeses VIH-positivos habían recibido terapia antirretrovírica a finales de 2005. El despliegue del tratamiento antirretrovírico en los últimos años ha coincidido con un descenso drástico en el número de fallecimientos por SIDA

comunicados oficialmente: de 5020 en 2004 a 1640 en 2005.

Se estima que en 2005 había unos 360 000 [200 000–570 000] adultos y niños que vivían con el VIH en **Myanmar**, país cuya prevalencia nacional del VIH en adultos se ha estabilizado en torno al 1,3% [0,7–2%]. La limitada respuesta inicial de **Myanmar** a su epidemia de SIDA permitió que el VIH se propagara con relativa libertad durante más de una década, lo que dejó al país con una de las peores epidemias de Asia. En fechas más recientes se ha potenciado esta respuesta, con un efecto alentador a juzgar por las pruebas disponibles (Thwe, 2004). La prevalencia nacional del VIH en mujeres embarazadas disminuyó del 2,2% en 2000 al 1,8% en 2004, mientras que los niveles de infección en varones y mujeres tratados por otras infecciones de transmisión sexual descendieron significativamente durante el mismo periodo (del 7% al 3% en los varones, y del 12% al 6%

en las mujeres) (Wiwat et al, 2005). Por otro lado, se han infectado grandes proporciones de personas con comportamientos de alto riesgo: se estima que una de cada cuatro profesionales femeninas del sexo y uno de cada tres consumidores de drogas intravenosas estaban infectados por el VIH en 2004. Dado que la transmisión del VIH en grupos de población como éstos sigue siendo un factor importante en la epidemia de Myanmar, los programas de reducción de daños, junto con programas sociales que mitiguen los comportamientos de alto riesgo, pueden contribuir a frenar la propagación del VIH. Se necesitan más y mejores datos sobre el VIH (en especial por lo que se refiere a los patrones de la infección en varones que tienen relaciones sexuales con varones) con el fin de obtener una comprensión más exhaustiva de la epidemia de Myanmar.

En el **Pakistán**, aproximadamente 85 000 [46 000-210 000] adultos y niños estaban infectados por el VIH en 2005. El país tendrá que mejorar sus esfuerzos de prevención si pretende evitar brotes más graves del VIH. En 2004 era VIH-positivo casi uno de cada cuatro consumidores de drogas intravenosas evaluados en Karachi; menos de un año antes, sólo se había detectado un caso de seropositividad en este colectivo (Altaf et al, 2004). Muchos consumidores de drogas intravenosas se desplazan de una ciudad a otra, y una gran proporción de ellos comparte los equipos de inyección (el 48% en Karachi y el 82% en Lahore los habían compartido en la última semana). Existe una imbricación significativa entre consumo de drogas intravenosas y comercio sexual, y ello en el contexto de un profundo desconocimiento sobre el SIDA entre las personas con alto riesgo de infección. En Karachi, uno de cada cuatro

consumidores de drogas intravenosas nunca había oído hablar del SIDA, mientras que uno de cada cinco profesionales del sexo no podía reconocer un preservativo, y uno de cada tres no sabía nada en absoluto sobre el SIDA. Sólo el 2% de las profesionales femeninas del sexo dijeron que habían utilizado preservativos con todos sus clientes durante la última semana (Ministerio de Salud del Pakistán, DfID, Family Health International, 2005; MAP, 2005b).

Se estima que en 2005 **Indonesia** tenía 170 000 [100 000-290 000] adultos y niños que vivían con el VIH. Aunque la prevalencia nacional del VIH en adultos sigue siendo muy baja (0,1%), el país se enfrenta a la perspectiva de una epidemia de SIDA de expansión rápida en algunas zonas. Una situación especialmente preocupante ha surgido en la provincia más occidental de Papua, que limita con **Papua Nueva Guinea**, donde hay en curso una grave epidemia de VIH. En Papua, el VIH se ha propagado más allá de los profesionales del sexo y sus clientes, y en un estudio serológico casi el 1% de los adultos de cinco aldeas resultaron VIH-positivos (MAP, 2004). Entretanto, se ha constatado una prevalencia del VIH de hasta el 48% en consumidores de drogas intravenosas que acudían a centros de rehabilitación de Yakarta, y se han descrito niveles aún más elevados de infección en Pontianak (en la isla de Borneo) (Riono y Jazant, 2004; MAP, 2005a). Aquí también existe un fuerte solapamiento entre consumo de drogas intravenosas y comercio sexual. Según un estudio, uno de cada cinco consumidores de drogas intravenosas de Yakarta paga por mantener relaciones sexuales, y las tres cuartas partes de ellos no utilizan preservativos durante tales encuentros (Centro de Investigación Sanitaria y

Ministerio de Salud, 2002). En general, el uso de preservativos durante las relaciones sexuales remuneradas no es la norma. En 2004, las tres cuartas partes de los profesionales del sexo que trabajaban en clubes y salas de masajes de Yakarta —y el 85% de los que lo hacían en prostíbulos— dijeron que no habían utilizado preservativos con ninguno de sus clientes durante la última semana (MAP, 2005b)

Según las estimaciones, en 2005 la prevalencia nacional del VIH en adultos de **Malasia** se mantuvo en el 0,5% [0,2-1,5%], lo que supone unos 69 000 [33 000-220 000] adultos y niños que vivían con el VIH. El consumo de drogas intravenosas es la principal fuerza impulsora de la epidemia en este país, aunque la transmisión sexual representa una proporción creciente de las infecciones por el VIH: 17% en 2002 frente al 7% en 1995 (Ministerio de Salud de Malasia y OMS, 2004; Huang y Hussein, 2004). Se han registrado prevalencias del VIH del 41% y 31% entre consumidores de drogas intravenosas de Keleantan y Terengganu, respectivamente, mientras que en ciertas partes de Kuala Lumpur hasta el 10% de las profesionales femeninas del sexo han resultado VIH-positivas en los estudios (Ministerio de Salud de Malasia y OMS, 2004).

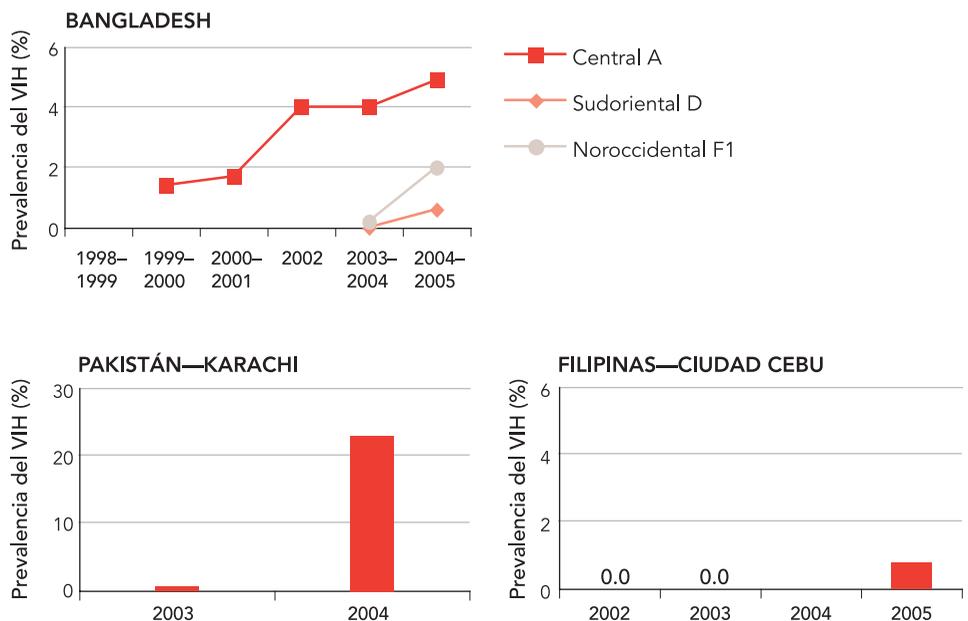
En **Bangladesh**, la prevalencia nacional del VIH en adultos todavía es extremadamente baja (inferior al 0,1%), debido en parte a esfuerzos enfocados de prevención que han ayudado probablemente a mantener la prevalencia del VIH por debajo del 1% en profesionales femeninas del sexo y varones que tienen relaciones sexuales con varones. Unos 11 000 [6400-18 000] adultos y niños vivían con el VIH en 2005. Sin embargo, las prácticas peligrosas de inyección de drogas

han provocado que los niveles de infección por el VIH en este colectivo aumentaran del 1,7% al 4% entre 2000-2001 y 2004-2005, según datos de un centro coordinador de vigilancia.

También se detectó infección por el VIH entre consumidores de drogas intravenosas en dos de otros 15 centros. Dado que al menos la mitad de los consumidores de drogas de tres regiones dijeron que habían utilizado equipos no estériles la última vez que se inyectaron, cabe prever la persistencia de estas tendencias. Una gran proporción de consumidores de drogas intravenosas (hasta uno de cada cinco en algunas regiones) indicaron que habían pagado por mantener relaciones sexuales, y entre ellos, menos de uno de cada diez utilizó siempre un preservativo en tales encuentros durante el último año (Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de Bangladesh, 2005). Conviene reforzar la calidad y cobertura de las iniciativas de prevención dirigidas a reducir la transmisión por inyección de drogas y comercio sexual.

Filipinas también está experimentando una epidemia muy limitada, con una prevalencia nacional del VIH en adultos inferior al 0,1% y una cifra estimada de 12 000 [7300-20 000] adultos y niños que vivían con el VIH en 2005. La evaluación sistemática de los profesionales del sexo para detectar infecciones de transmisión sexual, junto con la prestación de otros servicios preventivos, ha contribuido probablemente a mantener la prevalencia del VIH a niveles muy bajos (MAP, 2005b; Mateo et al, 2004). No obstante, esto podría cambiar, teniendo en cuenta la escasa utilización de preservativos durante las relaciones sexuales remuneradas (especialmente entre los profesionales que empiezan), los altos niveles de infecciones de transmisión

FIGURA 2.11 Tendencias de la prevalencia del VIH (%) entre consumidores de drogas intravenosas en Bangladesh, Pakistán y Filipinas, 1998–2005*



*Otras partes de Bangladesh y Pakistán continúan presentando una prevalencia del VIH muy baja en las últimas encuestas de vigilancia (0% in 13 sites in Bangladesh, and 0.5% in Lahore, Pakistan).

Fuentes: 2005 Integrated HIV Behavioral and Serologic Surveillance Findings, Summary Report. Centro Nacional de Epidemiología, Departamento de Salud (Filipinas); National HIV Serological Surveillance, 2004–2005, 6th Round Technical Report. Programa Nacional del SIDA/ETS, Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia (Bangladesh); National Study of Reproductive Tract and Sexually Transmitted Infections, Survey of High Risk Groups in Lahore and Karachi, 2005. Programa Nacional de Control del SIDA, Ministerio de Salud (Pakistán).

sexual en varios grupos de población y las tasas muy elevadas de uso compartido de agujas entre los consumidores de drogas de algunas zonas (el 77% en la ciudad de Cebu, por ejemplo) (Mateo et al, 2004; Wi et al, 2002; Departamento de Salud de Filipinas, 2003). Mientras que la prevalencia del VIH se ha mantenido muy baja entre las profesionales femeninas del sexo (0,1%, 0,02% y 0,16% en 2002, 2003 y 2005, respectivamente), la vigilancia en consumidores de drogas intravenosas de la ciudad de Cebu detectó en 2005, por primera vez, la presencia del VIH en este grupo, aunque sólo a un nivel de prevalencia del 1% (Departamento de Salud de Filipinas, 2005).

En la **República Democrática Popular Lao**, la situación es similar. La prevalencia

nacional del VIH en adultos (0,1% [0,1–0,4%]) todavía es muy baja en conjunto, pero los varones jóvenes se están volviendo más activos sexualmente. En Vientiane, la capital, casi dos de cada tres varones jóvenes dijeron que habían tenido varias parejas femeninas durante los seis meses anteriores, y uno de cada tres indicó que había pagado por la relación (Toole et al, 2005). La prevalencia de blenorragia es alta (13–14%) entre las «mujeres de servicio» (que trabajan en casas de citas que también ofrecen relaciones sexuales remuneradas) (Phimphachanh y Sayabounthavong, 2004). Esto indica la necesidad evidente de una estrategia integral sobre el SIDA que incluya un programa de uso sistemático de preservativos y mejores servicios de tratamiento para las infecciones de transmisión sexual.

OCEANÍA

La epidemia de **Papua Nueva Guinea**, relativamente joven pero ya importante, representa más del 90% de todas las infecciones por el VIH comunicadas en Oceanía hasta ahora (con la exclusión de Australia y Nueva Zelandia) (Secretaría de la Comunidad del Pacífico, 2005). En conjunto, se estima que 78 000 [48 000-170 000] personas estaban viviendo con el VIH en Oceanía al final de 2005, incluidas las 7200 [3500-55 000] que contrajeron el VIH el pasado año. La prevalencia regional del VIH en adultos se situaba alrededor del 0,3% [0,2-0,8%], a causa principalmente de la epidemia en Papua Nueva Guinea. Se cree que menos de 3400 [1900-5500] personas fallecieron por SIDA en la región durante 2005, lo que refleja en gran medida el acceso generalizado a tratamiento en los países con epidemias maduras.

La epidemia de **Papua Nueva Guinea** está creciendo a un ritmo desalentador: desde 1997, los diagnósticos de VIH han aumentado un 30% cada año. Se estima que 60 000 [32 000-140 000] personas vivían con el VIH en 2005, lo que supone una prevalencia mediana del 1,8% [0,9%-4,4%] a nivel nacional. Varios factores se asocian al crecimiento de la epidemia. Las normas socioculturales discriminan fuertemente a las mujeres, y se han comunicado altos niveles de violencia sexual contra ellas. Las relaciones sexuales tanto esporádicas como remuneradas tienen gran preeminencia, y el uso de preservativos suele ser errático (Consejo Nacional del SIDA de Papua Nueva Guinea, 2004). Los estudios serológicos han constatado una prevalencia del VIH del 2,5% y 2% entre las mujeres que solicitan atención prenatal en Lae y Goroka, respectivamente. Entre las personas que en 2004 buscaron tratamiento por infecciones

de transmisión sexual en la capital, Port Moresby, el 20% dio positivo en la prueba del VIH, al igual que el 6% en Mount Hagen (Consejo Nacional del SIDA y Departamento Nacional de Salud de Papua Nueva Guinea, 2004; Secretaría de la Comunidad del Pacífico, 2005). A pesar de los esfuerzos recientes para mejorar el conocimiento sobre prevención del VIH, la mayoría de los jóvenes sigue careciendo de acceso a educación preventiva y asesoramiento (Consejo Nacional del SIDA y Departamento Nacional de Salud de Papua Nueva Guinea, 2004). La respuesta nacional al SIDA debe mejorar radicalmente si se pretende frenar la epidemia.

Tampoco se está reduciendo la epidemia de SIDA de **Australia**, mucho más antigua. Se estima que en este país había 16 000 [9700-27 000] adultos y niños infectados por el VIH en 2005. Después de un descenso a finales de los años 1990, los nuevos diagnósticos anuales de VIH vuelven a acercarse a los niveles previos, hasta totalizar unos 820 casos en 2004. También están aumentando las nuevas infecciones por el VIH (atribuibles principalmente a relaciones sexuales no protegidas, la mayoría entre varones), lo que refleja presumiblemente un resurgimiento de comportamientos sexuales de riesgo (Centro Nacional sobre Epidemiología e Investigación Clínica del VIH, 2005). Así, por ejemplo, un estudio entre varones *gay* de Sidney constató un incremento de diez veces en los casos de sífilis entre 1999 y 2003 (Fairley et al, 2005). Aunque, en general, las tendencias nacionales de la infección por el VIH parecen ser similares entre personas indígenas y no indígenas, un estudio reciente reveló discrepancias notables en Australia occidental. Durante el periodo 1985-2002, las notificaciones de VIH disminuyeron en los australianos no indígenas, pero aumentaron

En Vanuatu, se ha comprobado que más del 40% de las mujeres embarazadas tienen como mínimo una infección de transmisión sexual, al igual que el 43% de las mujeres embarazadas en Apia, la capital de Samoa.



entre los varones y mujeres indígenas. Se comprobó que las mujeres indígenas tenían una probabilidad 18 veces mayor de estar infectadas por el VIH que las mujeres no indígenas, y tres veces mayor que los varones no indígenas (Wright et al, 2005). El uso inseguro de drogas intravenosas es responsable de uno de cada cinco diagnósticos de VIH en australianos indígenas (en comparación con aproximadamente el 2% entre personas no indígenas) (Centro Nacional sobre Epidemiología e Investigación Clínica del VIH, 2005). Estas tendencias subrayan la necesidad de redoblar los esfuerzos de prevención, diagnóstico y tratamiento, de forma que lleguen a todos los sectores de la población afectados o en situación de riesgo.

Los nuevos diagnósticos anuales de VIH en **Nueva Zelandia** se han multiplicado por un factor superior a dos desde 1999, pasando de menos de 80 a 183 en 2005. De todos modos, la prevalencia nacional del VIH en adultos sigue siendo muy baja, con un nivel estimado inferior al 0,2% (Ministerio de Salud, 2006). La tendencia reciente puede atribuirse en gran parte a un incremento de los diagnósticos de VIH en varones que tienen relaciones sexuales con varones. A diferencia de las infecciones por el VIH

contraídas durante relaciones sexuales entre varones, la mayoría de las infecciones heterosexuales por el VIH diagnosticadas en los últimos años se contrajeron en el extranjero (Ministerio de Salud, 2006).

Los niveles de infección por el VIH son muy bajos en el resto de Oceanía, pero esto podría cambiar. En muchos lugares, los comportamientos que favorecen la propagación de infecciones de transmisión sexual son lo suficientemente comunes para desencadenar brotes de VIH si el virus llega a establecer su presencia. En **Vanuatu**, por ejemplo, se ha comprobado que más del 40% de las mujeres embarazadas tienen como mínimo una infección de transmisión sexual, al igual que el 43% de las mujeres embarazadas en Apia, la capital de **Samoa** (Sullivan et al, 2003; Sullivan et al, 2004). En Dili (**Timor-Leste**), el 60% de los profesionales del sexo han resultado positivos para el VHS2, al igual que casi el 30% (29%) de los taxistas y varones que tienen relaciones sexuales con varones (Pisani y Equipo de Estudio de ITS de Dili, 2004).

EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL

Las epidemias en Europa oriental y Asia central continúan expandiéndose. Unas

220 000 [150 000–650 000] personas se infectaron por el VIH en 2005, lo que eleva a unos 1,5 millones [1,0–2,3 millones] el número total de personas que están viviendo con el VIH, un incremento de 20 veces en menos de una década. Entre 2003 y 2005, el número de adultos y niños infectados por el VIH en esta región aumentó en más de un tercio.

La tasa de mortalidad por la epidemia también está creciendo drásticamente. Se estima que el SIDA se cobró la vida de 53 000 [36 000–75 000] adultos y niños en 2005, casi el doble que en 2003. El VIH está infectando a un número cada vez mayor de mujeres. En 2005, se estima que vivían con el VIH 420 000 [270 000–680 000] mujeres de edad igual o superior a 15 años, un tercio más que las 310 000 [200 000–490 000] estimadas en 2003.

Es necesario reforzar las respuestas nacionales para superar los retos combinados del VIH, el consumo de drogas intravenosas y los comportamientos sexuales de riesgo —especialmente entre los jóvenes—, si se pretende que tales respuestas tengan un impacto significativo sobre las epidemias de la región. La cobertura de terapia antirretrovírica sigue siendo insuficiente; así, a finales de 2005 sólo recibían este tratamiento 21 000 de las 160 000 personas que se estima que lo necesitaban. Los consumidores de drogas intravenosas representan más del 70% de los casos de VIH en esta región, pero sólo constituyen un 24% de las personas que reciben terapia antirretrovírica (OMS/ONUSIDA, 2006).

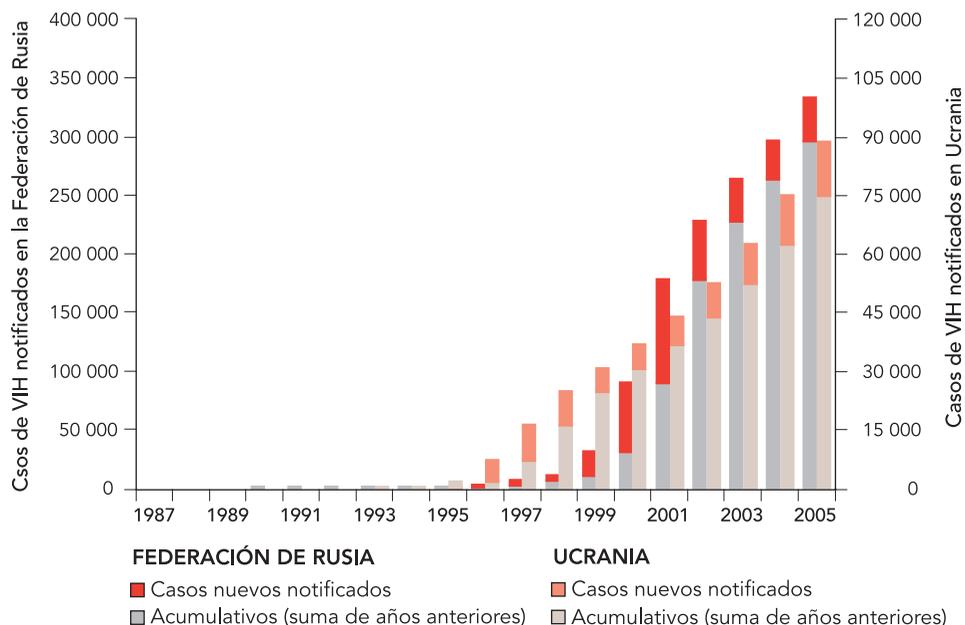
La mayoría de las personas infectadas por el VIH en esta región vive en dos países: **Ucrania**, donde sigue aumentando el número anual de nuevos diagnósticos de

VIH, y la **Federación de Rusia**, que tiene la mayor epidemia de SIDA de toda Europa. Después de alcanzar su nivel máximo hasta ahora en 2001, los nuevos diagnósticos anuales de VIH en la Federación de Rusia han permanecido relativamente estables durante los últimos años. Hay en curso epidemias más recientes en Kazajstán, Tayikistán y Uzbekistán, donde el número anual de nuevos diagnósticos de VIH está aumentando abruptamente.

A final de 2005, en la **Federación de Rusia** se habían registrado oficialmente unos 350 000 casos de VIH desde el comienzo de su epidemia (Ladnaya, 2005). El número real de infecciones es mucho mayor: se estima que 940 000 [560 000–1,6 millones] personas estaban viviendo con el VIH en el país a finales de 2005. Según las estimaciones, la prevalencia nacional del VIH en adultos era del 1,1% [0,7–1,8%]. Conforme vaya madurando la epidemia de la Federación de Rusia, es probable que las tasas de mortalidad por SIDA contribuyan al declive demográfico continuado del país.

La epidemia de SIDA de la **Federación de Rusia** se asocia a factores enraizados en las convulsiones socioeconómicas y sociopolíticas de los años 1990, cuando la crisis económica y social creó un clima en el que prosperaron el mercado y el consumo de drogas, así como el riesgo relacionado de infección por el VIH (Rhodes y Simic, 2005). Hay un gran número de personas que se inyectan drogas, muchas de ellas jóvenes y desempleadas. Al menos tres de cada cuatro nuevas infecciones por el VIH comunicadas durante esta década corresponden a personas menores de 30 años, y las prácticas peligrosas de inyección de drogas constituyen la principal causa de infección

FIGURA 2.12 Aumento en el número de casos de VIH notificados en la Federación de Rusia y Ucrania, 1987–2005



Fuentes: Centro Federal de Rusia sobre el SIDA; Centro de Ucrania sobre el SIDA y Ministerio de Salud de Ucrania.

(Pokrovskiy, 2005; EuroHIV, 2005). En San Petersburgo, por ejemplo, se han registrado recientemente niveles de infección por el VIH del 30% entre consumidores de drogas intravenosas, y también se han documentado prevalencias del 12-15% en ciudades provinciales como Cherepovets y Velikiy Novgorod (Verevchkin et al, 2005; Smolskaya et al, 2005). Los programas de reducción de daños pueden recortar las probabilidades de prácticas peligrosas de inyección y transmisión del VIH entre consumidores de drogas intravenosas (Rhodes et al, 2004; Des Jarlais et al, 2002; Gibson et al, 2001). En las ciudades de Pskov y Tomsk, por ejemplo, se comprobó que los consumidores de drogas intravenosas que *no* participaban en proyectos locales de reducción de daños tenían como mínimo una probabilidad tres veces mayor de compartir los equipos de inyección que los que sí participaban en tales

programas (Eroshina et al, 2005). Se han obtenido hallazgos similares en una valoración rápida de programas de reducción de daños en 15 ciudades de la Federación de Rusia (Open Health Institute, 2004). Se están emprendiendo nuevos proyectos de intercambio de jeringas, pero todavía son demasiado escasos en número para frenar el crecimiento de la epidemia. Al mismo tiempo, se han observado enormes disparidades geográficas en la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas, lo que sugiere variaciones sustanciales en los comportamientos de riesgo.

Las personas desposeídas que viven al margen de la sociedad parecen correr un riesgo especial de infección por el VIH. Un estudio entre menores detenidos, personas sin hogar y mujeres en un centro de reclusión temporal de Moscú constató una prevalencia del VIH entre

30 y 120 veces mayor que en la población general (Shakarishvili et al, 2005). El sistema penitenciario de la Federación de Rusia está afectado de forma desproporcionada por la epidemia, con una prevalencia estimada del VIH que es como mínimo cuatro veces mayor que la documentada en la población general.

Cada vez más, el VIH se está propagando de consumidores de drogas intravenosas (la mayoría varones) a sus parejas sexuales y más allá, y cada vez es mayor el número de mujeres infectadas. El número estimado de mujeres adultas (15 años y más) que vivían con el VIH en 2005 (210 000 [110 000–370 000]) era casi un tercio mayor que dos años antes. En 2004, alrededor del 38% de todos los casos registrados de VIH correspondía a mujeres, una proporción más alta que en cualquier momento anterior. La tendencia es acusada entre las mujeres jóvenes, especialmente las adolescentes (15–20 años), que en 2004 representaron una proporción mayor de los nuevos casos comunicados de VIH que los varones del mismo grupo de edad. Algunas de estas mujeres se habían infectado por medio del consumo de drogas intravenosas (de hecho, las consumidoras femeninas han aumentado en número durante la última década), pero muchas contrajeron el VIH en el curso de relaciones sexuales no protegidas con varones infectados (Servicio Federal de la Federación de Rusia para la Protección de los Derechos del Consumidor y Bienestar Humano, 2005). Es imperativo ampliar los esfuerzos eficaces de prevención, sobre todo entre consumidores de drogas intravenosas y sus parejas, así como entre profesionales del sexo y sus clientes.

Conforme madura la epidemia de la Federación de Rusia, crece la necesidad

de acceso al tratamiento antirretrovírico. En 2005 sólo lo estaban recibiendo 5000 de las 100 000 personas que se estima que lo necesitaban (OMS/ONUSIDA, 2006). El elevado costo de los fármacos antirretrovíricos constituye un obstáculo importante. Otro impedimento es la escasez de capacidad técnica, que está socavando no sólo el acceso al tratamiento sino la respuesta global al SIDA.

La epidemia de **Ucrania** continúa creciendo. Los diagnósticos anuales de VIH casi se han duplicado desde 2000 hasta llegar a los 12 400 en 2004, una cifra que subestima notablemente la escala real de la epidemia, ya que sólo contabiliza las infecciones en personas que han entrado en contacto directo con centros oficiales de pruebas (Centro Ucrania del SIDA, 2005a; EuroHIV, 2005). Se estima que la prevalencia nacional del VIH en adultos era del 1,4% [0,8–4,3%] en 2005; o sea, 410 000 [250 000–680 000] personas.

La epidemia de Ucrania se alimenta de una combinación de uso peligroso de drogas intravenosas y relaciones sexuales sin protección. En ciudades como Odessa y Simferopol, por ejemplo, el 58–59% de los consumidores de drogas intravenosas son VIH-positivos (Centro Ucrania del SIDA, 2005b). En Odessa eran VIH-positivos el 67% de los profesionales del sexo que también se inyectaban drogas, mientras que las cifras correspondientes en Donetsk, Lutsk, Poltava y Simferopol oscilaban entre el 35% y 50% (Centro Ucrania del SIDA, 2005b). En parte como consecuencia de estos patrones, la transmisión sexual del VIH se ha vuelto más frecuente, y en 2004 representó uno de cada tres nuevos diagnósticos de VIH (en comparación con el 14% durante 1999–2003) (Centro Ucrania del SIDA,

2005a). Algunas de estas nuevas infecciones se contrajeron a partir de parejas sexuales que probablemente se habían infectado al inyectarse drogas. Un número creciente de nuevos casos de VIH de transmisión sexual corresponde a personas que no tienen antecedentes de consumo de drogas intravenosas (Grund JP et al, 2005), lo que indica que el VIH se ha propagado a la población general. Cada vez hay más mujeres infectadas: en 2004, el 42% de los nuevos diagnósticos de VIH correspondió mujeres (Centro Ucránico del SIDA, 2005a).

Al igual que en la Federación de Rusia, el VIH también es prevalente en el sistema penitenciario de Ucrania, donde el conocimiento de los reclusos sobre el VIH tiende a ser muy escaso. En una encuesta reciente, sólo el 39% sabía cómo prevenir la transmisión sexual del VIH (Informe sobre el UNGASS de Ucrania, 2005). Otro factor que escapa al escrutinio público es el papel que desempeñan en la epidemia las relaciones sexuales entre varones. Aunque escasos, los datos de las investigaciones disponibles son preocupantes. Poco más de la mitad (55%) de los varones encuestados en siete ciudades ucranias dijeron que habían utilizado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con otro varón (Centro Ucránico del SIDA, 2005b). En un estudio reciente efectuado en Odessa resultaron VIH-positivos el 28% de los varones que tenían relaciones sexuales con varones (Centro Ucránico del SIDA, 2005b). Es necesario intensificar y ampliar las actividades de prevención en general, y particularmente entre reclusos y varones que tienen relaciones sexuales con varones. Se han emprendido algunos proyectos piloto (incluidos proyectos de reducción de daños), pero son demasiado escasos en número y demasiado limitados

en alcance para lentificar el ritmo de crecimiento de la epidemia.

La epidemia de Ucrania ha llegado a la fase en la que empiezan a aumentar los fallecimientos por SIDA. En los primeros siete meses de 2005 fallecieron 1138 personas a causa del SIDA, casi una quinta parte del número total de fallecimientos relacionados con el SIDA que se han comunicado hasta la fecha (Centro Ucránico del SIDA, 2005a). Hace dos años, Ucrania empezó a ampliar el tratamiento del VIH, y el número de personas que reciben terapia antirretrovírica ha aumentado desde menos de 200 en julio de 2004 hasta más de 3000 en diciembre de 2005. Estos esfuerzos tendrán que seguir potenciándose para mantener el ritmo del número creciente de personas infectadas por el VIH que necesitan tratamiento. Como en muchos otros países, la ampliación del tratamiento requiere medidas para asegurar que las personas que se inyectan drogas también puedan beneficiarse de la terapia antirretrovírica (OMS, 2005; OMS/ONUSIDA, 2006).

En **Belarús**, con una cifra estimada de 20 000 [11 000-47 000] adultos y niños que vivían con el VIH en 2005, tampoco parece que se esté conteniendo la propagación del VIH. La prevalencia nacional del VIH en adultos se mantuvo en el 0,3% [0,2-0,8%]. La transmisión sexual es responsable actualmente de la mayor proporción de nuevos diagnósticos de VIH (55% en 2004) (Ministerio de Salud de Belarús, 2005). En **Uzbekistán**, el número de nuevos diagnósticos de VIH aumentó de 28 en 1999 a 2016 en 2004. El consumo de drogas intravenosas (y, en menor medida, el comercio sexual) impulsa la epidemia, que se concentra en y alrededor de la capital Tashkent (EuroHIV, 2005; Todd et al, 2005). Una

combinación similar de comportamientos de riesgo subyace a la epidemia de **Kazajstán**, donde se estima que 12 000 [11 000-7000] personas vivían con el VIH en 2005. La prevalencia nacional del VIH en adultos era aproximadamente del 0,3%. Se ha constatado una prevalencia muy alta del VIH entre consumidores de drogas intravenosas: 56% en un estudio reciente en la ciudad de Kashgar, por ejemplo (Ni M et al, 2006). La epidemia más restringida de **Tayikistán** también está evolucionando rápidamente. El número anual de diagnósticos del VIH comunicados había sido inferior a 50 antes de 2004, pero aumentó a 198 ese año. Se calcula que 4900 [2400-16 000] personas estaban infectadas por el VIH en 2005, lo que supone una prevalencia nacional del VIH en adultos de aproximadamente el 0,1% [0,1-0,7%]. Un estudio entre consumidores de drogas intravenosas de la capital, Dushanbe, reveló una prevalencia del VIH del 12%, aunque el 77% de las mujeres encuestadas dijeron que habían tenido relaciones sexuales comerciales a cambio de drogas o dinero (Beyer et al, 2006). Las epidemias en el Cáucaso parecen estar creciendo con menor rapidez que en muchas otras partes de la antigua Unión Soviética (EuroHIV, 2005). No obstante, las condiciones en **Armenia**, **Azerbaiyán** y **Georgia** favorecen un posible auge en la propagación del VIH. En el primero de estos países, el consumo de drogas intravenosas se ha convertido en una vía importante de transmisión de VIH, mientras que en Bakú, la capital de Azerbaiyán, se ha registrado una prevalencia significativa del VIH entre consumidores de drogas intravenosas y profesionales del sexo (EuroHIV, 2005). Las epidemias en el sudeste de Europa son de perfil aún más bajo, pero también ahí la inyección de drogas y los compor-

tamientos sexuales peligrosos en varios países podrían desencadenar brotes de VIH. El país más afectado de esta subregión es **Rumania**, donde a finales de 2004 se había diagnosticado un total acumulativo de 6200 infecciones por el VIH, la mayoría de las cuales podía atribuirse a prácticas sexuales peligrosas (EuroHIV, 2005).

CARIBE

Un total de 330 000 [240 000-420 000] personas está viviendo con el VIH en el Caribe, 22 000 [9800-43 000] de las cuales son niños menores de 14 años. Se estima que 37 000 [26 000-54 000] personas se infectaron por el VIH en 2005. Las mujeres constituyen el 53% de los adultos que viven con el VIH. Las epidemias del Caribe —y las respuestas al SIDA de los países— varían considerablemente tanto en extensión como en intensidad. Los niveles de infección por el VIH han disminuido en zonas urbanas de **Haití** y han permanecido estables en la vecina **República Dominicana**.

Asimismo, el mayor acceso al tratamiento antirretrovírico en las **Bahamas** y **Barbados** parece estar reduciendo la mortalidad por SIDA. Sin embargo, estos progresos no han sido suficientes para lograr que el Caribe deje de ser la segunda región más afectada del mundo. El SIDA es la principal causa de mortalidad en adultos (15-44 años) y, según las estimaciones, se cobró unas 27 000 [18 000-37 000] vidas el pasado año. En conjunto, en 2005 estaban recibiendo terapia antirretrovírica menos de una de cada cuatro (23%) personas que la necesitaban (OMS/ONUSIDA, 2006).

La prevalencia nacional del VIH en adultos supera el 2% en **Trinidad y Tabago** y el 3% en las **Bahamas** y **Haití**, mientras que en **Cuba** es del 0,1% [$<0,2\%$].

Un total de 330 000 [240 000-420 000] personas está viviendo con el VIH en el Caribe, 22 000 [9800-43 000] de las cuales son niños menores de 14 años.



Por desgracia, la vigilancia insuficiente del VIH sigue oscureciendo la imagen de las tendencias epidemiológicas recientes en muchos países caribeños (especialmente en las zonas rurales).

Como en muchas otras partes del mundo, las epidemias de esta región suceden en un contexto de empobrecimiento profundo y desigualdades entre los sexos. El coito heterosexual no protegido es el principal modo de transmisión del VIH, y las mujeres (sobre todo las jóvenes) son cada vez más proclives a la infección. En **Trinidad y Tabago**, por ejemplo, las mujeres adolescentes (15-19 años) tenían una probabilidad seis veces mayor de estar infectadas por el VIH que los varones del mismo rango de edad, mientras que en Jamaica la relación era de 2,5:1 (Inciardi et al, 2005; MAP, 2003). Estos patrones son debidos principalmente a la mayor susceptibilidad fisiológica de las niñas y mujeres jóvenes, que se combina con la práctica relativamente común de que establezcan relaciones con varones mayores que ellas (que, a causa de su edad, tienen más probabilidades de haber contraído el VIH). De todas formas, un hecho que suele ignorarse es que más de una décima parte (12%) de las infecciones

por el VIH comunicadas en esta región pueden atribuirse a relaciones sexuales no protegidas entre varones. La homofobia y los arraigados tabúes socioculturales que estigmatizan las relaciones entre personas del mismo sexo sugieren que la proporción real podría ser incluso mayor (Inciardi et al, 2005). Excepto en **Bermudas y Puerto Rico**, el consumo de drogas intravenosas tiene un papel secundario en las epidemias caribeñas.

Cuba, con una prevalencia del VIH en adultos del 0,1% [$<0,2\%$] y unas 4800 [2300-15 000] personas que viven con el VIH, sigue siendo una rareza en la región. Su programa de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, uno de los más eficaces del mundo, ha permitido que el número total de neonatos infectados hasta ahora no llegue a 100; al mismo tiempo, el acceso gratuito y universal a terapia antirretrovírica ha limitado tanto los casos de SIDA como la mortalidad por enfermedades relacionadas (Susman, 2003; Grupo Experto Técnico del Caribe, 2004). Aun así, las epidemias de SIDA pueden fluctuar, y Cuba debería ser sensible a cambios sociales emergentes que pudieran

impulsar una propagación más generalizada del virus (Inciardi et al, 2005).

En conjunto, y con pocas excepciones, las epidemias del Caribe han permanecido relativamente estables durante los últimos años. **Haití** alberga a más personas con el VIH que ningún otro país de la región: 190 000 [120 000-270 000]. Se estima que en 2005 la prevalencia nacional del VIH en adultos era del 3,8% [2,2-5,4%]. Sin embargo, el porcentaje de mujeres embarazadas con infección confirmada por el VIH se redujo a la mitad entre 1993 y 2003-2004. Este descenso ha sido más pronunciado en las zonas urbanas, donde la prevalencia disminuyó del 9,4% en 1993 al 3,7% una década más tarde. Comparativamente, el retroceso en la prevalencia del VIH en las zonas semiurbanas y rurales ha sido más moderado (Gaillard et al, 2006). En general, los haitianos están bien informados sobre el SIDA, y hay indicios de un incremento en el uso de preservativos, abstinencia y fidelidad, junto con una reducción en el número de parejas ocasionales, especialmente en las zonas urbanas. No obstante, la incidencia del VIH empezó a disminuir antes de que se pusieran de manifiesto estos cambios de comportamiento (Gaillard et al, 2006). Así, según un análisis reciente, la tendencia a la baja en la prevalencia del VIH en Haití también puede atribuirse a la mortalidad relacionada con el SIDA y a las mejoras introducidas en los sistemas de seguridad sanguínea durante las etapas iniciales de la epidemia (Gaillard et al, 2006). Además, hay signos sugestivos de que estas tendencias podrían volver a invertirse. Los haitianos jóvenes se vuelven sexualmente activos a edades cada vez más tempranas —durante el periodo 1994-2000, la edad mediana en el primer encuentro sexual disminuyó aproximadamente un año tanto en las

mujeres como en los varones—, y los jóvenes de 15-24 años utilizan preservativos con una frecuencia cada vez menor (Gaillard et al, 2004).

En la **República Dominicana**, que comparte con Haití la isla La Española, la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas empezó a disminuir a mediados de los años 1990 —especialmente en la capital, Santo Domingo—, pero, en conjunto, ha permanecido relativamente estable durante los últimos años (Secretaría de Estado de Salud Pública y Atención Social de la República Dominicana, 2005). Se calcula que la prevalencia nacional del VIH en adultos era del 1,1% [0,9-1,3%] en 2005. La tendencia observada en Santo Domingo se relaciona posiblemente con los esfuerzos sostenidos para promover el uso sistemático de preservativos y los comportamientos seguros entre los profesionales del sexo y sus clientes. Se han documentado niveles más altos de infección por el VIH en mujeres embarazadas de otras partes del país (por ej., más del 2% en San Juan y La Romana en 2004) y en algunas *bateyes* (comunidades pobres compuestas principalmente por haitianos que trabajan en plantaciones de caña de azúcar) (Secretaría de Estado de Salud Pública y Atención Social de la República Dominicana, 2005). En tres ciudades se han registrado niveles de infección por el VIH del 11% entre varones que tienen relaciones sexuales con varones (Toro-Alfonso y Varas-Díaz, 2005).

En las **Bahamas**, con una cifra estimada de 6800 [3300-22 000] adultos y niños que vivían con VIH en 2005, la prevalencia nacional en adultos era del 3,3% [1,3-4,5%], una de las más altas de la región. La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas ha disminuido desde el 4% a

Los jóvenes haitianos se vuelven sexualmente activos a edades cada vez más tempranas. La edad mediana en el primer encuentro sexual disminuyó aproximadamente un año tanto en las mujeres como en los varones entre 1994 y 2000.



mediados de los años 1990 hasta menos del 3% en 2005. Los avances en atención y tratamiento parecen haber reducido el número de fallecimientos anuales atribuibles al SIDA (Departamento de Salud Pública de las Bahamas, 2004). Esta última tendencia también se ha observado en **Barbados**, donde los fallecimientos anuales por SIDA se redujeron a la mitad durante el periodo 1998-2003 (Centro Epidemiológico del Caribe, OPS, OMS, 2004; Centro Epidemiológico del Caribe, OPS, OMS, 2003). Los nuevos diagnósticos de VIH entre mujeres embarazadas también disminuyeron a la mitad entre 1999 y 2003 (Kumar y Singh, 2004). La expansión de los servicios de asesoramiento y pruebas, junto con el suministro de regímenes antirretrovíricos, ha reducido la transmisión maternoinfantil del VIH en ambos países (Departamento de Salud Pública de las Bahamas, 2004; St John et al, 2003).

Todavía no se aprecian signos de progresos similares en **Trinidad y Tabago** (donde se estima que la prevalencia nacional del VIH en adultos es del 2,6% [1,4-4,2%]), ni en **Guyana** y **Suriname**, donde se han detectado epidemias importantes en zonas urbanas (Duke et al,

2004). El SIDA ha pasado a ser la primera causa de mortalidad en Guyana entre las personas de 25-44 años, y la prevalencia nacional del VIH se mantuvo a un nivel estimado del 2,4% [1,0-4,9%] en 2005 (ONUSIDA/OMS, 2004). Los altos niveles de infección por el VIH entre varones y mujeres que solicitan tratamiento por otras enfermedades de transmisión sexual (12-15%) y la tendencia al alza en las infecciones por el VIH comunicadas oficialmente subrayan la necesidad de mejorar la respuesta al SIDA de Guyana (Grupo Experto Técnico del Caribe, 2004). Una urgencia similar se requiere en **Suriname**, donde, según las estimaciones, el 1,9% [1,1-6,1%] de los adultos estaba viviendo con el VIH en 2005.

Mientras tanto, los niveles nacionales de infección por el VIH en **Jamaica** parecen haberse estabilizado, aunque hay signos de que la prevalencia del VIH está retrocediendo ligeramente en algunos lugares (como las parroquias de St. Ann y St. James). También se han observado indicios de que un mayor número de jamaicanos se está protegiendo contra la infección por el VIH (Ministerio de Salud de Jamaica, 2004; Grupo Experto

Técnico del Caribe, 2004). En 2005, la prevalencia nacional del VIH en adultos era del 1,5% [0,8-2,4%], y había una cifra estimada de 25 000 [14 000-39 000] adultos y niños que estaban viviendo con el virus. Los signos de progreso en las respuestas de algunos países quedan oscurecidos por varios retos aún pendientes. La naturaleza incompleta e incongruente de los sistemas de vigilancia del VIH y del comportamiento en muchos países supone un obstáculo importante para los esfuerzos de prevención. En especial, se carece de información fidedigna acerca de los patrones y tendencias de comportamiento entre los sectores de alto riesgo de la población (como los profesionales del sexo y los varones que tienen relaciones sexuales con varones). Con la excepción de **Cuba** y, en menor grado, las **Bahamas** y **Barbados**, el acceso al tratamiento antirretrovírico es extremadamente desigual, sobre todo en algunos de los países más afectados del Caribe. En **Haití** y la **República Dominicana**, por ejemplo, estaban recibiendo terapia antirretrovírica en 2005 menos del 20% de las personas que la necesitaban (OMS/ONUSIDA, 2006).

AMÉRICA LATINA

En América Latina, unas 140 000 [100 000-420 000] personas se infectaron por el VIH en 2005, lo que eleva a 1,6 millones [1,2-2,4 millones] el número de personas que viven con el virus. Hay aproximadamente 32 000 [19 000-59 000] niños menores de 14 años infectados por el VIH. En 2005, el SIDA se cobró unas 59 000 [47 000-76 000] vidas. A final de 2005, alrededor de 294 000 personas estaban recibiendo terapia antirretrovírica en esta región, lo que supone el 73% de las 404 000 que se estima que la necesitaban (OMS/ONUSIDA, 2006). Sin embargo, en contraste con el **Brasil**,

Argentina, Chile, Costa Rica, México, Panamá, Uruguay y Venezuela (donde se han realizado avances notables), los países más pobres de América Central y los de la región andina de Sudamérica siguen luchando para ampliar el acceso al tratamiento y superar los obstáculos de accesibilidad financiera (OPS, 2005).

Las epidemias más grandes de la región se encuentran en los países más populosos, especialmente el **Brasil**, que alberga más de un tercio de las personas que viven con el VIH en América Latina. Sin embargo, las epidemias más intensas están teniendo lugar en países pequeños como **Belice y Honduras**, en cada uno de los cuales más del 1,5% de los adultos vivían con el VIH en 2005.

En diversos países de América Latina se están detectando altos niveles de infección por el VIH (entre el 2% y el 28%, según el lugar) en varones que tienen relaciones sexuales con varones, un patrón que generalmente no se refleja en sus estrategias de prevención del VIH. En la mayoría de los países, la transmisión del VIH entre profesionales femeninas del sexo y sus clientes es otro factor significativo, aunque menos prominente, en la propagación del virus. Conforme madura la epidemia, aumenta el número de mujeres infectadas, y las que viven en condiciones de pobreza parecen correr un riesgo especialmente alto. Una programación más eficaz que tenga en cuenta el patrón de cada epidemia, especialmente entre varones que tienen relaciones sexuales con varones, podría frenar de forma significativa el crecimiento continuo de las epidemias en esta región (Montano et al, 2005).

La respuesta al SIDA del **Brasil** sigue siendo encomiable. La prevalencia nacio-

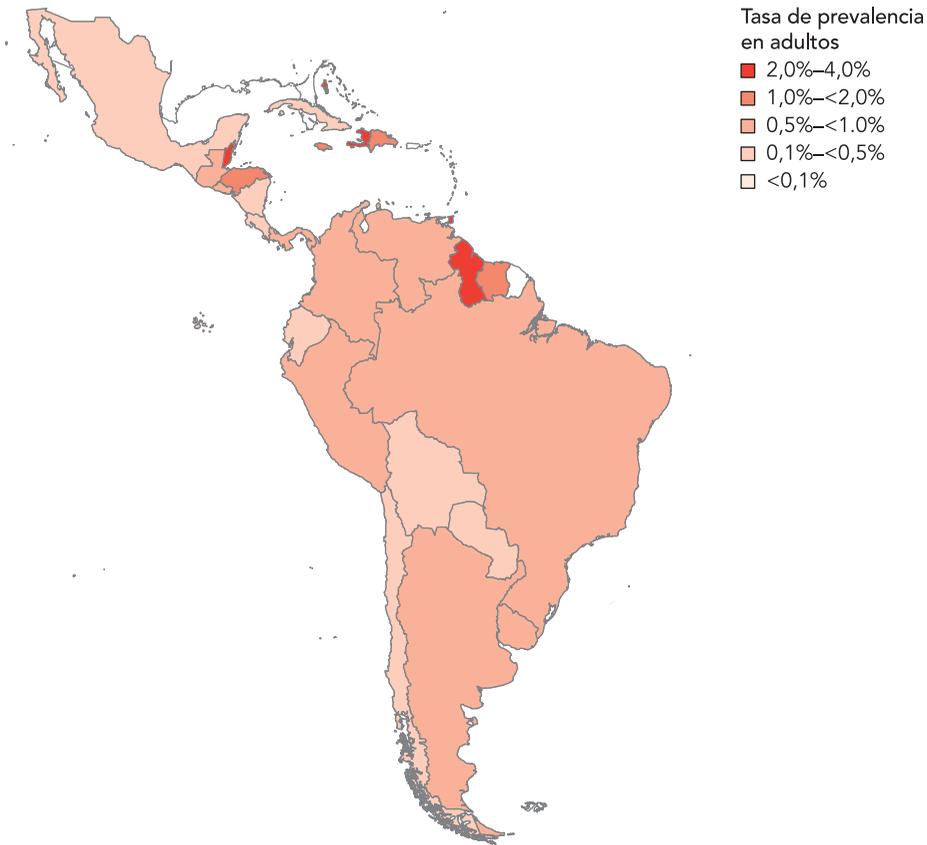
nal del VIH en adultos era del 0,5% [0,3-1,6%] en 2005; las infecciones relacionadas con el uso peligroso de drogas intravenosas están disminuyendo en varias ciudades, y el acceso al tratamiento es generalizado. En 2005 estaban recibiendo terapia antirretrovírica unos 170 000 de los 209 000 brasileños que la necesitaban, incluidos 30 000 consumidores de drogas intravenosas (OMS/ONUSIDA, 2006). Sin embargo, los niveles máximos de infección por el VIH siguen correspondiendo a este subgrupo de alto riesgo. El país también parece ejemplificar una tendencia observada en otras partes de la región: cada vez hay más mujeres afectadas, y este incremento ha tenido lugar en los últimos años. Preocupan igualmente otros desarrollos recientes. Los datos de encuestas de 2004 indican, por ejemplo, que más jóvenes están teniendo relaciones sexuales a edades más tempranas y con más parejas. Al menos uno de cada tres (36%) brasileños de 15-24 años dijo que ya era sexualmente activo antes de cumplir los quince años de edad, y uno de cada cinco indicó que había tenido relaciones sexuales con más de diez parejas en el curso de su vida (Ministerio de Salud del Brasil, 2005). Estas tendencias subrayan la necesidad de sostener y ampliar los esfuerzos de prevención del VIH.

En la **Argentina**, la prevalencia nacional del VIH en adultos se mantuvo en el 0,6% [0,3-1,0%] en 2005, y se estima que había 130 000 [80 000-220 000] adultos y niños que vivían con el VIH. Los reclusos en grandes prisiones urbanas constituyen uno de los grupos de población más afectados: en 2004 se comprobó que estaban infectados por el VIH entre el 17% y el 28% de los reclusos encuestados en la provincia de Buenos Aires. Esta tendencia refleja posiblemente el

hecho de que el consumo de drogas intravenosas y las relaciones sexuales no protegidas entre varones siguen siendo impulsores importantes de la epidemia en el país. Por ejemplo, casi uno de cada dos (44%) consumidores de drogas intravenosas evaluados en Buenos Aires resultó positivo en la prueba del VIH (Weissenbacher et al, 2003). En los últimos años se han registrado niveles de infección por el VIH del 7-15% entre varones que tienen relaciones sexuales con varones (Segura et al, 2005; Bautista et al, 2004; Pando de los et al, 2003).

Centrada mayoritariamente en las relaciones sexuales no protegidas entre varones, la epidemia de **Chile** se está volviendo más variada a medida que aumenta el número de varones VIH-positivos que transmiten el virus a sus parejas femeninas (Comisión Nacional del SIDA de Chile, 2003). Algunas de estas características son comparadas por otros países andinos, como **Bolivia**, donde se ha constatado una prevalencia del VIH de hasta el 24% entre varones de Santa Cruz que tienen relaciones sexuales con otros varones. En el **Perú**, en este mismo grupo de población, se han registrado prevalencias del VIH del 23% en Lima y entre el 6% y el 12% en varias otras ciudades (Montano et al, 2005; Ministerio de Salud del Perú, 2005). El comercio sexual es otro factor que podría conducir a una epidemia expansiva en el Perú. Los niveles de infección por el VIH en profesionales femeninas del sexo han sido bajos, pero casi la mitad (44%) de los varones jóvenes (18-29 años) encuestados en zonas urbanas reconoció que había pagado por relaciones sexuales, y no era habitual el uso de preservativos (Ministerio de Salud del Perú, 2004). Las relaciones sexuales entre varones también son un factor prominente en la pequeña pero creciente epidemia del **Ecuador**. Se han detectado prevalencias

FIGURA 2.13 Prevalencia del VIH (%) en adultos en América Latina y el Caribe, 2005

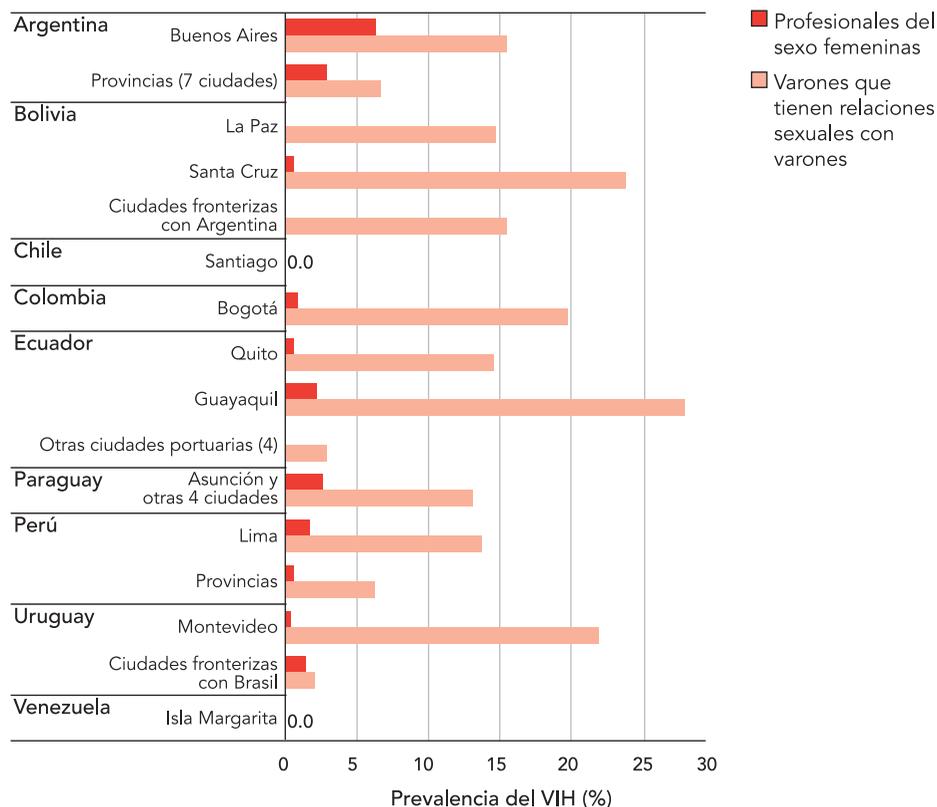


del VIH del 17% y 23% entre varones que tienen relaciones sexuales con varones en Quito (Pichincha) y Guayaquil (Guayas), respectivamente (Ministerio de Salud del Ecuador, 2005). Según las estimaciones, la prevalencia nacional del VIH en adultos en todos estos países se situaba muy por debajo del 1% en 2005.

Debido en parte a tabúes sociales, muchos varones que tienen relaciones sexuales con varones también las tienen con mujeres (que tal vez no sean plenamente conscientes de la vida sexual de sus parejas). En el **Ecuador**, por ejemplo, que tiene niveles bajos (inferiores al 2%)

de infección por el VIH entre profesionales femeninas del sexo, un número significativo de mujeres VIH-positivas parecen haber sido infectadas por sus maridos o parejas habituales, que contrajeron el virus durante relaciones sexuales no protegidas con otros varones (Montano et al, 2005). **Colombia** muestra tendencias similares. Se han observado niveles de infección por el VIH mucho más altos en grupos de varones que tienen relaciones sexuales con varones (hasta el 20% en Bogotá) que entre profesionales femeninas del sexo (menos del 1% en Bogotá) (Montano et al, 2005; Khalsa et al, 2003; Mejía et al, 2002).

FIGURA 2.14 Prevalencia del VIH (%) entre profesionales del sexo femininas y varones que tienen relaciones sexuales con varones en América Latina, 1999–2002



Fuente: Montano SM et al., JAIDS (2005).

Aun así, está creciendo el número de mujeres infectadas, especialmente a lo largo de la costa del Caribe y en el nordeste del país. Al parecer, muchas de estas mujeres contrajeron el virus a partir de parejas masculinas que también tenían relaciones sexuales con varones (Prieto, 2003). Entre mujeres seropositivas inscritas en proyectos de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, el 72% mantenía relaciones estables (García et al, 2005).

Existe la necesidad urgente de mejorar la vigilancia del VIH en América central, donde los datos disponibles indican que las epidemias se asocian principalmente a relaciones sexuales no protegidas. Uno de

los países más afectados es **Honduras**, que alberga aproximadamente una sexta parte de las 380 000 [250 000–720 000] personas que viven con el VIH en América central y cuya epidemia parece tipificar las demás en esta subregión. Se estima que el 1,5% [0,8–2,4%] de los hondureños (o sea, 63 000 [35 000–99 000] personas) vivía con el VIH en 2005, y el SIDA es la principal causa de fallecimiento entre las mujeres del país (ONUSIDA/OMS, 2004). Aunque el VIH circula con relativa libertad por la población general, el comercio sexual y las relaciones sexuales entre varones son los factores impulsores de la epidemia. Una de cada 12 profesionales femininas del sexo es VIH-positiva en la capital,

Tegucigalpa, y se han registrado prevalencias del 8% y 16% en dicha ciudad y en San Pedro Sula, respectivamente, entre varones que tienen relaciones sexuales con varones (Proyecto Acción SIDA de Centroamérica, 2003).

Con una cifra estimada de 61 000 [37 000-100 000] personas VIH-positivas, la epidemia de **Guatemala** es similar a la de **Honduras**. La prevalencia nacional del VIH en adultos era del 0,9% [0,5-2,7%] en 2005. La información disponible sobre el VIH, aunque incompleta, indica que la transmisión del virus tiene lugar principalmente en zonas urbanas, sobre todo ciudades situadas a lo largo de las grandes rutas de transporte (Ministerio de Salud Pública y Atención Social de Guatemala, 2003). Otros factores asociados a la epidemia son las relaciones sexuales remuneradas no protegidas (se ha detectado una prevalencia del VIH de hasta el 15% en profesionales femeninas del sexo que trabajan en la calle) y las relaciones sexuales entre varones (niveles de infección por el VIH de casi el 12% en la ciudad de Guatemala) (Ministerio de Salud Pública y Atención Social de Guatemala, 2003; Proyecto Acción SIDA de Centroamérica, 2003). Las relaciones sexuales entre varones también son un factor poderoso pero oculto en las epidemias de **Belice, El Salvador, Nicaragua** y **Panamá**, y están impulsando claramente la de **Costa Rica** (ONUSIDA/OMS, 2004; diversos Ministerios de Salud, 2003). En **México**, la prevalencia del VIH en adultos es baja (0,3% [0,2-0,7%]), pero su gran población implica que unas 180 000 [99 000-440 000] personas estuvieran viviendo con el VIH en 2005, hasta dos tercios de las cuales son varones que se cree que se infectaron durante relaciones sexuales no protegidas con otros varones (Magis-

Rodríguez et al, 2002). Hay signos de que también está aumentando la transmisión heterosexual del VIH, a medida que más mujeres se infectan durante el coito con parejas masculinas que también tienen relaciones sexuales con varones (Magis-Rodríguez et al, 2004).

AMÉRICA DEL NORTE Y EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL

En el conjunto de estas regiones, aproximadamente 65 000 personas se infectaron por el VIH durante 2005, lo que eleva a 2,0 millones [1,4-2,9 millones] el número de personas que viven con el VIH. Los fallecimientos por SIDA en 2005 fueron relativamente escasos (unos 30 000) como consecuencia del acceso generalizado a terapia antirretrovírica. Sin embargo, las respuestas al SIDA no están en consonancia con los cambios en las epidemias de muchos países de América del Norte y Europa occidental y central. En concreto, hay una necesidad urgente de mejorar los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento para los inmigrantes y migrantes, minorías étnicas y varones que tienen relaciones sexuales con varones.

En los **Estados Unidos**, más personas que nunca estaban viviendo con el VIH en 2005: 1,2 millones [720 000-2,0 millones]. Se estima que, a nivel nacional, la prevalencia del VIH en adultos era del 0,6% [0,4-1,0%]. Este incremento refleja resultados mixtos en los esfuerzos de los Estados Unidos para combatir su epidemia. Por una parte, un mayor número de personas con el VIH vive durante más tiempo como consecuencia del tratamiento antirretrovírico (que evitó o retrasó el fallecimiento de unas 33 000-42 000 personas en el periodo 1995-2002; Holtgrave, 2006). Por otra, no han logrado mantenerse los beneficios iniciales

En los Estados Unidos, más personas que nunca estaban viviendo con el VIH en 2005: 1,2 millones [720 000–2,0 millones]. Al mismo tiempo, está aumentando el número de mujeres infectadas por el VIH, y no sólo como resultado de relaciones sexuales sin protección.



conseguidos en el frente de la prevención. El número de nuevos casos registrados de VIH en los 33 estados con requisitos de notificación nominal confidencial sólo ha variado ligeramente desde finales de los años 1990. La mitad de todas las infecciones por el VIH (en varones, mujeres y niños) diagnosticadas en 2004 correspondió a varones que tienen relaciones sexuales con varones, y varios estudios han encontrado pruebas de un resurgimiento de comportamientos de riesgo en este grupo de población (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2006 y 2004a). En la ciudad de Baltimore, por ejemplo, se ha registrado una *incidencia* del VIH del 8% entre varones que tienen relaciones sexuales con varones. Casi dos de cada tres (62%) varones VIH-positivos de dicha ciudad no sabían que estaban infectados (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2005b).

Al mismo tiempo, está aumentando el número de mujeres infectadas por el VIH, y no sólo como resultado de relaciones sexuales no protegidas. Aproximadamente una de cada cuatro mujeres norteamericanas diagnosticadas de

VIH en 2003 se había infectado inyectándose drogas (en total, un 20% de las nuevas infecciones por el VIH son atribuibles a consumo de drogas intravenosas) (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2004a). Sin embargo, en muchas de las mujeres que contrajeron el VIH en el curso de relaciones sexuales, el principal factor de riesgo parece haber sido el comportamiento inseguro de sus parejas masculinas (como consumo de drogas intravenosas o relaciones sexuales comerciales o con otros varones) (McMahon et al, 2004; Valleroy et al, 2004; Montgomery et al, 2003). Por ejemplo, en un estudio de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades el 65% de los varones que alguna vez habían tenido relaciones sexuales con varones también las tenían con mujeres (Valleroy et al, 2004). Además, tal como ocurre en América Latina, las mujeres que viven en circunstancias marginales y de pobreza parecen correr un riesgo desproporcionado de infección por el VIH. Un estudio reciente en Carolina del Norte, por ejemplo, comprobó que las mujeres VIH-positivas tenían una probabilidad considerablemente mayor de estar en paro, necesitar beneficencia pública y cambiar

relaciones sexuales por dinero o regalos (Leone et al, 2005).

Otro hecho destacable es la concentración de infecciones por el VIH entre afroamericanos y norteamericanos de origen hispano. Los afroamericanos sólo constituyen el 12% de la población de los Estados Unidos (según el censo de 2000), pero representan el 50% de los nuevos diagnósticos de VIH en las 35 áreas con requisitos de notificación nominal confidencial a largo plazo. Los hispanos, que conforman el 14% de la población de los Estados Unidos y Puerto Rico, representan aproximadamente el 18% de los nuevos diagnósticos de VIH (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2005a). Entre los afroamericanos e hispanos, la mayoría de los varones con el VIH estuvieron expuestos al virus durante relaciones sexuales con otros varones (49% y 59%, respectivamente), mientras que la mayoría de las mujeres con el VIH se infectó en el curso de coito heterosexual (78% y 73%, respectivamente) (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2005c). Las mujeres afroamericanas tienen una probabilidad hasta doce veces mayor de estar infectadas por el VIH que sus homólogas blancas. El SIDA es la principal causa de mortalidad en mujeres afroamericanas de 25-34 años, y figura entre las tres primeras causas de mortalidad en varones afroamericanos de 25-54 años (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2004b). Además, los afroamericanos, en comparación con otros grupos de población, tienen la mitad de probabilidades de estar recibiendo tratamiento antirretrovírico (Walensky et al, 2005). En 2003 fallecieron por el SIDA casi el doble de afroamericanos que de blancos (Centros de Control y Prevención de Enfermedades

de los EE.UU., 2004a). En los Estados Unidos, el reto de lentificar el ritmo de nuevas infecciones por el VIH se superpone con la necesidad de proporcionar de forma más equitativa servicios de diagnóstico, tratamiento y atención (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2005b).

La epidemia mucho menor del **Canadá** también está fluctuando. Aunque el número anual de nuevas infecciones comunicadas por el VIH se ha mantenido en unas 2500 desde 2002 (después de haber aumentado en los años precedentes), se aprecia un cambio en la proporción de varones y mujeres en los diagnósticos de VIH. Las relaciones sexuales no protegidas entre varones siguen siendo por sí solas el principal modo de transmisión del VIH (43% de los nuevos diagnósticos durante los primeros seis meses de 2005), y también hay un mayor número de mujeres infectadas. En 2004, las mujeres representaron algo más de una cuarta parte (27%) de los nuevos diagnósticos de VIH (en comparación con poco más de una décima parte en 1995). Esta tendencia está impulsada por las relaciones sexuales no protegidas (que constituyen unos dos tercios de los informes de pruebas positivas del VIH) y el uso peligroso de drogas intravenosas (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2005). Otro hecho remarcable es el impacto desproporcionado de la epidemia en personas aborígenes, que representan poco más del 3% de la población del Canadá pero constituyen el 5-8% de las personas que viven con el VIH y el 6-12% de los nuevos diagnósticos. Casi la mitad de los diagnósticos de VIH entre personas aborígenes corresponden a mujeres (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2004).

Al otro lado del Atlántico, se estima que en 2005 había unas 700 000 [550 000-

950 000] personas que estaban viviendo con el VIH en Europa occidental y central, donde el coito heterosexual se ha convertido en el principal modo de transmisión de las nuevas infecciones por el VIH en diversos países. En consecuencia, una proporción creciente de los nuevos diagnósticos corresponde a mujeres (alrededor de un tercio en los países con datos de 2004 o posteriores). Una proporción considerable de estos diagnósticos se establece en personas originarias de países con epidemias graves, especialmente de África subsahariana (Hamers y Downs, 2004; EuroHIV, 2005). Un ejemplo al respecto es el **Reino Unido**, donde los nuevos diagnósticos anuales de VIH se han duplicado desde 2000, hasta superar los 7200 en 2004 y alcanzar posiblemente los 7700 en 2005 (Organismo para la Protección de la Salud del Reino Unido, 2005). La mayor parte de este incremento puede atribuirse al crecimiento progresivo en el número de infecciones contraídas por vía heterosexual, que totalizaron más de 4300 en 2004 (el 60% de todos los nuevos diagnósticos). Más de las tres cuartas partes (77%) de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2004 se contrajeron en países de alta prevalencia (Organismo para la Protección de la Salud del Reino Unido et al, 2006; Dougan et al, 2005). Se observan tendencias similares en **Alemania, Bélgica, Dinamarca, Francia y Suecia**, donde al menos un tercio de las infecciones por el VIH atribuibles a contacto heterosexual se contrajeron probablemente en el extranjero, sobre todo en África subsahariana. Muchos inmigrantes y migrantes que viven con el VIH no son conscientes de su estado serológico, y muchos son mujeres, lo que indica la necesidad de ampliar el alcance de la iniciativas de prevención, y también de los servicios de diagnóstico, tratamiento y asistencia.

Como en el resto de Europa, las relaciones sexuales peligrosas entre varones siguen siendo un factor importante en el **Reino Unido**, y son responsables aproximadamente de un tercio de los nuevos diagnósticos de VIH (2214 en 2004) (Organismo para la Protección de la Salud et al, 2006). Los estudios revelan que, en este país, no han disminuido los comportamientos de alto riesgo entre varones que tienen relaciones sexuales con varones, lo que recalca la necesidad de redoblar los esfuerzos de prevención dirigidos a este grupo (Elford et al, 2005). A un reto parecido se enfrenta **Alemania**, donde el incremento reciente en las infecciones por el VIH diagnosticadas se ha restringido mayoritariamente a varones que tienen relaciones sexuales con varones (Marcus et al, 2005). Uno de cada dos (49%) nuevos diagnósticos de VIH en Alemania puede atribuirse a relaciones sexuales peligrosas entre varones, en comparación con poco más de una de cada tres (37%) en 2001 (Instituto Robert Koch, 2005; EuroHIV, 2005). Las relaciones sexuales entre varones siguen siendo un factor prominente en las epidemias de la mayoría de los demás países de Europa occidental, incluidos los **Países Bajos y España**, donde los indicios apuntan a un resurgimiento del coito no protegido durante los últimos años (Van de Laar y Op de Coul, 2004; Vall Mayans et al, 2004; EuroHIV, 2005).

Al mismo tiempo, los programas de reducción de daños han contribuido a contener la propagación del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas. En **España**, desde la introducción en los años 1990 del tratamiento con metadona y los proyectos de intercambio de agujas, los diagnósticos de VIH entre consumidores de drogas intravenosas han disminuido



Como en el resto de Europa, las relaciones sexuales peligrosas entre varones siguen siendo un factor importante de transmisión en el Reino Unido, y son responsables aproximadamente de un tercio de los nuevos diagnósticos de VIH (2214 en 2004).

notablemente. En **Portugal**, en 2004, se realizaron 2400 nuevos diagnósticos de VIH entre consumidores de drogas intravenosas, lo que supone menos de la mitad del número registrado en 2000. Aparte de mantener estos logros, los países en los que el consumo de drogas intravenosas es un factor importante en sus epidemias también tienen que actuar para frenar la transmisión del VIH de los consumidores de drogas infectados a sus parejas sexuales (EuroHIV, 2005).

Las epidemias en Europa central siguen siendo pequeñas. La mayoría de los nuevos diagnósticos de VIH corresponde a **Polonia**, que es el único país con nuevas tendencias del VIH dignas de mención. En Polonia, los diagnósticos anuales de VIH han ido creciendo progresivamente desde 2001, hasta alcanzar los 656 en 2004 (EuroHIV, 2005). Las relaciones sexuales no protegidas —tanto heterosexuales como entre varones— constituyen la principal causa de este incremento (Centro Nacional del SIDA, 2005).

Entre los estados bálticos, **Estonia** es el más afectado, con una prevalencia nacional del VIH en adultos del 1,3%

[0,6-4,3%]. En este país, el número acumulativo de casos notificados de VIH superó los 5000 a finales de 2005 (Dirección General de Protección de la Salud de Estonia, 2006). El número acumulativo de diagnósticos de VIH también está aumentando en **Letonia**, y llegó a 3311 en 2005, aunque el ritmo de nuevas infecciones se ha ralentizado, al igual que en la epidemia más pequeña de **Lituania** (Centro de Prevención del SIDA, 2006; Centro del SIDA de Lituania, 2006).

ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE

Excepto en el **Sudán**, la prevalencia nacional del VIH en adultos en los países de Oriente Medio y África del Norte es muy baja, inferior al 0,1%. Sin embargo, los datos disponibles sugieren que las epidemias están creciendo en varios países, incluidos **Argelia**, la **Jamahiriyá Árabe Libia**, **Marruecos** y la **República Islámica del Irán**. En toda la región, se estima que 64 000 [38 000-210 000] personas se infectaron por el VIH en 2005, lo que eleva a 440 000 [250 000-720 000] el número total de personas que viven con el virus. El **Sudán** alberga a 350 000 [170 000-580 000] de ellas. En el contexto de un acceso desigual a tratamiento antirretroví-

rico en esta región, se calcula que el SIDA se cobró la vida de 37 000 [20 000–62 000] adultos y niños durante 2005. A final del pasado año, sólo estaba recibiendo terapia antirretrovírica el 5% de las 75 000 personas que se estima que la necesitaban (OMS/ONUSIDA, 2006).

En el **Sudán**, las estimaciones indican una prevalencia nacional del VIH en adultos del 1,6% [0,8–2,7%] en 2005. La epidemia es más grave en las regiones meridionales, que limitan con países con una prevalencia comparativamente alta del VIH. En dispensarios prenatales del estado de Nilo Blanco, por ejemplo, se observó una prevalencia del VIH del 2,2% en 2005 (Ministerio de Salud del Sudán, 2006). Varios estudios recientes entre adultos de la comunidad y entre mujeres embarazadas constataron niveles de prevalencia del VIH del 4,4% y 3%, respectivamente, en la ciudad de Yei (junto a la frontera con Uganda) y del 0,4% y 0,8% en Rumbek (más al interior) (Kaiser et al, 2006). Últimamente se han detectado signos de una propagación significativa del VIH en Jartum, en el norte del país (Ministerio de Salud del Sudán, 2005). Así, en mujeres embarazadas desplazadas que solicitaron atención prenatal en Jartum en 2004, la prevalencia del VIH fue del 1,6%, en comparación con menos del 0,3% en mujeres embarazadas de otras partes del país (Ministerio de Salud del Sudán, 2005). En conjunto, unas 350 000 [170 000–580 000] personas estaban viviendo con el VIH en el Sudán en 2005.

El principal modo de transmisión del VIH en esta región es el contacto sexual no protegido, aunque el consumo de drogas intravenosas representa un factor de importancia creciente, sobre todo en las epidemias de la **Jamahiriya Árabe**

Libia y la República Islámica del Irán.

Con comportamientos de riesgo generalizados, no es de extrañar que se hayan registrado altos niveles de infección por el VIH entre la gran población de consumidores de drogas intravenosas del Irán; por ejemplo, resultaron VIH-positivos el 15% de los varones atendidos en centros de desintoxicación de Teherán. La mayoría de los consumidores de drogas eran sexualmente activos, y medraba el intercambio de relaciones sexuales por dinero; sin embargo, sólo la mitad de ellos había utilizado *alguna vez* un preservativo (Zamani et al, 2005; Ministerio de Salud y Educación Médica del Irán, 2004). En Marvdasht, dos de cada tres consumidores de drogas intravenosas que solicitaron tratamiento dijeron que compartían las agujas, y uno de cada cinco indicó que lo había hecho en la prisión (Day et al, 2005). En realidad, la reclusión parece ser un factor significativo de riesgo de infección por el VIH entre los consumidores de drogas (Rahbar et al, 2004). Dado que las personas detenidas por delitos relacionados con las drogas constituyen una gran proporción (casi la mitad, según algunas estimaciones) de la población carcelaria total del Irán, existe una necesidad urgente de ampliar los programas de prevención del VIH (incluida la terapia de mantenimiento con metadona), especialmente en los centros correccionales (Zamani et al, 2005).

Un reto similar afronta la **Jamahiriya Árabe Libia**, donde se ha registrado una prevalencia del VIH del 18% entre reclusos (Sammud, 2005). No es de extrañar este hallazgo, teniendo en cuenta que las infecciones por el VIH se han multiplicado por diez entre los jóvenes libios desde el cambio de siglo; las prácticas peligrosas de inyección de drogas han sido la causa de aproximadamente el 90%



Las relaciones sexuales no protegidas (tanto en contexto de comercio sexual como entre varones) constituyen el otro factor determinante de las epidemias en la región, particularmente en países como Arabia Saudita, Egipto y Marruecos.

de tales infecciones. Los comportamientos de riesgo asociados al consumo de drogas intravenosas también aumentan la probabilidad de brotes de VIH entre los usuarios de otros países. Según diversos estudios, en **Argelia** un 41% de los consumidores de drogas comparte los equipos de inyección, al igual que el 51% en **Marruecos**, el 55% en **Egipto** y el 65% en el **Líbano** (Mimouni y Remaoun, 2005; Asouab, 2005; Elshimi et al, 2004; Khoury y Aaraj, 2005).

Las relaciones sexuales sin protección (tanto en contexto de comercio sexual como entre varones) constituyen el otro factor determinante de las epidemias en la región; por ejemplo, en países como la **Arabia Saudita, Egipto y Marruecos**. Aproximadamente la mitad de las infecciones por el VIH detectadas en un estudio en Riyadh, la capital de la **Arabia Saudita**, se produjo como consecuencia de coito heterosexual. En este país, la mayoría de las mujeres con el VIH estaban casadas y probablemente contrajeron el virus a través de sus maridos, que, casi con toda seguridad, se infectaron en el curso de relaciones sexuales comerciales (Abdulrahman et al, 2004). El

comercio sexual es un factor de riesgo significativo en varios países: en 2004 eran VIH-positivas el 9% de las profesionales femeninas del sexo evaluadas en Tamanrasset (**Argelia**), mientras que otros estudios en este mismo grupo detectaron prevalencias del VIH del 1,9% en **Marruecos** (en 2004) y del 4,4% en el **Sudán** (en 2002) (Fares et al, 2004; Ministerio de Salud de Marruecos, 2005; Ministerio Federal de Salud del Sudán, 2002). La epidemia de Argelia se ha propagado a la población general, con una prevalencia del VIH superior al 1% entre mujeres atendidas en centros de atención prenatal en diversas partes del sur del país (Institut de Formation Paramédicale de Parnet, 2004).

Se sabe muy poco sobre la propagación del VIH en otros países de la región, debido a la información limitada acerca de los patrones de transmisión del VIH y comportamientos relacionados (en particular, el papel que desempeñan en las epidemias el comercio sexual y las relaciones sexuales entre varones). Es posible que en algunos lugares existan epidemias localizadas ocultas que no se estén detectando. La información y los servicios de prevención relacionados con el VIH

escasean en toda la región. El conocimiento sobre el SIDA tiende a ser exiguo, y las prácticas preventivas son inusuales, incluso entre las poblaciones con mayor riesgo de infección. Deben reforzarse las estrategias y servicios de

prevención del VIH para frenar las epidemias de la región, la mayoría de ellas nacientes, y es necesario redoblar los esfuerzos para afrontar el estigma y la discriminación que obstaculizan las iniciativas actuales.