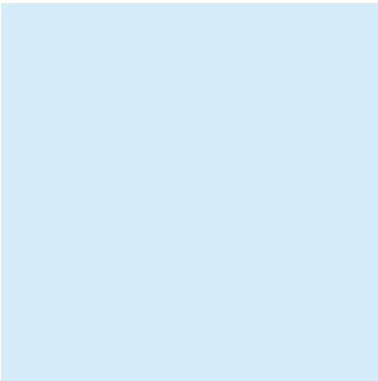
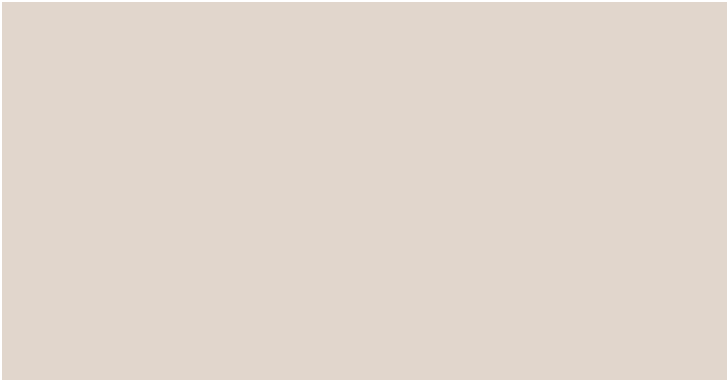
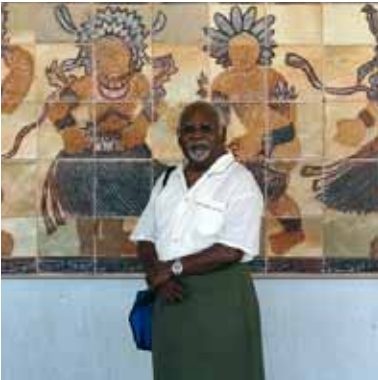


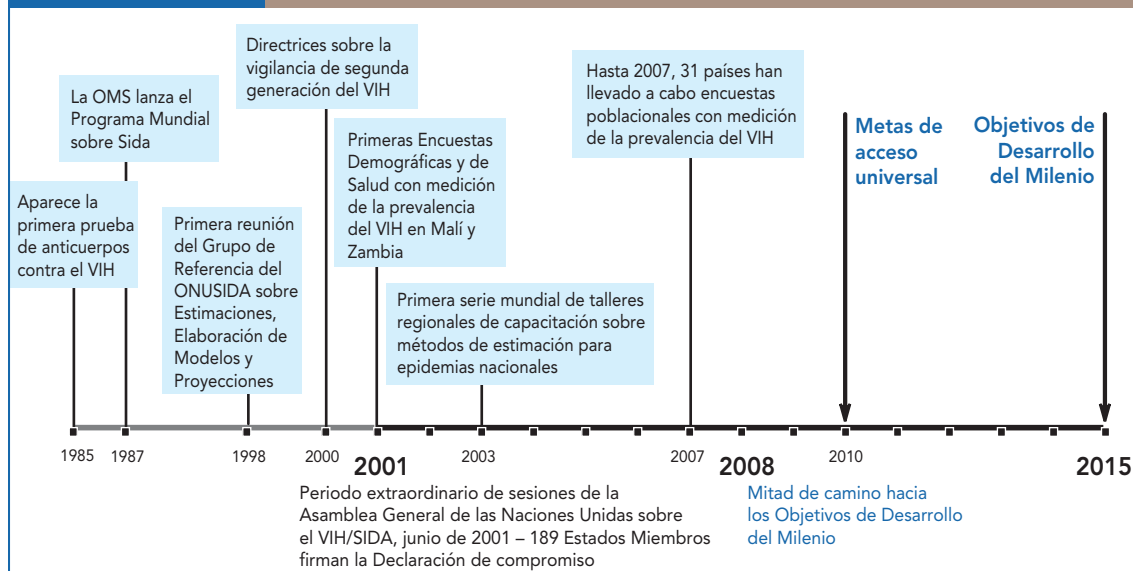
Situación de la epidemia mundial de VIH



Capítulo 2


FIGURA 2.1

Eventos seleccionados en el seguimiento de la epidemia



Hallazgos clave

- El porcentaje mundial de personas que viven con el VIH se ha estabilizado desde el año 2000.
- En 2007, se registraron 2,7 millones de nuevos casos de infección por el VIH y 2 millones de fallecimientos relacionados con el sida.
- La tasa de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido en varios países pero, a nivel mundial, el aumento de nuevas infecciones en otros países contrarresta, al menos en parte, estas tendencias favorables.
- En 14 de los 17 países africanos que cuentan con datos encuestales aceptables, el porcentaje de embarazadas jóvenes (15-24 años) que viven con el VIH ha disminuido desde el período 2000-2001. En 7 países, la caída del número de infecciones ha igualado o excedido la reducción del 25% establecida como objetivo para 2010 en la *Declaración de compromiso*.
- A medida que aumentó el acceso al tratamiento en los últimos diez años, disminuyó el número anual de fallecimientos por sida.
- África subsahariana continúa siendo la región más afectada por el VIH y, en 2007, le correspondieron el 67% de todas las personas que viven con el VIH y el 72% de los fallecimientos a causa del sida. Sin embargo, algunos de los aumentos más preocupantes en el número de nuevas infecciones se registran en países muy poblados de otras regiones, como Indonesia, la Federación de Rusia y diversos países de ingresos altos.
- A nivel mundial, el porcentaje de mujeres entre las personas que viven con el VIH se ha mantenido estable (en el 50%) durante varios años, aunque la proporción de infecciones en las mujeres está aumentando en varios países.
- En casi todas las regiones fuera del África subsahariana, el VIH afecta en forma desproporcionada a usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y profesionales del sexo.

El VIH continúa siendo un problema de salud mundial de una magnitud sin precedentes. Desconocido 30 años atrás, el VIH ya ha provocado un estimado de 25 millones de fallecimientos en todo el mundo y ha generado profundos cambios demográficos en los países más afectados.

Los datos epidemiológicos internacionales más recientes son portadores de algunas buenas noticias. En algunos países de Asia, América Latina y África subsahariana, el número anual de nuevas infecciones producidas por el VIH se encuentra en disminución. También ha disminuido la tasa estimada de

fallecimientos por sida, en parte como resultado del éxito alcanzado en la ampliación del acceso a los medicamentos antirretrovíricos en lugares de recursos limitados. Aun así, estas tendencias favorables no se manifiestan de manera uniforme ni dentro de las regiones ni entre ellas, lo que subraya la necesidad de un avance integral en la puesta en práctica de políticas y programas eficaces.

En este capítulo se resume la situación actual de la epidemia, se analizan las tendencias mundiales generales y se proporcionan pantallazos regionales de su trayectoria. Se han tomado como base

Mejoramiento de las estimaciones del VIH

La vigilancia del VIH en lugares especificados (“vigilancia centinela”) se ha extendido y mejorado considerablemente (en especial, en África subsahariana y Asia), lo cual dio lugar a estimaciones más confiables de la epidemia de VIH y de su impacto. Además, un número cada vez mayor de países han llevado a cabo encuestas poblacionales a nivel nacional que incluyen pruebas del VIH. En conjunto, estas fuentes de datos brindan información complementaria tanto sobre la prevalencia del VIH en adultos como sobre las tendencias epidemiológicas en el tiempo.

El ONUSIDA y la OMS utilizan principalmente tres instrumentos para generar estimaciones del VIH para países y regiones: Estimation and Projection Package (EPP), WORKBOOK, y Spectrum.¹ Estos modelos generan estimaciones de la prevalencia del VIH² a través del tiempo, del número de personas que viven con el VIH, de las nuevas infecciones, de los fallecimientos por sida, de niños y niñas huérfanos a causa del sida y de las necesidades de tratamiento. Las estimaciones se basan en datos obtenidos de la vigilancia centinela, de encuestas y de estudios especiales; los modelos y supuestos utilizados en estos instrumentos se actualizan periódicamente en función de la última investigación disponible.

Los datos sobre la prevalencia del VIH recopilados en encuestas poblacionales, especialmente en países con epidemias generalizadas, han aumentado la fiabilidad de las estimaciones nacionales del VIH. Estas encuestas son, desde el punto de vista geográfico, más representativas que la vigilancia centinela e incluyen tanto a hombres como a mujeres. Desde 2001, 30 países del Caribe, África subsahariana y Asia han realizado encuestas poblacionales nacionales, con medición de la prevalencia del VIH. En casi todas esas encuestas, las nuevas estimaciones de la prevalencia del VIH fueron menores que las publicadas antes de contar con los nuevos datos encuestales.

Gracias a esas encuestas, también se pudo actualizar y modificar los supuestos utilizados en los programas informáticos EPP y Spectrum. Por ejemplo, las encuestas poblacionales nacionales sobre el VIH han revelado que la prevalencia del VIH es aproximadamente un



¹ Encontrará más información sobre estas herramientas en: <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Methodology/>

² Se entiende por prevalencia del VIH el número total de infecciones en un momento dado. Se entiende por incidencia o nuevas infecciones el porcentaje o número de personas que se infectaron en un período dado, por lo general un año.

20% más baja que la prevalencia entre embarazadas atendidas en dispensarios prenatales, tanto en las zonas rurales como en las urbanas (Gouws et al., en imprenta). Algunos países de África subsahariana no han realizado este tipo de encuestas, en particular Angola, Eritrea, Gambia, Guinea-Bissau, Mozambique, Namibia, Nigeria, Somalia y Sudán. Para elaborar las estimaciones que incluye este informe, los datos sobre la prevalencia del VIH obtenidos de las embarazadas atendidas en dispensarios prenatales de estos países se ajustaron hacia abajo hasta un nivel de alrededor de 0,8 veces la prevalencia que arrojó la vigilancia de dispensarios prenatales. El nivel de ajuste varía en función de la proporción poblaciones urbanas/poblaciones rurales dentro de un país.

La investigación reciente condujo también a importantes modificaciones en los supuestos empleados en los modelos confeccionados por el ONUSIDA y la OMS. Una de estas modificaciones afecta las estimaciones de la incidencia del VIH y de la mortalidad por sida. Aquí es fundamental un supuesto sobre el tiempo promedio que las personas sobreviven a la infección por el VIH cuando no reciben terapia antirretrovírica (Stover et al., en imprenta). Algunos estudios longitudinales (Marston et al., 2007; Todd et al., 2007) indican que, en ausencia del tratamiento antirretrovírico, la mediana neta del tiempo de supervivencia después de haber contraído la infección por el VIH se estima en 11 años (Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones, 2006) en vez de los nueve años que se estimaban anteriormente (Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones, 2002).³

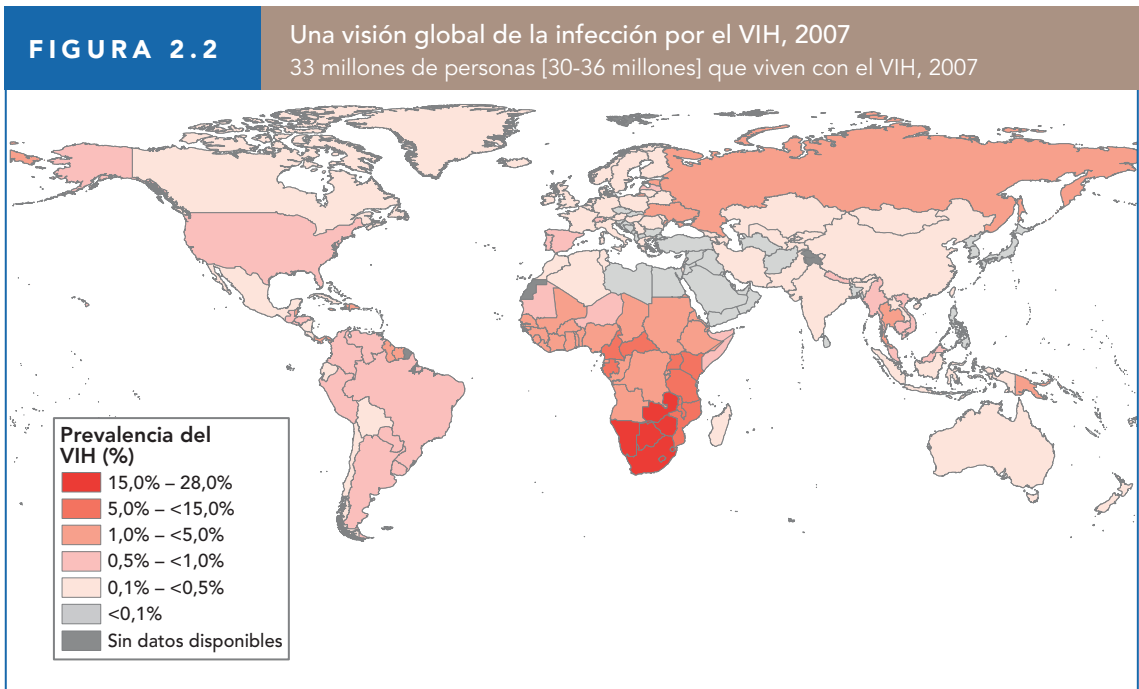
Junto con las modificaciones hechas a los supuestos, los sistemas de vigilancia y las fuentes de datos, hoy más perfeccionados, han hecho posibles estimaciones epidemiológicas más confiables. Dado que las revisiones afectan también a las tendencias históricas, las últimas estimaciones no deberán compararse directamente con las publicadas en informes anteriores. Cuando en este informe se citan tendencias epidemiológicas, se dan las modificaciones realizadas en las estimaciones históricas.

los últimos datos epidemiológicos obtenidos de algunos países; en muchos casos, estos datos han mejorado significativamente (véase el recuadro “Mejoramiento de las estimaciones del VIH”) El Anexo I ofrece información epidemiológica específica correspondiente a 168 países.

A escala mundial, la epidemia de VIH se ha estabilizado, pero los niveles de nuevas infecciones y de fallecimientos por sida son inaceptablemente altos:

- Se estima que, en todo el mundo, 33 millones [30 millones–36 millones] de personas vivían con el VIH en 2007.
- El número anual de nuevas infecciones por el VIH disminuyó de 3,0 millones [2,6 millones–3,5 millones] en 2001 a 2,7 millones [2,2 millones–3,2 millones] en 2007.
- En total, 2,0 millones [1,8 millones–2,3 millones] de personas fallecieron a causa del sida en 2007, mientras que las estimaciones para 2001 fueron de 1,7 millones [1,5 millones–2,3 millones].
- Mientras que el porcentaje de personas que viven con el VIH se ha estabilizado a partir de 2000, el número total de personas que viven con el VIH ha ido aumentando de manera uniforme debido a las nuevas infecciones

³ Estos valores se aplican a todos los países, a excepción de aquellos en los que el VIH subtipo E es responsable de la mayoría de las infecciones. En los países mencionados, la mediana neta del tiempo de supervivencia se estima en nueve años (Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones, 2006).



que ocurren cada año, a los tratamientos que prolongan la vida y a que las nuevas infecciones aún superan en número a los fallecimientos provocados por el sida (Figura 2.3).

- África meridional continúa soportando una parte desproporcionada de la carga mundial de VIH: En 2007, el 35% de las infecciones por el VIH y el 38% de los fallecimientos por sida se produjeron en esa subregión. En conjunto, África subsahariana alberga al 67% de todas las personas que viven con el VIH.
- Las mujeres representan la mitad de las personas que viven con el VIH en todo el mundo, y más del 60% de las infecciones por el VIH en África subsahariana. Durante los últimos 10 años, la proporción de mujeres entre personas que viven con el VIH ha permanecido estable a nivel mundial, pero ha crecido en muchas regiones (Figura 2.4).
- Los jóvenes entre 15 y 24 años representan el 45% estimado de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo.
- Se estima que, en 2007, 370 000 [330 000–410 000] niños menores de 15 años se

infectaron con el VIH. A nivel mundial, el número de niños menores de 15 años que viven con el VIH aumentó de 1,6 millones [1,4 millones–2,1 millones] en 2001 a 2,0 millones [1,9 millones–2,3 millones] en 2007. Casi el 90% vive en África subsahariana (véase el recuadro “El VIH entre los niños”).

Jóvenes: tendencias recientes de la infección por el VIH y del comportamiento sexual

La *Declaración de compromiso* estableció como meta para 2005 haber reducido en un 25% la prevalencia del VIH entre los jóvenes (15–24 años) de los países más afectados. A fin de evaluar el progreso hacia el logro de este objetivo, se pidió a 35 países con alta prevalencia (una prevalencia nacional que superara el 3%) y a otros 4 países de África con niveles de prevalencia importantes (Tabla 2.1) que recopilaran datos sobre las tendencias recientes del VIH y del comportamiento sexual entre los jóvenes.

TABLA 2

Análisis de las tendencias entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad en los países con alta prevalencia (todos los países con prevalencia nacional superior al 3% y otros cuatro países de África con niveles de prevalencia importantes): Prevalencia del VIH entre embarazadas (2000-2007) en sistemas de vigilancia centinela y comportamientos sexuales seleccionados de mujeres y hombres a partir de encuestas nacionales (1990-2007)

PAÍS	Período para el cual se dispone de datos sobre la prevalencia	Tendencia de la prevalencia ^a		Porcentaje de jóvenes (15-19 años) que tuvieron sexo antes de los 15 años ^b		Proporción que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses ^c		Uso de preservativo en la última relación sexual entre quienes tuvieron más de una pareja en los últimos 12 meses ^d	
		Urbana	Rural	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
Angola ^a		DI	DI						
Bahamas		▼							
Benin ^b	2000-2006	▼*	↔	↔	▼*	▼*	▲	▲	▲
Botswana	2001-2006	▼*	▼*						
Burkina Faso	2000-2006	▼*	▼	▼*	▼*	▼*	▼*	↔	▲*
Burundi	1999-2004	▼	↔	▲*					
Camerún ^a		DI	DI	▼*	▼*	▼*	▼*	▲*	▲*
República Centroafricana ^b				▲	▼				
Chad ^a		DI	DI	▼*	▲	▼	▼*	▼	▲
Congo ^a		DI	DI						
Côte d'Ivoire	2000-2004	▼*	DI	▼*	▲	▼*	▼*	▲*	↔
República Democrática del Congo ^a		DI	DI						
Djibouti ^b									
Etiopía ^b				▼*	▼*	▼*	▼*		▼
Gabón ^b									
Gambia ^b									
Ghana ^b				▼*	▼*	↔	↔	▲*	▲
Haití ^b				▲*	▲*	▲	▼	▼	▲*
Kenya	2000-2005	▼*	▼*	↔	↔	▼*	▼*	▼	▲*
Lesotho ^a	2003-2007	↔	▼						
Liberia ^b									
Malawi ^a	1999-2005	▼*	↔	▼*	▼*	▲	▼*	↔	▲
Mozambique ^f	2000-2007		↔	↔	▲*				
Namibia	2002-2006	▼	▼	↔	▼*	↔	▼*	▲*	▲
Nigeria ^a									
Rwanda	1998-2003	▼	ND	▲*	▲*	▼*	▼		
Sierra Leona ^a		DI	DI						
Sudáfrica ^g	2000-2006		↔			▼*	↔		
Sudán ^a									
Swazilandia	2002-2006	▼	▼						
Togo ^a									
Uganda ^b				▼*	▼	↔	↔	▲*	▲*
República Unida de Tanzania	2000-2006	↔	▼	↔	▼*	▼*	▼*	▲*	▲*
Zambia ^h	1998-2004		↔	▼*	▼*	▼*	▼*	▲	▲
Zimbabwe	2000-2004	▼*	▼	↔	▼*	▼*	▼*	↔	↔

Notas:

- [1] Las casillas destacadas indican tendencias positivas en la prevalencia o el comportamiento.
- [2] *Sólo se usaron centros sistemáticos en el análisis del cambio de la prevalencia del VIH en el tiempo, para un mínimo de tres años. Prueba de significación basada en H_0 : pendiente=0

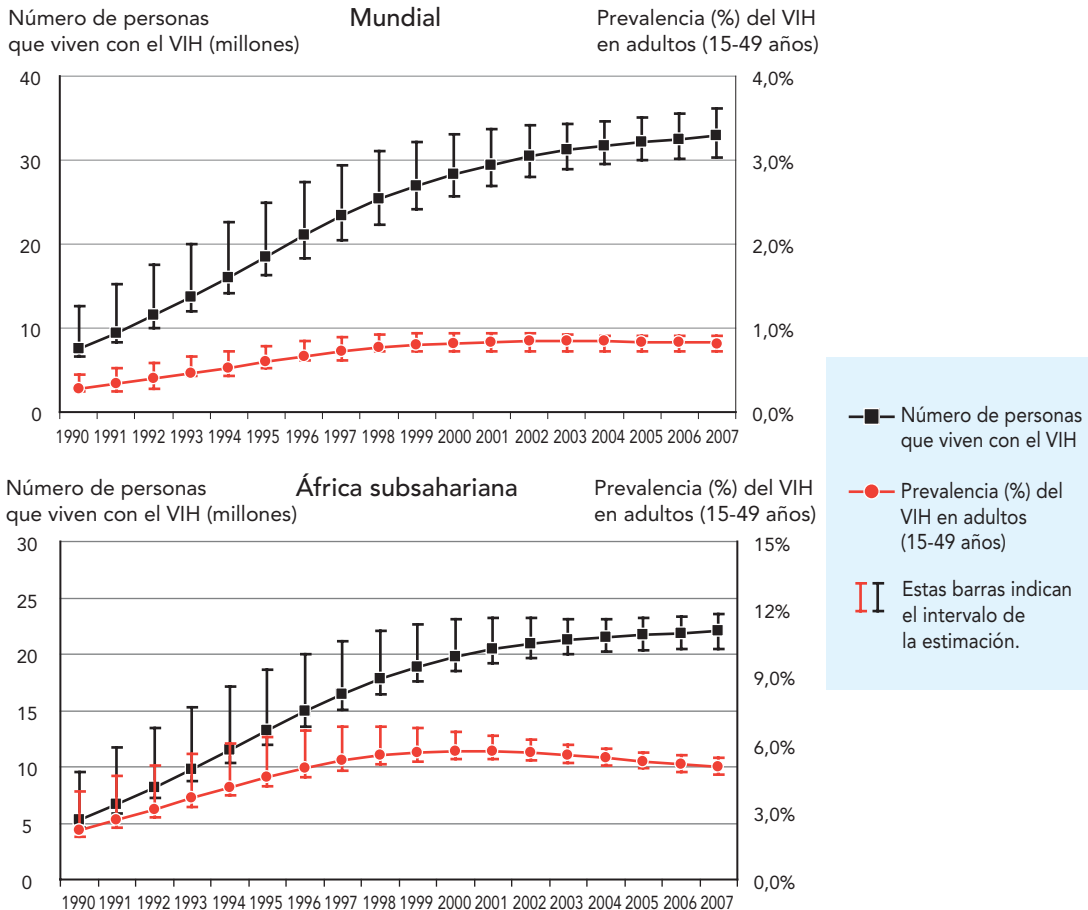
Legendas:

- ^a Prevalencia obtenida a partir de embarazadas atendidas en dispensarios prenatales de países seleccionados.
- ^b Entre jóvenes de 15-19 años, proporción que informó haber tenido relaciones sexuales a los 15 años. Análisis basados en EDS, MICS o encuestas nacionales entre 1990 y 2007.
- ^c Entre jóvenes de 15-24 años, porcentaje que comunicó haber tenido relaciones sexuales con más de una pareja durante los 12 meses anteriores. Análisis basados en datos de encuestas repetidas de demografía y salud o de encuestas nacionales entre 1990 y 2007.
- ^d Entre jóvenes de 15-24 años, proporción de jóvenes con más de una pareja que informaron haber usado preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales. Análisis basados en datos de encuestas repetidas de demografía y salud o de encuestas nacionales entre 1990 y 2007.
- ▲ Aumento observado en la prevalencia del VIH o el comportamiento.
- ▼ Descenso observado en la prevalencia del VIH o el comportamiento.
- ▼* Disminución estadísticamente significativa en la prevalencia del VIH de más del 25% o disminución significativa en el indicador comportamental medido. Análisis de la prevalencia basado en el análisis de regresión; análisis del comportamiento basado en el ji cuadrado o en la prueba del ji cuadrado para la tendencia.
- ▲* Aumento estadísticamente significativo en el indicador del comportamiento medido. Análisis del comportamiento basado en el ji cuadrado o en la prueba del ji cuadrado para la tendencia.
- ↔ Sin pruebas de cambio.
- DI Datos insuficientes, es decir, menos de tres años de datos recibidos.
- ND Datos no recibidos.
- ^e En el análisis de los datos urbanos se combinaron zonas semiurbanas y urbanas.
- ^f El análisis en Mozambique se combinó para las zonas sur, norte y centro.
- ^g No se recibieron datos en respuesta al proceso del grupo de trabajo; análisis basados en los datos del informe de vigilancia de Sudáfrica.
- ^h No se recibieron datos en respuesta al proceso del grupo de trabajo; análisis basados en los datos del informe de vigilancia de 2005 de Zambia. Análisis basados en datos combinados de zonas urbanas y rurales.

Dadas las dificultades prácticas de llevar a cabo estudios de la incidencia del VIH,⁴ la prevalencia en serie del VIH a través del tiempo estudiada en mujeres jóvenes (15-24 años) atendidas en dispensarios prenatales sirve como medida sustituta para la incidencia y proporciona indicios importantes sobre las tendencias epidemiológicas recientes. La prevalencia del

VIH entre las mujeres jóvenes atendidas en los dispensarios prenatales de zonas urbanas o rurales (o en ambas) ha disminuido desde 2000-2001 en 14 de los 17 países que cuentan con los datos suficientes para analizar las tendencias recientes en los países más afectados (datos suficientes sobre la prevalencia obtenidos en tres años diferentes). Entre estos países se incluyen

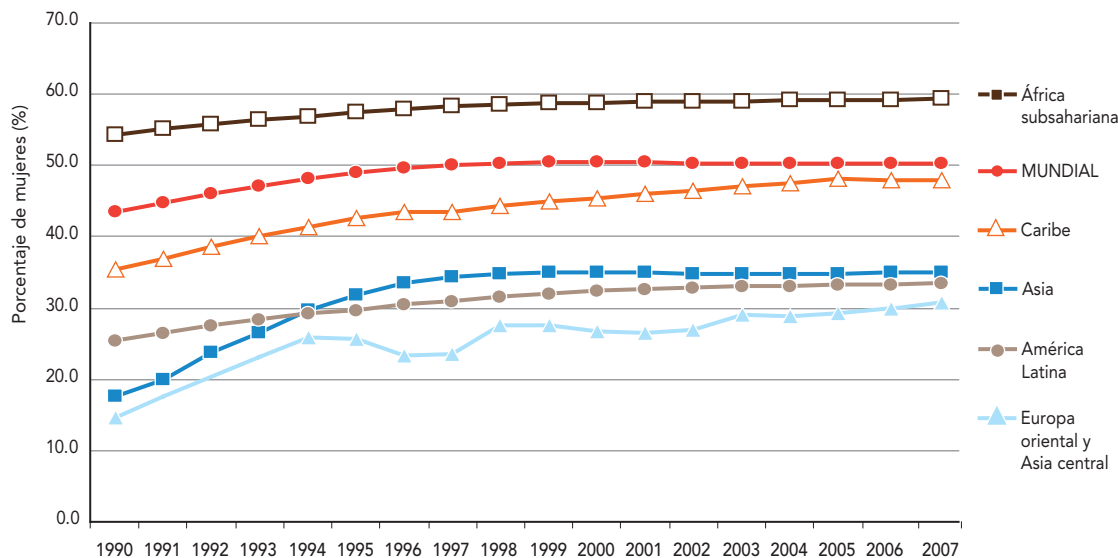
FIGURA 2.3 Número estimado de personas que viven con el VIH y prevalencia del VIH en adultos. Epidemia mundial de VIH, 1990-2007; y epidemia de VIH en África subsahariana, 1990-2007



* Si bien la prevalencia del VIH en África subsahariana se ha estabilizado, el número real de personas infectadas continúa aumentando debido a las permanentes nuevas infecciones y al acceso cada vez mayor a la terapia antirretrovírica.

⁴ Dado que la mayoría de las personas no saben cuándo se infectaron y su enfermedad recién se diagnostica meses o años más tarde, el seguimiento de la incidencia del VIH normalmente requiere estudios epidemiológicos especiales complejos y caros. Algunos países de altos ingresos están utilizando nuevas tecnologías epidemiológicas para colaborar con los organismos de salud pública en la medición de la incidencia del VIH, pero estas tecnologías aún no han sido validadas para utilizarlas en ámbitos donde la prevalencia es elevada.

FIGURA 2.4

Porcentaje de mujeres adultas (15 años o más) que viven con el VIH, 1990–2007⁵

las Bahamas, Benin, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Kenya, Lesotho, Malawi, Namibia, Rwanda, Swazilandia, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe. La disminución en la prevalencia del VIH superó el 25% en siete países. En dos de estos países —Botswana y Kenya—, la prevalencia se redujo tanto en las zonas urbanas como en las rurales. En cinco países —Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Malawi, y Zimbabwe—, la disminución sólo fue considerable en las zonas urbanas.

Además de los datos sobre la prevalencia del VIH, una cantidad de países también hicieron un seguimiento del comportamiento sexual de los jóvenes. De los 35 países con prevalencia elevada, 19 llevaron a cabo, entre 1990 y 2007, encuestas nacionales que proporcionaron datos comparativos suficientes para evaluar las tendencias en el comportamiento sexual. El porcentaje de mujeres y varones jóvenes (15–19 años) que se iniciaron en las relaciones

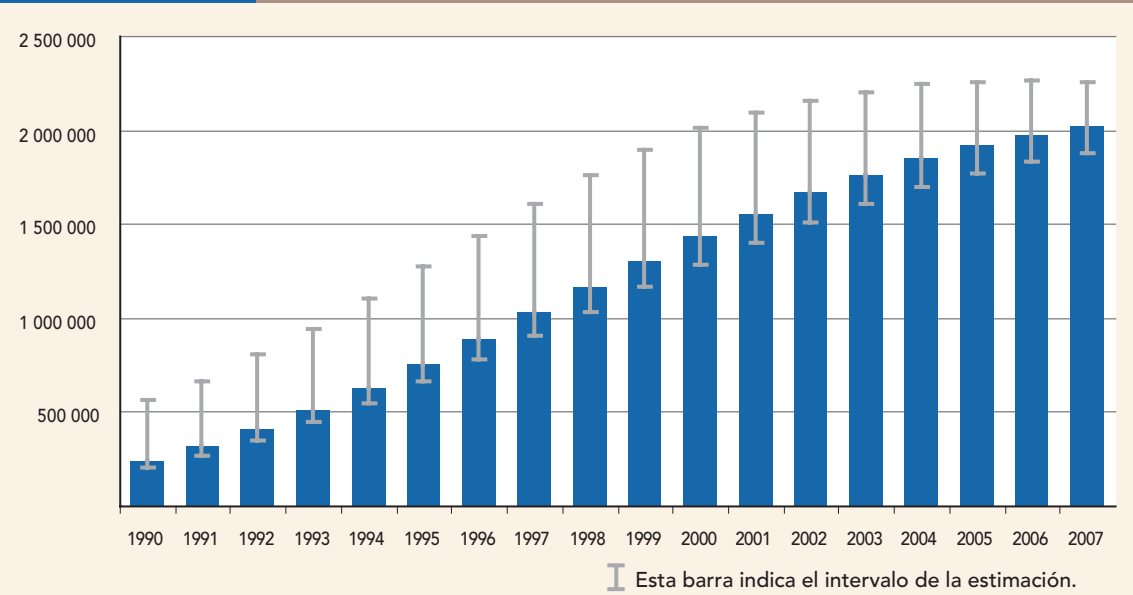
sexuales antes de cumplir los 15 años de edad disminuyó en siete países pero aumentó en Haití y Rwanda. La proporción de mujeres y varones jóvenes (15–24 años) que habían tenido más de una pareja en los 12 meses anteriores disminuyó en 10 países y permaneció constante en dos, pero aumentó entre las mujeres jóvenes en dos países y entre los varones jóvenes en uno.

El uso de preservativos aumentó entre los jóvenes. Entre los varones jóvenes (15–24 años) que habían tenido más de una pareja en los 12 meses anteriores, las tasas de uso de preservativos se elevaron en 12 países. Entre sus homólogas femeninas, las tasas de uso de preservativos se elevaron en ocho países. Si bien los cambios observados en el comportamiento no son estadísticamente significativos en cada instancia, las tendencias generales muestran que el comportamiento de riesgo ha ido disminuyendo en varios países.⁶

⁵ La proporción mundial de mujeres en comparación con varones infectados se mantenido en aproximadamente el 50% desde los últimos años de la década de 1990. En este gráfico de tasas proporcionales, aunque la proporción de mujeres en comparación con varones ha aumentado en cada región, en la mayoría de las regiones, el número total de varones infectados supera ampliamente al número de las mujeres.

⁶ Veinticuatro de los 35 países tienen datos insuficientes o ningún dato sobre la prevalencia del VIH y/o las tendencias del comportamiento sexual entre los jóvenes, incluidos varios países de África meridional con una prevalencia excepcionalmente alta del VIH.

FIGURA 2.5 Niños que viven con el VIH en el mundo, 1990-2007



El VIH entre los niños

Son pocos los datos obtenidos de vigilancias directas del VIH realizadas en niños. Las encuestas de dispensarios prenatales normalmente capturan datos sobre embarazadas de 15 años en adelante y la mayoría de las encuestas poblacionales nacionales con pruebas del VIH sólo incluyen adultos. Las estimaciones del VIH para los niños se obtienen a través de modelos basados principalmente en la prevalencia del VIH en mujeres adultas (15–49 años), en las tasas de fertilidad y en supuestos respecto de la supervivencia de los niños VIH-positivos (Stover et al., 2006; Stover et al., en imprenta). Esas estimaciones revelan que el número de niños que viven con el VIH en el mundo continúa creciendo de manera sostenida (Figura 2.5).

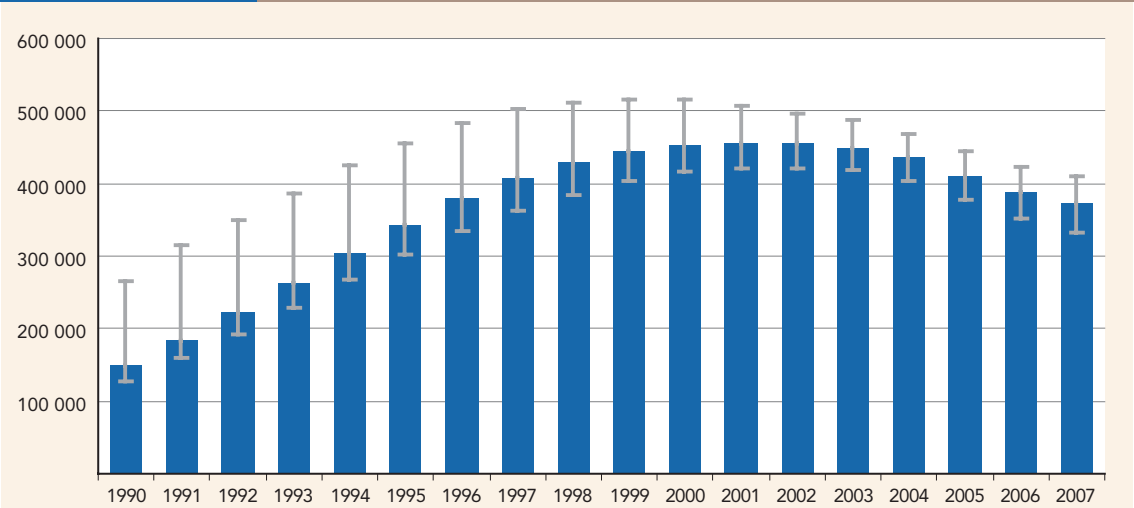
Se estima que más del 90% de los niños que viven con el VIH contrajeron el virus durante el embarazo, el parto o la lactancia, todas formas de transmisión del VIH que pueden prevenirse. Sólo una pequeña fracción de las infecciones por el VIH en niños son el resultado de inyecciones contaminadas, de la transfusión de sangre o productos sanguíneos infectados, del abuso sexual, de relaciones sexuales (aunque éste es un modo de transmisión importante entre los adolescentes) o de escarificación (Kengeya-Kayondo et al., 1995; Mulder et al., 1996; Hauri, Armstrong y Hutin 2004; Kiwanuka et al., 2004; Schmid et al., 2004).⁷

Como se muestra en la Figura 2.6, las nuevas infecciones en niños alcanzaron un punto máximo entre 2000 y 2002. Se cree que esto se debe principalmente a la estabilización de la prevalencia del VIH entre las mujeres en general y a la cobertura cada vez más amplia de los programas de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH (véase el Capítulo 4).

Se estima que la cifra de niños menores de 15 años infectados con el VIH que fallecieron a causa del sida en 2007 fue de 270 000 [250 000–290 000]; más del 90% de estos niños vivían en

⁷ El papel del abuso sexual infantil como fuente de infección por el VIH no está documentado lo suficiente, pero este modo de transmisión es un tema de gran preocupación en países donde tanto el VIH como el abuso sexual infantil constituyen problemas importantes de salud pública.

FIGURA 2.6 Nuevas infecciones por el VIH en niños, 1990-2007

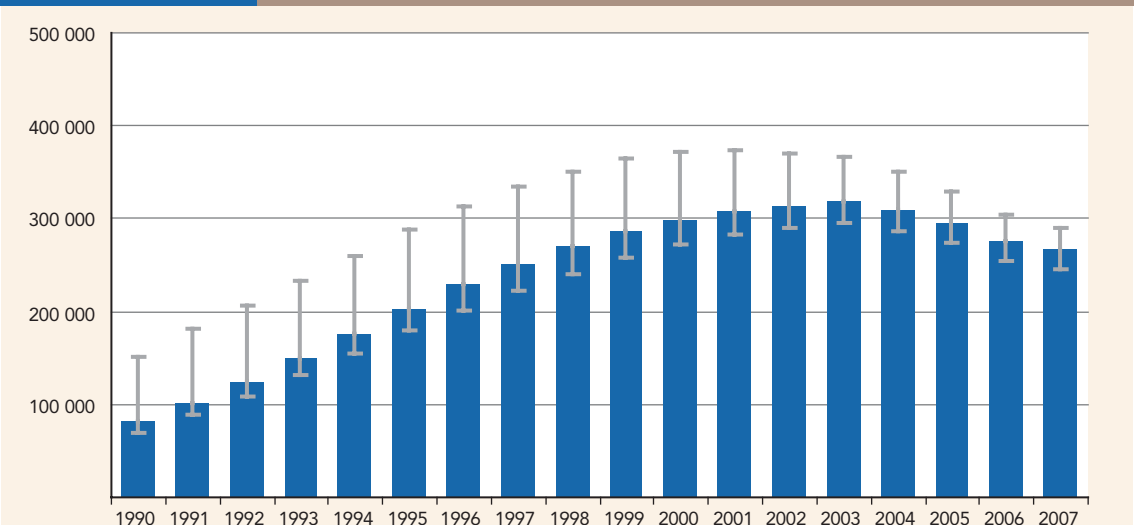


Esta barra indica el intervalo de la estimación.

África subsahariana. En los países más afectados —como Botswana y Zimbabwe—, el VIH es la razón subyacente de más de un tercio de todos los fallecimientos de niños menores de cinco años (Mason, 2006). De hecho, sin tratamiento antirretrovírico, el avance de la infección por el VIH en los niños es particularmente agresivo y muchos niños fallecen a temprana edad (Taha et al., 2000; Newell et al., 2004; Brahmabhatt et al., 2006).

Como se ilustra en la Figura 2.7, el número total de fallecimientos por sida en niños alcanzó el punto máximo cerca de 2003 y ha disminuido desde entonces. Esta disminución refleja principalmente la caída en la cantidad de nuevas infecciones en los niños, según se observó antes (representada en la Figura 2.6) y también el incremento en el acceso a la terapia antirretrovírica.

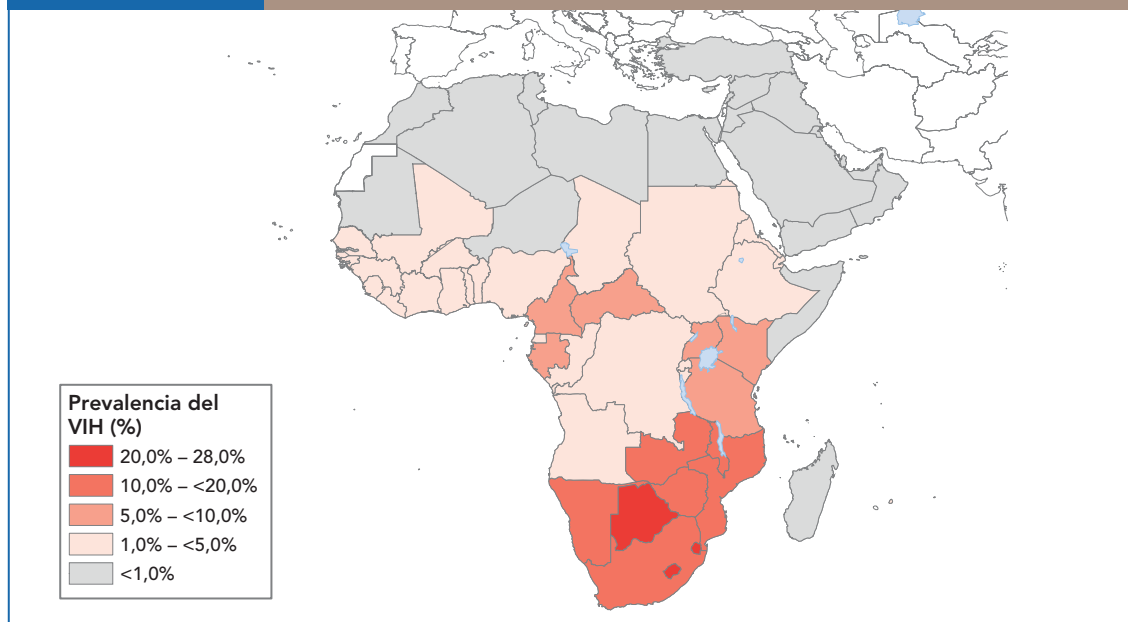
FIGURA 2.7 Niños fallecidos a causa del sida, 1990-2007



Esta barra indica el intervalo de la estimación.

FIGURA 2.8

Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años) en África, 2007



África subsahariana

Se estima que, en 2007, 1,9 millones [1,6 millones–2,1 millones] de personas se infectaron con el VIH en África subsahariana, lo que elevó a 22 millones [20,5 millones–23,6 millones] el número de personas que viven con el VIH. Dos tercios (67%) del total mundial de 32,9 millones [30,3 millones–36,1 millones] de personas infectadas con el VIH viven en esta región y tres cuartos (75%) de todos los fallecimientos por sida se produjeron allí.

Tanto en la escala como en el alcance, las epidemias varían en forma significativa de un país a otro de África subsahariana (Figura 2.8). La prevalencia nacional en adultos es inferior al 2% en varios países de África occidental y central, y también en el Cuerno de África, pero en 2007 superó el 15% en siete países de África meridional (Botswana, Lesotho, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe) y el 5% en otros siete países, la mayoría de África central y meridional (Camerún, República Centroafricana, Gabón, Malawi, Mozambique, Uganda y la República Unida de Tanzania).

Últimas tendencias epidemiológicas

La mayoría de las epidemias de África subsahariana parecen haberse estabilizado, aunque a menudo en niveles muy elevados, particularmente en África meridional. Además, la prevalencia del VIH parece estar en descenso en una cantidad cada vez mayor de países. En comparación con los hombres, las mujeres se ven afectadas de manera desproporcionada en toda la región y las diferencias entre sexos son especialmente marcadas en la prevalencia del VIH entre los jóvenes (Figura 2.9 y Figura 2.10).

En África meridional, las reducciones de la prevalencia del VIH son especialmente impactantes en Zimbabwe, donde la prevalencia entre las mujeres embarazadas atendidas en dispensarios prenatales disminuyó del 26% en 2002 al 18% en 2006 (Ministerio de Salud y Bienestar Infantil de Zimbabwe, 2007).⁸ En Botswana, la reducción de la prevalencia del VIH entre las embarazadas de 15 a 19 años de edad (del 25% en 2001 al 18% en 2006) sugiere que la tasa de infecciones podría estar desacelerándose (Ministerio de Salud de Botswana, 2006). Las epidemias en Malawi y

⁸ Esta tendencia se trata detalladamente en las ediciones 2006 y 2007 de *Situación de la epidemia de sida*, que puede encontrarse en <http://www.unaids.org>.



Zambia también parecen haberse estabilizado, en medio de algunas pruebas de cambios favorables en el comportamiento (Heaton, Fowler y Palamuleni, 2006; Sandoy et al., 2007) y señales de disminución de la prevalencia del VIH entre las mujeres que utilizan los servicios prenatales en algunas zonas urbanas (Ministerio de Salud y Población de Malawi, 2005; Ministerio de Salud de Zambia, 2005, Michelo et al., 2006, Comisión Nacional de Sida de Malawi, 2007).

Los datos sobre el VIH obtenidos de dispensarios prenatales de Sudáfrica sugieren que la epidemia podría estar estabilizándose en el país (Departamento de Salud de Sudáfrica, 2007) pero aún no hay indicios de cambios importantes en el comportamiento relacionado con el VIH. Los 5,7 millones [4,9 millones–6,6 millones]⁹ de sudafricanos que, según se estima, vivían con el VIH en 2007 convierten a ésta en la epidemia de VIH más extendida del mundo. Mientras tanto, el 26% de prevalencia del VIH que presentó Swazilandia en 2006 es la cifra más elevada de prevalencia que se haya documentado en una encuesta poblacional nacional en el mundo

(Oficina Central de Estadística de Swazilandia y Macro International Inc., 2007).

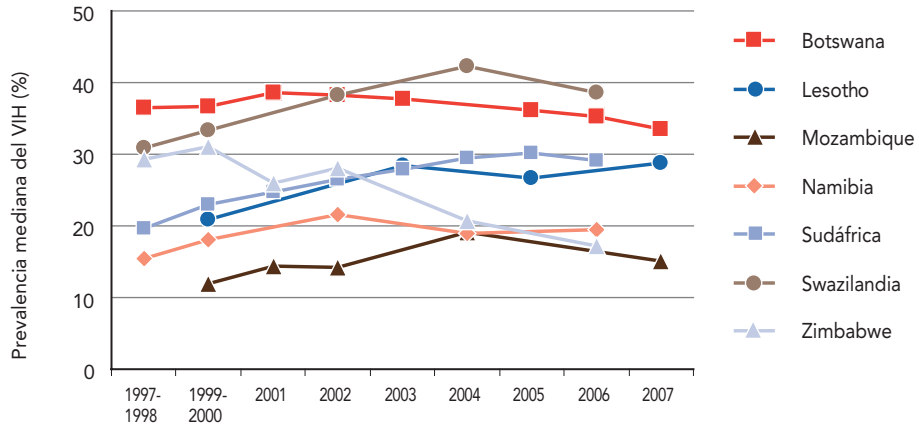
La epidemia aún se está extendiendo en Mozambique. En algunas de las provincias de las zonas central y meridional del país, la prevalencia del VIH en adultos ha alcanzado o superado el 20%, mientras que las infecciones continúan aumentando entre los jóvenes (15–24 años) (Consejo Nacional de Combate contra el VIH/sida, 2006).

Después de un marcado descenso registrado en la década de 1990 (Asamoah-Odei, Garcia-Celleja y Boerma, 2004; Kirungi et al., 2006), la prevalencia nacional del VIH en Uganda se ha estabilizado en el 5,4% [5,0%–6,1%]. Sin embargo, no hay indicios de un posible resurgimiento en el comportamiento sexual de adopción de riesgos que pudiera producir un recrudecimiento de la epidemia. Por ejemplo, la proporción de hombres y mujeres adultos que manifestaron haber tenido relaciones sexuales con una persona que no fuera su cónyuge y que no viviera con el encuestado ha aumentado desde 1995 (del 12% al 16% para

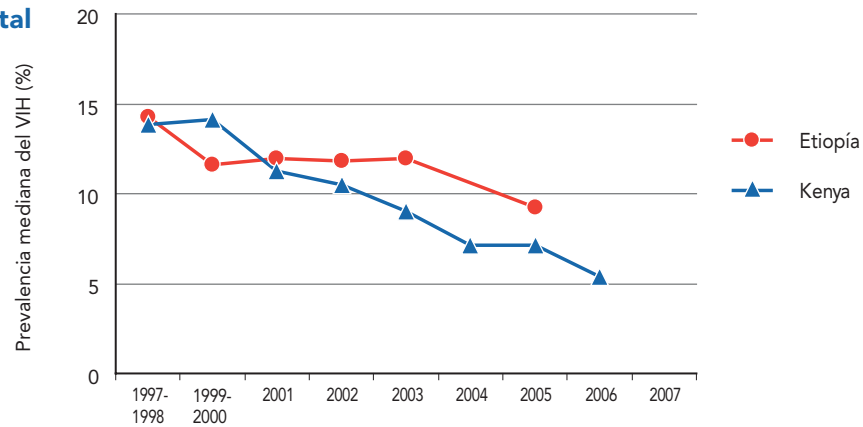
⁹ Todas las estimaciones del número total de personas que viven con el VIH en un país determinado corresponden a 2007.

FIGURA 2.9 Prevalencia del VIH (%) entre embarazadas atendidas en dispensarios prenatales de África subsahariana, 1997-2007

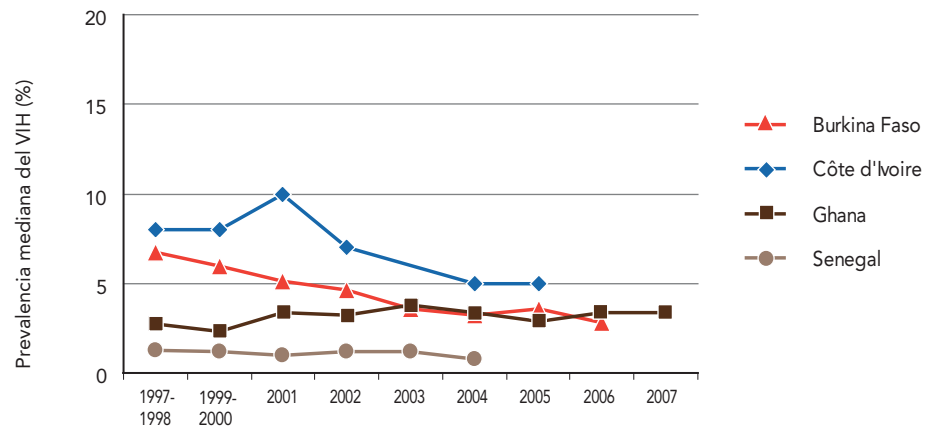
África meridional



África oriental



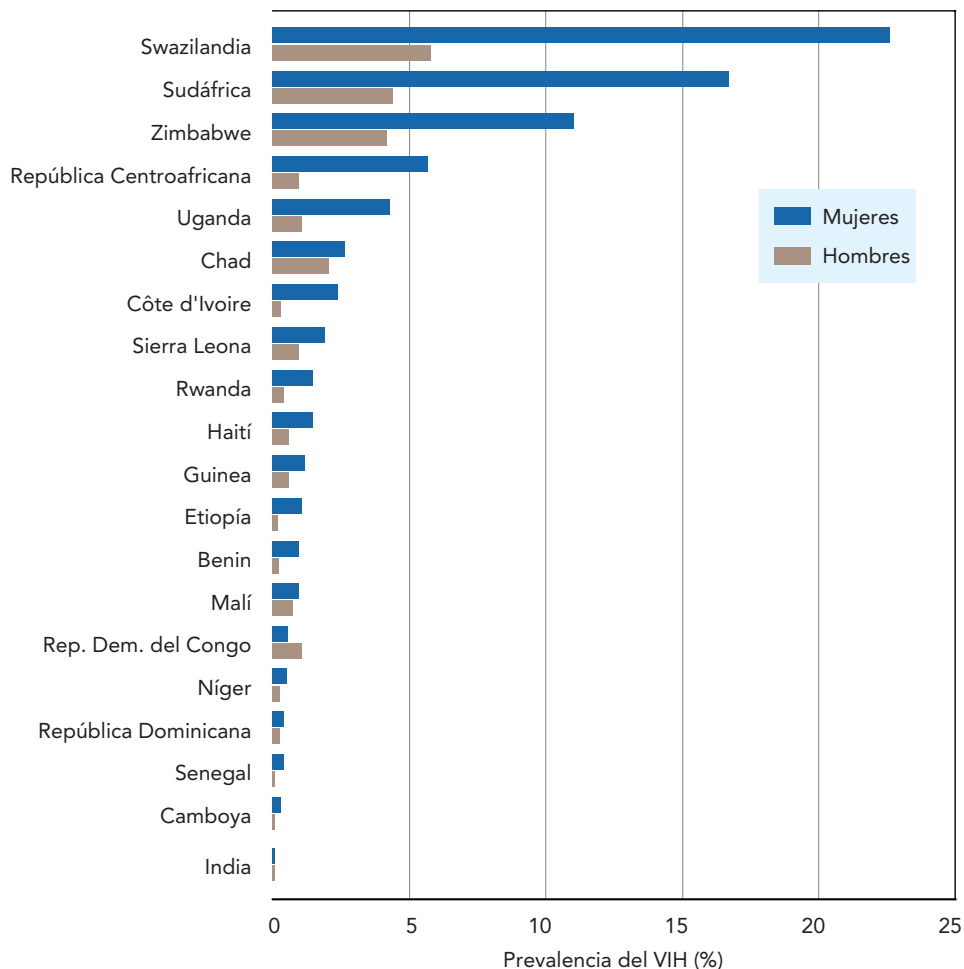
África occidental



Nota: Excepto para Sudáfrica (por provincia) y para Swazilandia (por región), el análisis se limita a centros sistemáticos de vigilancia
 Fuente: Informes nacionales de vigilancia y ONUSIDA/OMS/UNICEF, Hojas informativas epidemiológicas sobre el VIH y el sida. Julio de 2008.

FIGURA 2.10

Prevalencia del VIH (%) entre jóvenes de 15-24 años de edad, por sexo y por países seleccionados, 2005-2007



Fuente: Encuestas demográficas y de salud y otras encuestas poblacionales a nivel nacional que incluyen pruebas del VIH.

las mujeres y del 29% al 36% para los hombres) (Kirungi et al., 2006; Ministerio de Salud de Uganda y ORC Macro, 2006; Oficina Central de Estadística de Uganda y Macro International Inc., 2007).

La mayoría de las epidemias comparativamente pequeñas de VIH de África occidental se mantienen estables o están en descenso, como es el caso de Burkina Faso, Côte d'Ivoire y Malí. En Côte d'Ivoire, la prevalencia del VIH entre embarazadas de las zonas urbanas cayó del 10% en 2001 al 6,9% en 2005 (Ministerio de Salud e Higiene Pública de Côte d'Ivoire y CDC/

RETRO-CI/MEASURE Evaluation, 2007).

Según la tendencia de la infección por el VIH observada en mujeres atendidas en dispensarios prenatales, la mayor epidemia de África occidental —en Nigeria, el país más populoso del continente— parece haberse estabilizado en el 3,1% [2,3%-3,8%] (Ministerio Federal de Salud de Nigeria, 2006).

Principales vías de transmisión del VIH

El coito heterosexual continúa siendo la fuerza impulsora de la epidemia en África subsahariana. La elevada tasa de transmisión sexual también ha

generado la mayor población mundial de niños que viven con el VIH. No obstante, los datos epidemiológicos recientes han revelado que la epidemia en la región es más heterogénea de lo que se había pensado.

Coito heterosexual asociado a parejas serodiscordantes

Según las encuestas de demografía y salud realizadas en cinco países africanos (Burkina Faso, Camerún, Ghana, Kenya y la República Unida de Tanzania), dos tercios de las parejas infectadas por el VIH eran serodiscordantes, es decir, sólo uno de los integrantes estaba infectado. Se encontró que el uso de preservativos era poco frecuente: en Burkina Faso, por ejemplo, casi el 90% de las parejas entrevistadas que convivían manifestaron que no habían usado preservativo en la última relación sexual (de Walque, 2007). Un estudio aparte de base comunitaria realizado en Uganda mostró que, entre las parejas heterosexuales serodiscordantes, el integrante no infectado tiene una probabilidad anual estimada del 8% de contraer el VIH (Wawer et al., 2005). Sorprendentemente, en alrededor del 30% al 40% de las parejas serodiscordantes encuestadas, el integrante infectado era la mujer. De hecho, parece que más de la mitad de las mujeres encuestadas que estaban infectadas por el VIH y que estaban casadas o convivían habían contraído la infección de una pareja que no era su pareja actual (de Walque, 2007).

Comercio sexual

El comercio sexual es un factor importante en muchas de las epidemias de VIH en África occidental. Más de un tercio (35%) de las mujeres profesionales del sexo entrevistadas en 2006 en Malí vivían con el VIH (Ministerio de Salud de Malí, 2006), y se han documentado niveles de infección superiores al 20% entre las profesionales del sexo en Senegal (Gomes do Espirito Santo y Etheredge, 2005) y Burkina Faso (Kintin et al., 2004). El comercio sexual cumple un papel importante, pero menos decisivo, en la transmisión del VIH en África meridional, donde una

prevalencia de base excepcionalmente elevada resulta en una considerable transmisión del VIH a través de las relaciones sexuales no asociadas al comercio sexual.

Uso de drogas inyectables

El uso de drogas inyectables es, en cierta medida, un factor en varias de las epidemias de VIH de África oriental y meridional, incluido Mauricio, donde el uso de equipos de inyección contaminados es la causa principal de infección por el VIH (Sulliman, Ameerberg y Dhannoo, 2004). En diversos estudios, alrededor de la mitad de los usuarios de drogas inyectables que se sometieron a las pruebas de VIH en las ciudades kenianas de Mombassa (50%) y Nairobi (53%) resultaron VIH-positivos (Odek-Ogunde, 2004).

Relaciones sexuales entre hombres

Varios estudios recientes sugieren que las relaciones sexuales anales sin protección entre hombres quizá sea un factor más importante de lo que comúnmente se cree en la epidemia de África subsahariana. En Zambia, uno de cada tres (33%) hombres encuestados que tienen relaciones sexuales con hombres resultaron VIH-positivos (Zulu, Bulawo y Zulu, 2006). En la ciudad portuaria keniana de Mombassa, el 43% de los hombres que manifestaron haber tenido relaciones sexuales sólo con otros hombres vivían con el VIH (Sanders et al., 2007). Entre los 463 hombres que tenían relaciones sexuales con hombres y que participaron de un estudio en Dakar, Senegal, se encontró una prevalencia del VIH del 22% (Wade et al., 2005).

El papel de las múltiples parejas sexuales concurrentes en la epidemia de VIH

El concepto de parejas sexuales concurrentes ha recibido creciente atención en la bibliografía científica y en los medios de comunicación. Se ha planteado que las parejas concurrentes —junto con la elevada carga vírica durante la infección aguda por el VIH y el bajo índice de circuncisión masculina— pueden haber contribuido a la rápida propagación y los altos niveles de prevalencia del VIH en África meridional (Halperin y Epstein, 2007). Pocos estudios epidemiológicos y de modelización matemática han investigado la prevalencia de la concurrencia y su efecto en la transmisión del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual. Los primeros trabajos de modelización llegaron a la conclusión de que, para el mismo número de parejas por persona, las redes de parejas sexuales que incluyen relaciones concurrentes de pareja generan epidemias de VIH más extensas que las redes sin parejas concurrentes (Morris y Kretzschmar, 1997).

Si bien los investigadores y los expertos en programas de prevención concuerdan en que la multiplicidad de parejas sexuales es un factor de riesgo importante en la transmisión del VIH (Malamba et al., 1994; Wawer et al., 1994; McFarland, Mvere y Katzenstein, 1997; Chen et al., 2007; Mishra et al., 2007), el impacto comparativo de las relaciones múltiples concurrentes en comparación con las relaciones múltiples consecutivas en la propagación del VIH es menos claro. Por ejemplo, un estudio realizado en cinco ciudades de África subsahariana no encontró asociación entre la concurrencia y el nivel de prevalencia del VIH (Lagarde et al., 2001), y un pequeño estudio realizado en Malawi tampoco encontró ninguna asociación entre la densidad de las redes sexuales y la prevalencia del VIH (Helleringer y Kohler, 2007). Con frecuencia, las relaciones concurrentes múltiples de pareja están relacionadas con la movilidad (incluida la movilidad por razones laborales), dado que las personas pueden tener distintas parejas en sus distintos lugares de residencia; además, quienes quedan atrás pueden, a su vez, tener otras parejas (Lurie et al., 2003; Coffee, Lurie y Garnett, 2007).

La mayoría de los autores define la concurrencia como “relaciones sexuales que se superponen en el tiempo” (Garnett y Johnson, 1997; Lagarde et al., 2001; Adimora et al., 2003; Adimora et al., 2004; Carael et al., 2004; Helleringer y Kohler, 2007). No obstante, otros han considerado que múltiples parejas en un período breve es una medida sustituta de la concurrencia (Halperin y Epstein, 2007). Hay aspectos importantes que deben tenerse en cuenta para la evaluación epidemiológica de las relaciones concurrentes, como el tiempo durante el cual esas relaciones con parejas sexuales se superponen, la categorización del número de parejas (más de una, más de cinco, etc.) y la extensión del período durante el que se evalúa la concurrencia (el último mes, los últimos seis meses, el último año, etc.). Para la medición en encuestas, también son importantes diversos factores sociales y comportamentales, desde la terminología local hasta factores que influyen en el sesgo relacionado con la capacidad de recordar y con la notificación.

Para entender la epidemia de VIH, es fundamental entender las redes sexuales. Se necesita una labor considerable para pulir los métodos de medición y comparación de normas, comportamientos y redes sexuales en distintos contextos culturales y entornos de riesgo de todo el mundo. Para entender y cuantificar la relación entre concurrencia y propagación del VIH, se precisan definiciones estándar y mayor recopilación y análisis de los datos primarios sobre comportamientos, redes y contextos.

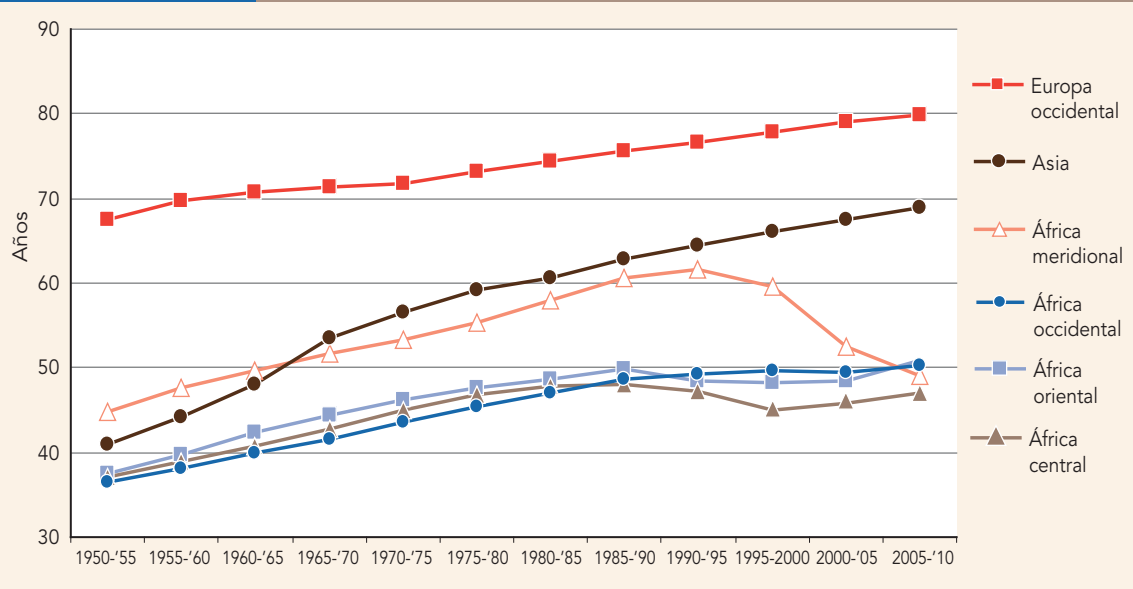


Los programas de prevención deberían orientarse a reducir la formación de parejas sexuales múltiples, sean o no concurrentes, y a comunicar el probable riesgo adicional de las relaciones sexuales concurrentes, incluidas aquellas que son de largo plazo y socialmente aceptadas (Capítulo 4, págs. 117 y 119-121). En los países de África meridional donde la prevalencia del VIH es extremadamente alta, la probabilidad de que la pareja sexual de alguien esté infectada con VIH es de casi una en cuatro a seis, lo que eleva en gran medida el riesgo de las relaciones sexuales sin protección con una persona de quien no se conoce el estado serológico respecto del VIH. Se necesitan intervenciones más eficaces para derribar las barreras que obstaculizan la prevención en la región: la negación y los errores de juicio del riesgo de VIH en relaciones concurrentes y con mucha diferencia de edad entre los integrantes.

África subsahariana recibe el impacto demográfico más significativo que haya producido el VIH

En el mejor de los casos, la evaluación del impacto demográfico de la epidemia se basaría en datos obtenidos de los certificados de defunción. Sin embargo, en muchos de los países más afectados por la epidemia mundial de sida, esos registros vitales son escasos. Aún allí donde los sistemas de notificación de los fallecimientos funcionan relativamente bien (por ejemplo, en Sudáfrica), las defunciones a causa del sida rara vez se documentan como tales. →

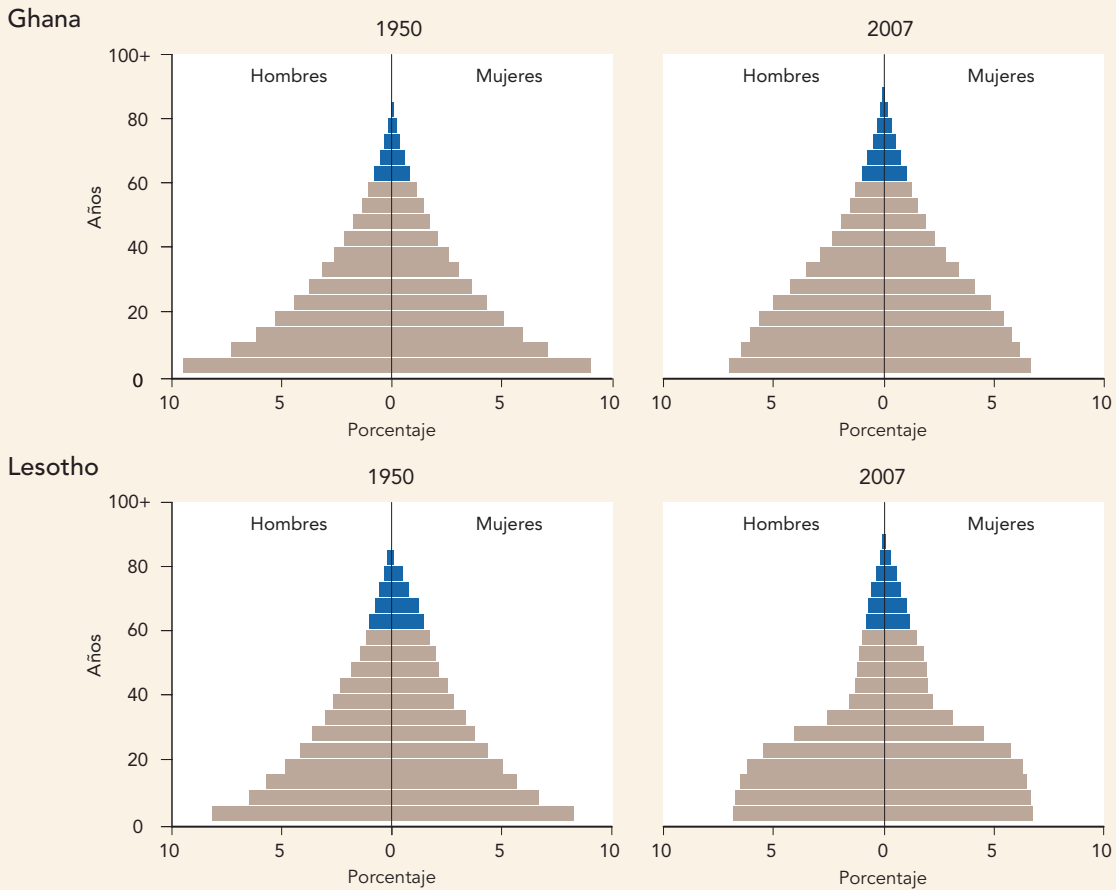
FIGURA 2.11 Expectativa de vida en el momento del nacimiento, regiones seleccionadas, 1950-1955 a 2005-2010



Fuente: División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas (2008), World Population Prospects: The 2006 Revision, <http://esa.un.org/unpp>

En los países con prevalencia elevada del VIH, la expectativa de vida ha descendido, de manera drástica en algunos casos. Se estima que, en África meridional, la expectativa de vida se ha reducido a los niveles observados por última vez en la década de 1950: en la actualidad es inferior a 50 años en la región en general, como se muestra en la Figura 2.11, e inferior a los 40 años en Zimbabwe (OMS, 2006). Los sostenidos avances logrados en la expectativa de vida en África oriental desde comienzos de la década de 1950 se estancaron a fines de la década de 1980, aunque se espera que la disminución en las prevalencias del VIH en algunos de los países de esta subregión genere un aumento de la expectativa de vida. En cambio, las epidemias de VIH comparativamente pequeñas de Europa occidental y Asia casi no afectaron las tendencias en la expectativa de vida en esas regiones.

FIGURA 2.12 Cambios en la estructura de la población: Ghana y Lesotho



Fuente: División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas (2008), World Population Prospects: The 2006 Revision, <http://esa.un.org/unpp>



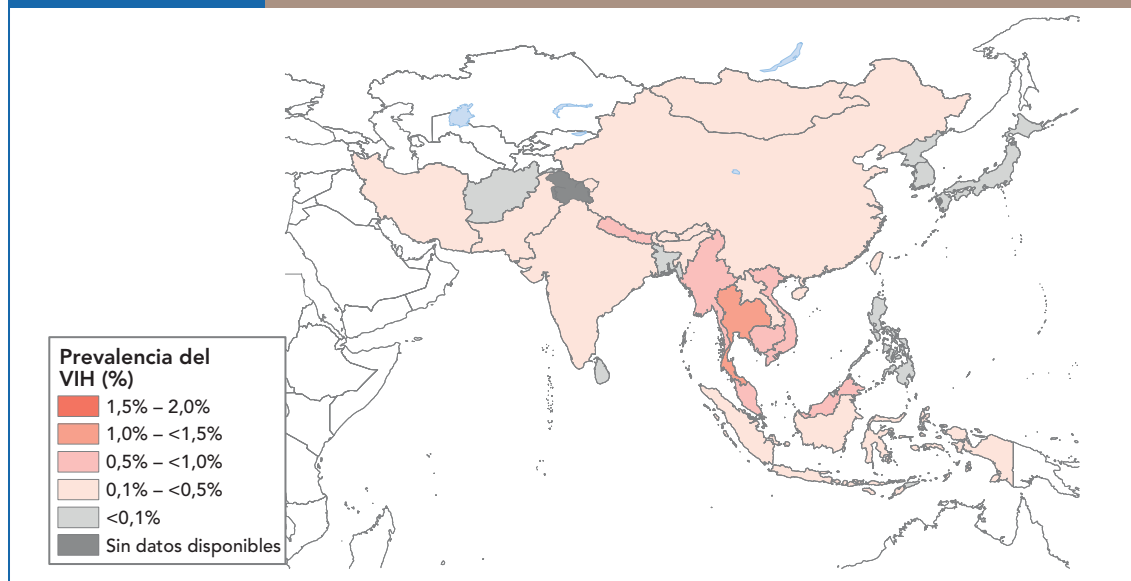
En África meridional, la combinación de los efectos de fallecimiento prematuro y menor fertilidad entre las mujeres VIH-positivas ha generado una disminución en las tasas de crecimiento demográfico y ha cambiado radicalmente la estructura de la población. En un país con prevalencia elevada como Lesotho, los grupos más afectados por el VIH son los bebés y niños pequeños, y el grupo de 30 a 50 años de edad. Normalmente, este último grupo constituye la porción más importante de la población económicamente activa y responsable de la crianza de los niños. Por el contrario, la pirámide poblacional en Ghana, donde los niveles de infección por el VIH son mucho más bajos, refleja una estructura más convencional en un país de ingresos bajos (Figura 2.12).

En Sudáfrica, el total de fallecimientos (por todas las causas) aumentó en un 87% entre 1997 y 2005 (Estadísticas de Sudáfrica, 2005; Estadísticas de Sudáfrica, 2006). Durante este período, las tasas de mortalidad han ascendido a más del triple para las mujeres de 20 a 39 años y más del doble para los hombres de 30 a 44, y se cree que al menos el 40% de esos fallecimientos son atribuibles al VIH (Dorrington et al., 2001; Bradshaw et al., 2004; Actuarial Society of South Africa, 2005; Consejo de Investigación Médica, 2005; Anderson y Phillips, 2006). La tasa de crecimiento demográfico en el país descendió del 1,25% en 2001-2002 a apenas más que el 0,97% en 2006-2007 (Estadísticas de Sudáfrica, 2007).

En Zimbabwe oriental, el impacto demográfico resultó más agudo de lo previsto a comienzos de la década de 1990. Debido a los efectos de la infección por el VIH en la fertilidad, la mortalidad precoz y el comportamiento, la fertilidad total es, hoy en día, un 8% menor de lo que habría podido esperarse sin una epidemia de VIH. En las zonas que sufrieron el mayor impacto (ciudades con prevalencia del VIH del 33% en 1998-2005), la tasa de crecimiento demográfico actualmente es inferior a lo que habría sido sin la epidemia (del 1% en vez del 2,9%) (Gregson et al., 2007). Según los registros parroquiales, entre 1991 y 2003, las tasas de mortalidad se triplicaron en Namibia septentrional (Timaeus y Siiskonen, 2004).

Mientras tanto, el número estimado de huérfanos maternos, paternos y dobles a causa del sida en Malawi, Sudáfrica y la República Unida de Tanzania ascendió de 1,2 millones en 2001 a 2,9 millones en 2007. No obstante, un estudio reciente no encontró pruebas de un aumento en la prevalencia de niños como cabezas de familia en estos tres países (Hosegood et al., 2007), lo que sugiere que, excepto una pequeña minoría de niños huérfanos, todos están siendo absorbidos por parientes, la comunidad y otras redes de apoyo.

Fuera de África subsahariana, el impacto demográfico tiende a ser menos grave porque la prevalencia del VIH es comparativamente menor. Aún así, en el Caribe, el sida es una de las principales causas de muerte en adultos entre 15 y 44 años de edad (Centro Epidemiológico del Caribe, OPS y OMS, 2004).

FIGURA 2.13 Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años) en Asia, 2007

Asia

Alrededor de 5,0 millones [4,1 millones–6,2 millones] de personas vivían con el VIH en Asia en 2007, incluidas las 380 000 [200 000–650 000] que se infectaron ese mismo año. Aproximadamente 380 000 [270 000–490 000] fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida. Los niveles nacionales de infección por el VIH son más elevados en Asia sudoriental (Figura 2.13), donde las tendencias de la epidemia son dispares.

Últimas tendencias epidemiológicas

Las epidemias en Camboya, Myanmar y Tailandia muestran una disminución en la prevalencia del VIH. En Camboya, la prevalencia nacional del VIH descendió del 2% en 1998 a alrededor del 0,9% en 2006 (Centro Nacional del VIH/Sida, Dermatología e ITS, 2007). Sin embargo, las epidemias en Indonesia (especialmente en la provincia de Papua), Pakistán y Viet Nam están creciendo a ritmo acelerado. Se estima que, en Viet Nam, el número de personas que viven con el VIH se elevó a más del doble entre 2000 y 2005 (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2005). Las nuevas infecciones por el VIH también aumentan en forma constante, aunque a un ritmo más lento,

en países densamente poblados como Bangladesh y China.

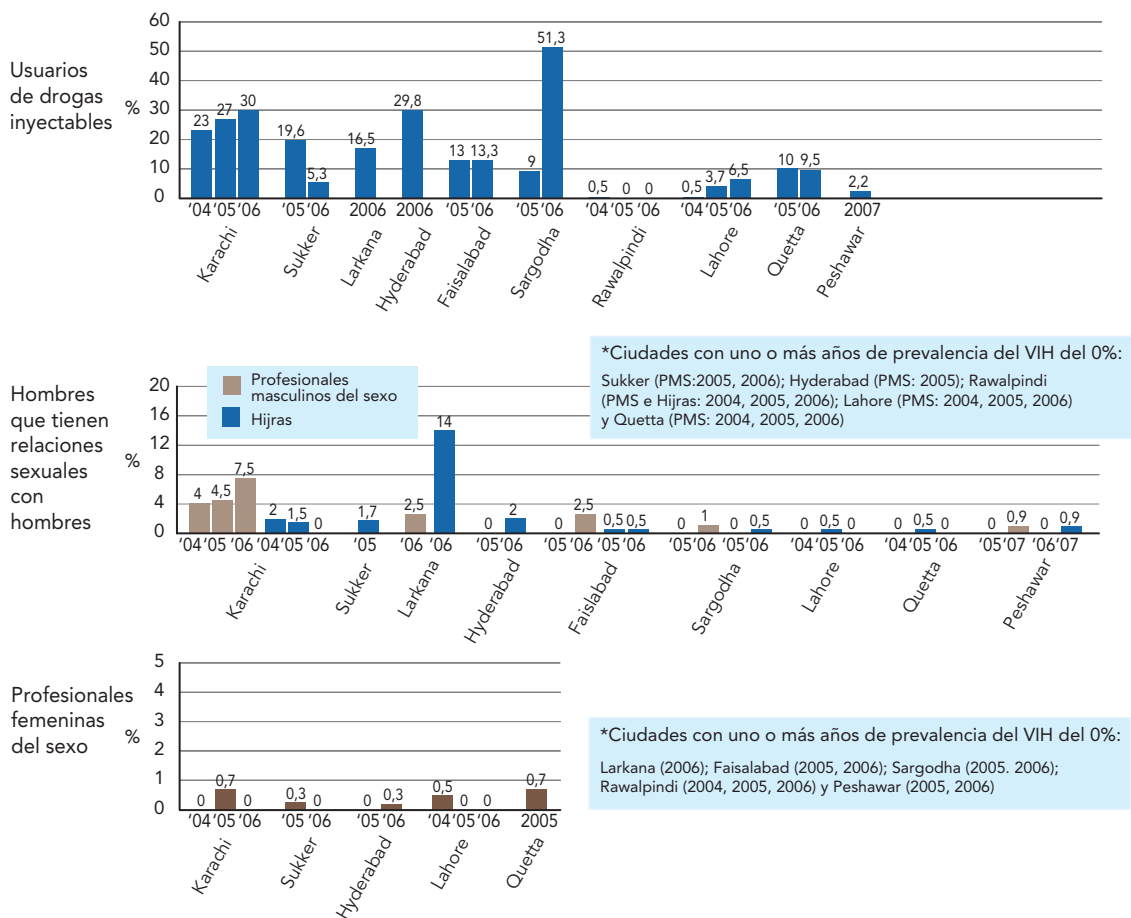
Principales vías de transmisión del VIH

Las diversas vías de transmisión del VIH hacen que la epidemia en Asia sea una de las más heterogéneas.

Uso de drogas inyectables

El uso de drogas inyectables constituye un factor de riesgo importante en las epidemias de varios países asiáticos. Se cree que apenas menos de la mitad de las personas que vivían con el VIH en China en 2006 se infectaron por utilizar equipos de inyección contaminados (Lu et al., 2006; Ministerio de Salud de China, 2006). Se han detectado altos niveles de infección entre los usuarios de drogas inyectables en el nordeste de India y en varias grandes ciudades fuera de esta región, incluida Tamil Nadu, donde, según se estima, el 24% de los consumidores de drogas estaban infectados en 2006 (Instituto Nacional de Salud y Bienestar Familiar y Organización Nacional para el Control del Sida, 2007). El uso de equipos de inyección contaminados (junto con las relaciones sexuales sin protección entre los usuarios de drogas inyectables y sus parejas habituales) es también la fuerza impulsora de la epidemia en Viet Nam (Tuang et

FIGURA 2.14 Prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres profesionales del sexo en Pakistán, 2004-2007*



Fuente: Ministerio de Salud de Pakistán. Vigilancia de segunda generación del VIH en Pakistán, Informe Nacional rondas I y II.

al., 2007) y en Malasia, donde más de dos tercios de las infecciones por el VIH hasta la fecha se han producido entre usuarios de drogas inyectables (Reid, Kamarulzaman y Sran, 2007).

Superposición del comercio sexual y el uso de drogas inyectables

Un número cada vez mayor de mujeres se inyecta drogas en China y, de éstas, una proporción considerable (alrededor del 56% en algunas ciudades) también venden sexo (Choi, Cheung y Chen, 2006; Liu et al., 2006). Muchos hombres usuarios de drogas inyectables también compran sexo y, con frecuencia, no utilizan preservativos (Hesketh et al., 2006). En una encuesta realizada

en Viet Nam en 2005-2006, por ejemplo, entre el 20% y el 40% de los usuarios de drogas inyectables (según la zona encuestada) manifestaron que habían pagado por tener relaciones sexuales en los 12 meses anteriores, y hasta el 60% expresaron que normalmente tenían relaciones sexuales con una pareja estable. Entre el 16% y el 36% informaron que usaban preservativos de manera sistemática con sus parejas habituales (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2006). La superposición del uso de drogas inyectables y el comercio sexual también representa un fenómeno que comienza a ser preocupante en India y Pakistán (Chandrasekaran et al., 2006; Ministerio de Salud de Pakistán, 2006). En la Figura 2.14 se muestra un ejemplo de la

complejidad en la dinámica de la transmisión para Pakistán.

La Figura 2.15 proyecta los efectos a largo plazo de la intersección entre el uso de drogas inyectables y el comercio sexual en Yakarta, Indonesia, una metrópolis en la que alrededor de 40 000 personas se inyectan drogas (Comisión sobre Sida en Asia, 2008). Si bien el desencadenante de la epidemia fue la transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectables, unos 15 años después, este grupo ya no representa la mayoría de las personas infectadas con el VIH. En Indonesia, la epidemia se propaga velozmente hacia las redes de comercio sexual (Estadística de Indonesia y Ministerio de Salud de Indonesia, 2006; Ministerio de Salud de Indonesia y Estadísticas de Indonesia, 2007).

El último brote de VIH se produjo en Afganistán, donde ahora también se inyectan narcóticos (normalmente, el opio se inhalaba o se ingería) (ONUDD, 2005). En Kabul, el 3% de los usuarios de drogas inyectables encuestados eran VIH-positivos, aunque este número bien puede crecer dado que la mitad de quienes participaron en la encuesta manifestaron haber compartido agujas o jeringas (Todd et al., 2007).

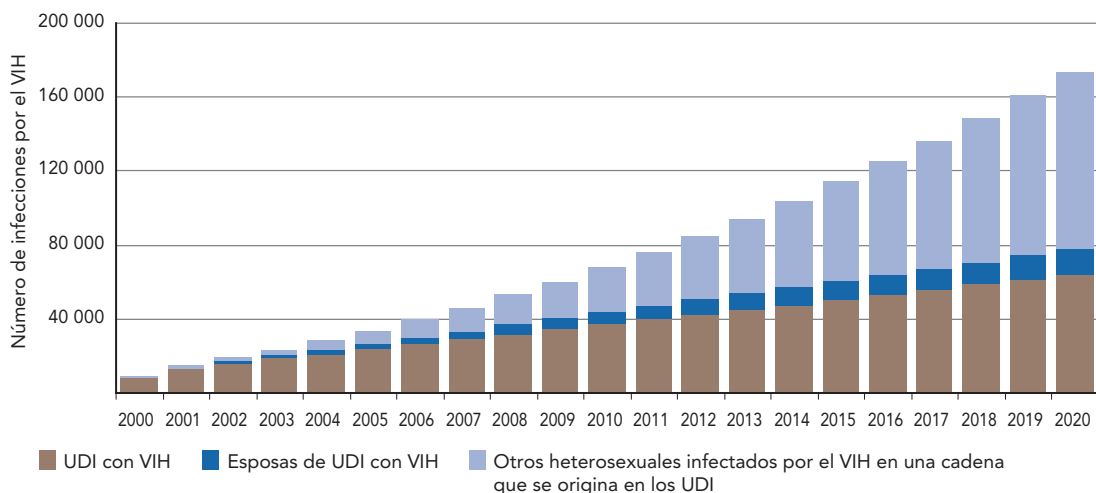
Comercio sexual

Las relaciones sexuales sin protección (remuneradas o de cualquier otro tipo) representan el factor de riesgo más importante para la propagación del VIH en varias partes de Asia. Las mujeres y niñas víctimas del tráfico sexual enfrentan riesgos especialmente elevados de infección por el VIH. Entre las mujeres sometidas a la explotación sexual que habían sido repatriadas a Nepal se encontró que la prevalencia del VIH era del 38%, mientras que hasta la mitad de las mujeres y niñas traficadas a Mumbai, India, a las que se hizo la prueba del VIH resultaron VIH-positivas (Silverman et al., 2006; Silverman et al., 2007). En el Estado de Karnataka, India, se encontró una prevalencia del VIH del 16% entre las profesionales del sexo que operaban en su domicilio, del 26% entre las profesionales que ejercían en la calle y del 47% entre las que trabajaban en prostíbulos (Ramesh et al., 2006).

En algunos países cuyas epidemias son impulsadas por el comercio sexual, el número de infecciones está disminuyendo debido, en parte, a un aumento en el uso de preservativos durante las relaciones sexuales remuneradas. En Camboya,

FIGURA 2.15

Número total proyectado de infecciones por el VIH en diversos grupos poblacionales en Yakarta, Indonesia, 2000-2020



Fuente: Proyecciones del Modelo de la Epidemia Asiática mediante el uso de datos de Yakarta.

por ejemplo, la disminución en la prevalencia del VIH se produjo al mismo tiempo que el uso sistemático de preservativos se elevó del 53% en 1997 al 96% en 2003 en Battambang, Kampong Cham, Phnom Penh, Siem Reap, y Sihanoukville (Gorbach et al., 2006). La prevalencia del VIH entre profesionales del sexo descendió en forma significativa —del 46% en 1998 al 21% en 2003— entre quienes operaban en prostíbulos, y del 44% al 8% —durante el mismo período— entre profesionales del sexo mayores de 20 años (Ministerio de Salud de Camboya, 2006). Tendencias similares se observaron en Tailandia y Tamil Nadu (en India meridional) durante la década pasada.

La grave epidemia en curso en la provincia de Papua, Indonesia, es algo anómala en Asia, dado que la transmisión del VIH parece deberse principalmente tanto a las relaciones sexuales sin protección con una pareja habitual como a las relaciones sexuales remuneradas. Una encuesta poblacional a nivel provincial realizada en 2006 arrojó una prevalencia del VIH en adultos del 2,4% (2,9% entre los hombres y 1,9% entre las mujeres). Dado que sólo el 14% de los hombres que compran sexo manifiestan que usan preservativos durante las relaciones sexuales con profesionales del sexo (Ministerio de Salud de Indonesia y Estadísticas de Indonesia, 2007), no sorprende que se hayan encontrado niveles elevados de infección por el VIH (14%-16%) entre profesionales del sexo en algunas partes de la provincia (Comisión Nacional del Sida de Indonesia, 2006).

Coito heterosexual

Si bien las relaciones sexuales remuneradas en Camboya ahora son menos peligrosas, los cónyuges y parejas habituales de las personas infectadas durante las relaciones sexuales remuneradas actualmente representan un porcentaje creciente de nuevas infecciones (Centro Nacional para el VIH/Sida, Dermatología e ITS, 2004). En forma semejante, la epidemia de Tailandia ha

disminuido pero se ha vuelto más heterogénea (Over et al., 2007) y el VIH está afectando cada vez a más personas tradicionalmente consideradas en menor riesgo de contraer la infección. En 2005, alrededor del 43% de las nuevas infecciones se produjeron entre mujeres, la mayoría de las cuales se contagiaron a través de sus esposos o de parejas que habían tenido relaciones sexuales sin protección o que habían utilizado equipos de inyección contaminados (OMS, 2007). En India, una proporción significativa de mujeres con VIH se infectaron a través de parejas habituales que habían pagado para tener relaciones sexuales (Lancet, 2006).

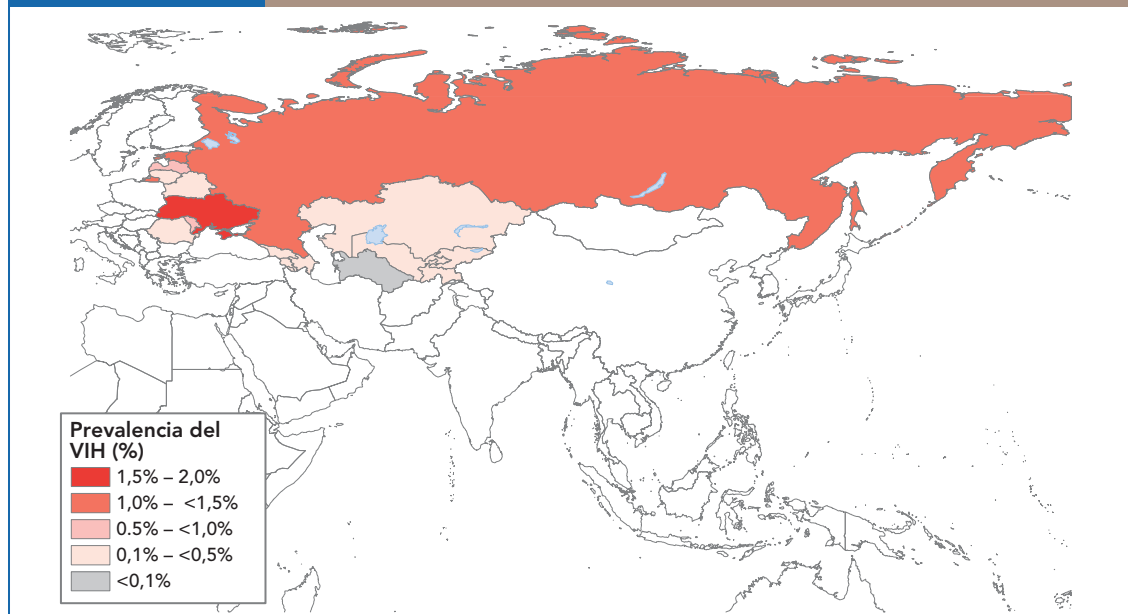
Relaciones sexuales entre hombres

Al igual que en la mayoría de las demás regiones del mundo, el coito anal sin protección entre hombres constituye un factor potencialmente significativo aunque poco investigado en las epidemias de VIH en Asia. En Bangkok, la prevalencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres ascendió del 17% en 2003 al 28% en 2005 (van Griensven et al., 2006), y se estima que hasta una de cada cinco (21%) de las nuevas infecciones producidas en Tailandia en 2005 podían atribuirse a las relaciones sexuales sin protección entre hombres (Gouws et al., 2006). Se ha estimado que en la epidemia más joven de China, hasta el 7% de las infecciones por el VIH podrían atribuirse a las relaciones sexuales sin protección entre hombres (Lu et al., 2006).

Los profesionales masculinos del sexo enfrentan un riesgo especialmente elevado de contraer la infección por el VIH. En Viet Nam, uno de cada tres (33%) profesionales masculinos del sexo reclutados de más de 70 lugares de la ciudad de Ho Chi Minh resultaron VIH-positivos (Nguyen et al., en imprenta). Algunos estudios anteriores realizados durante esta década documentaron elevados niveles de infección por el VIH entre profesionales del sexo transexuales de Yakarta, Indonesia, y Phnom Penh, Camboya, en 2003 (Girault et al., 2004; Pisani et al., 2004).

FIGURA 2.16

Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años) en Europa oriental y Asia central, 2007



Europa oriental y Asia central

El número estimado de personas que viven con el VIH en Europa oriental y Asia central se elevó a 1,5 millones [1,1 millones-1,9 millones] en 2007. De las personas infectadas, casi el 90% viven en la Federación de Rusia (69%) o en Ucrania (29%). Se estima que 110 000 [67 000-180 000] personas de esta región se infectaron con el VIH en 2007, mientras que unas 58 000 [41 000-88 000] fallecieron a causa del sida.

Últimas tendencias epidemiológicas

La epidemia de VIH en la Federación de Rusia (la más extensa ya en esta región) continúa creciendo, aunque aparentemente a un ritmo más lento que en Ucrania, donde la cantidad de diagnósticos anuales de VIH se ha elevado a más del doble desde 2001 (Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones, 2006, EuroHIV, 2007a). Las cifras anuales de nuevos casos comunicados de diagnósticos de VIH también están en aumento en Azerbaiyán, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, la República de Moldavia, Tayikistán y Uzbekistán, que en este momento padece la mayor epidemia de Asia central.

Principales vías de transmisión del VIH

Cada una de las epidemias de VIH de esta región se concentra en gran parte entre usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo y sus diversas parejas sexuales.

Uso de drogas inyectables

De los nuevos casos de VIH informados en esta región en 2006 para los cuales se cuenta con información sobre el modo de transmisión, alrededor del 62% se atribuyeron al uso de drogas inyectables.¹⁰ En la Federación de Rusia, la prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables varía entre el 3% en Volgograd y más del 70% en Biysk (Instituto Científico y de Investigación Epidemiológica Pasteur, 2005). La prevalencia también es elevada entre usuarios de drogas inyectables en Ucrania. Entre los miembros de este grupo encuestados en estudios nacionales de diagnóstico, la prevalencia aumentó del 11% en 2001 al 17% en 2006 (EuroHIV, 2007); además, se encontró una prevalencia local del VIH que alcanzó el 63% (Ministerio de Salud de Ucrania, 2007). Se han detectado niveles elevados de infección entre usuarios de drogas inyectables en Tashkent, Uzbekistán (30%, 2003-2004)

¹⁰ Los casos de VIH documentados oficialmente representan sólo a aquellas personas que han estado en contacto directo con el sistema de notificación del VIH del país. El número real de personas infectadas es considerablemente más alto.

(Sanchez et al., 2006; EuroHIV, 2007a); en Zlobin, Belarús (52%) (EuroHIV, 2007a); y en Kazajstán (Ministerio de Salud de Kazajstán et al., 2005).¹¹

Superposición del comercio sexual y el uso de drogas inyectables

La superposición de comercio sexual y uso de drogas inyectables cumple un papel destacado en la epidemia de la región. Por ejemplo, el 39% de las profesionales del sexo mujeres en el Óblast de Samara, Federación de Rusia (Servicios Internacionales de Población, 2007), el 37% en un estudio realizado en San Petersburgo (Benotsch et al., 2004) y hasta el 30% de los profesionales del sexo que participaron en otros estudios (Rhodes et al., 2004) manifestaron haberse inyectado drogas. En ningún lugar de esta región, las epidemias de VIH alcanzaron una etapa en la que pudieran evolucionar independientemente de la transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectables y profesionales del sexo.

Coito heterosexual

A medida que las epidemias de la región evolucionan, la proporción de mujeres infectadas con el VIH está en aumento. Alrededor del 40% de los nuevos casos de VIH registrados en 2006 en Europa oriental y Asia central correspondió a mujeres (EuroHIV, 2007a). En varias regiones de Ucrania central y oriental se informó una prevalencia del VIH excepcionalmente alta entre embarazadas. Tres regiones grandes y densamente pobladas informaron una prevalencia del VIH entre embarazadas que superaba el 1%, incluidos el Óblast de Odesa, el Óblast de Kiev y el Óblast de Mykolaev (Ministerio de Salud de Ucrania, 2008). La mayoría de estas mujeres probablemente contrajeron la infección durante relaciones sexuales con parejas infectadas por el uso de equipos contaminados de inyección de drogas (Scherbinska, 2006; EuroHIV, 2007a). Se estima que, en toda la región, alrededor del 35% de las mujeres VIH-positivas se infectaron mediante el uso de equipos de inyección contaminados y alrededor del 50% contrajeron el virus durante relaciones sexuales sin protección con parejas que se inyectaban drogas (EuroHIV, 2006a).

Relaciones sexuales entre hombres

En 2006, menos del 1% de los nuevos casos de VIH registrados (para los que se conocía el modo de transmisión) se atribuyeron a las relaciones sexuales sin protección entre hombres (EuroHIV 2007a). Probablemente se haya subestimado la importancia de esta vía de transmisión del virus. En la Federación de Rusia, la prevalencia del VIH encontrada en 2006 en este grupo de población osciló entre el 0,9% en Moscú (Smolskaya et al., 2004; Smolskaya, 2006) y el 9% en Nizhni Novgorod (Ladnaya, 2007). En un estudio realizado en Tashkent, Uzbekistán, en 2005, en hombres que tenían relaciones sexuales con hombres, el 11% resultó VIH-positivo (Ministerio de Salud de Uzbekistán, 2007), al igual que el 5% de sus pares en un estudio que se realizó en Georgia (EuroHIV, 2006b).

Caribe

Se estima que, en 2007, unas 230 000 [210 000–270 000] personas vivían con el VIH en el Caribe (alrededor de tres cuartos de estas personas en la República Dominicana y Haití), que unas 20 000 [16 000–25 000] personas se infectaron con el VIH en esta región y que unas 14 000 [11 000–16 000] fallecieron a causa del sida.

Últimas tendencias epidemiológicas

Los sistemas de vigilancia del VIH empleados en varios países del Caribe son todavía inadecuados, pero la información disponible indica que la mayoría de las epidemias de la región parecen haberse estabilizado, en tanto unas pocas se han reducido en las zonas urbanas. Esta tendencia es particularmente notable en la República Dominicana y Haití.

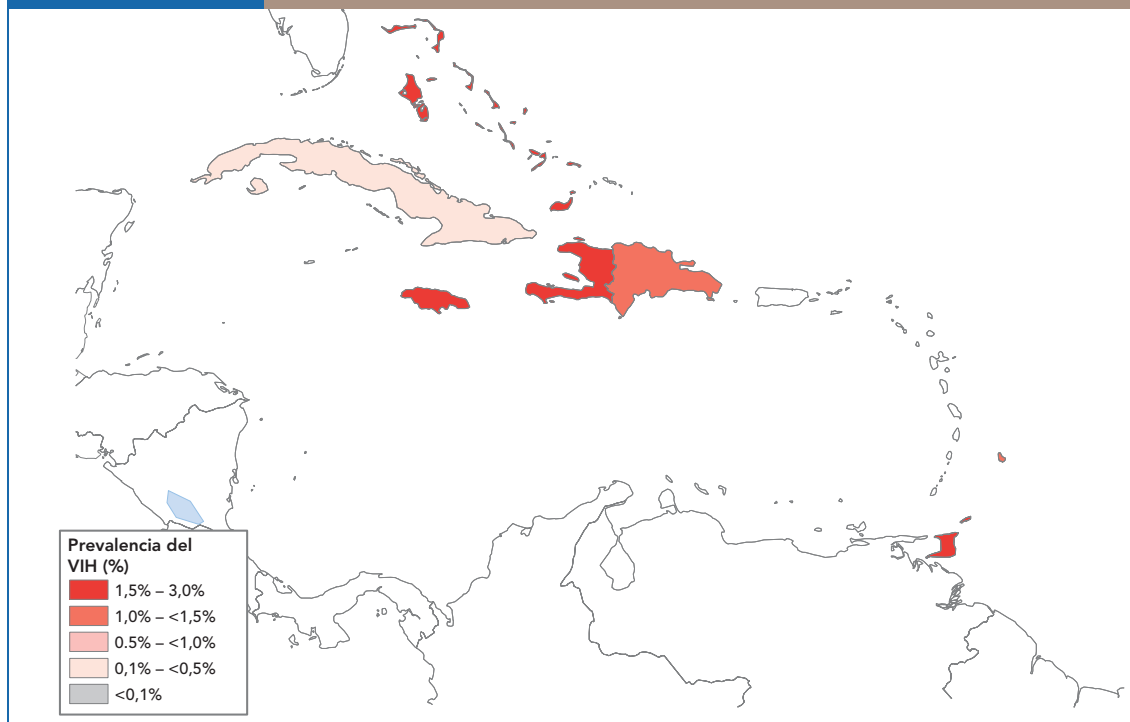
Principales vías de transmisión del VIH

En el Caribe, la principal vía de transmisión del VIH es el coito heterosexual sin protección, remunerado o de cualquier otro tipo. No obstante, las relaciones sexuales entre hombres, aunque

¹¹ No todos los países de esta región emplean la misma definición de “usuarios de drogas inyectables” o de “hombres que tienen relaciones sexuales con hombres”. Por lo tanto, este tipo de datos de la prevalencia no son necesariamente comparables entre los diferentes países.

FIGURA 2.17

Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años) en el Caribe, 2007



en general negadas por la sociedad, constituyen también un factor significativo en varias epidemias nacionales.

Coito heterosexual

En Haití, país que padece la mayor epidemia del Caribe, la prevalencia del VIH entre embarazadas atendidas en dispensarios prenatales disminuyó del 5,9% en 1996 al 3,1% en 2004 (Gaillard et al., 2006) y ha permanecido estable desde entonces (Ministerio de Salud Pública y de Población, 2007). Pese a que los cambios positivos en el comportamiento parecen haber sido, al menos en parte, responsables de este descenso (Cayemittes et al., 2006; Gaillard et al., 2006; Hallett et al., 2006), se han documentado niveles importantes de comportamientos de alto riesgo en las zonas rurales de Haití y entre los jóvenes (Cayemittes et al., 2006; Centro de Evaluación e Investigación Aplicada y Family Health International, 2006; Gaillard et al., 2006).

Comercio sexual

La prevalencia del VIH ha disminuido en la República Dominicana y las encuestas han revelado que son más los profesionales del sexo que están protegiéndose (y protegiendo a sus clientes) contra la infección por el VIH, en especial en los principales centros turísticos y urbanos (Kerrigan et al., 2006). Entre las profesionales del sexo mujeres, se han documentado prevalencias del VIH del 9% en Jamaica y del 31% en Guyana (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana, 2005, Allen et al., 2006; Gebre et al., 2006; Gupta et al., 2006, Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Relaciones sexuales entre hombres

Una de cada ocho (12%) infecciones por el VIH notificadas en la región se produjeron a través de relaciones sexuales sin protección entre hombres (Comisión Caribeña de Salud y Desarrollo, 2005; Inciardi et al., 2005). Las relaciones sexuales entre hombres constituyen la principal vía de transmisión del VIH en Cuba —donde el 80% de

todos los casos de VIH notificados corresponden a hombres (Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/Sida, 2006)— y en Dominica, donde casi tres cuartos (71%) de las 319 infecciones por el VIH informadas hasta la fecha se han producido en hombres (Ministerio de Salud y Seguridad Social de Dominica, 2007). Algunos estudios han hallado una prevalencia del 20% entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Trinidad y Tobago (Lee et al., 2006), del 21% en la Región de Guyana (Ministerio de Salud de Guyana, 2005) y del 11% en la República Dominicana (Toro-Alfonso y Varas-Díaz, 2008).¹²

América Latina

En esta región, el total estimado de nuevas infecciones por el VIH en 2007 fue de 140 000 [88 000-190 000] y, en consecuencia, el número de personas que viven con el VIH asciende a 1,7 millones [1,5 millones-2,1 millones]. Según las estimaciones, aproximadamente 63 000 [49 000-98 000] personas fallecieron a causa del sida durante el pasado año.

Últimas tendencias epidemiológicas

Los niveles generales de infección por el VIH en América Latina apenas han variado durante la última década.

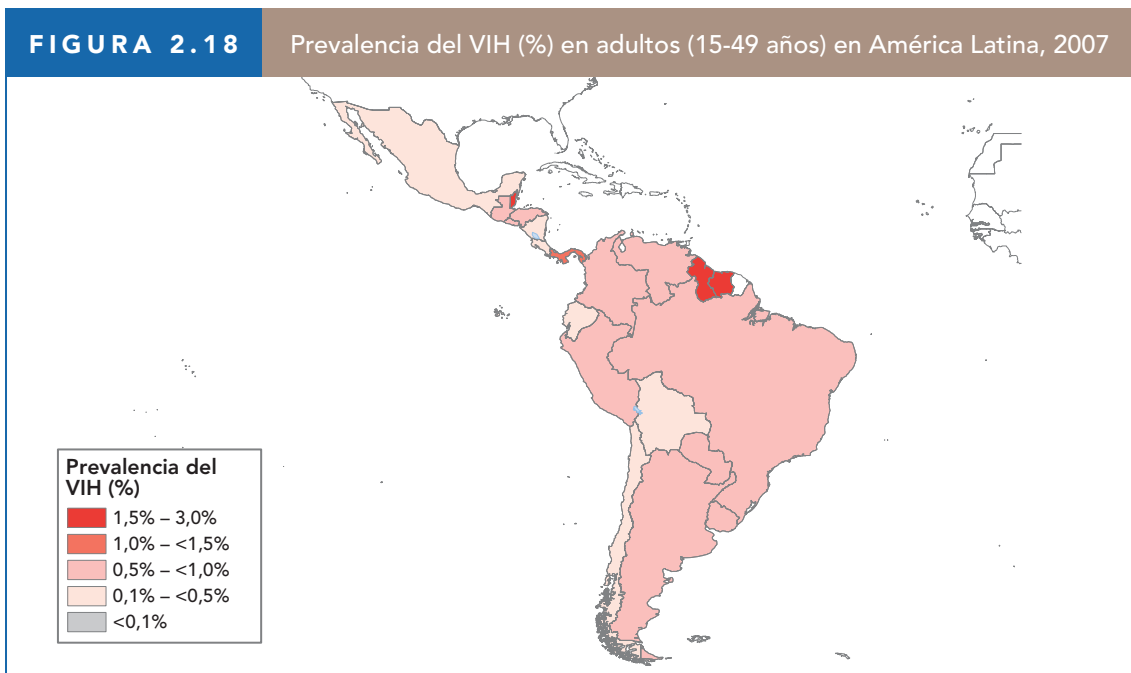
Principales vías de transmisión del VIH

La transmisión del VIH en esta región se da principalmente entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo y, en menor medida, entre usuarios de drogas inyectables.

Relaciones sexuales entre hombres

Se ha documentado una elevada prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en varios países:

- 18%–22% en Perú, en estudios realizados entre 1996 y 2002 (Ministerio de Salud de Perú, 2006; Sanchez et al., 2007);
- 14% en Buenos Aires, Argentina, en 2000–2001 (Pando et al., 2006);
- 22% en Montevideo, Uruguay (Montano et al., 2005);



¹² Dado que el nivel y la naturaleza de los comportamientos de riesgo vinculado al VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres a veces difieren de un estudio a otro, las comparaciones directas entre este tipo de datos sobre la prevalencia no necesariamente son válidas.



- 15% en cuatro ciudades bolivianas y en Quito, Ecuador (Montano et al., 2005); y
- 10%–25% en algunas ciudades de Colombia (Mejía et al., 2006; Ministerio de la Protección Social de Colombia y ONUSIDA Grupo Temático, 2006).

La investigación ha develado epidemias ocultas de VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en varios países centroamericanos, incluidos Belice, México, Nicaragua y Panamá (Magis et al., 2006; Soto et al., 2007). Más de la mitad (57%) de los diagnósticos de VIH realizados hasta la fecha en México han sido atribuidos a las relaciones sexuales sin protección entre hombres (Bravo-García, Magis-Rodríguez y Saavedra, 2006). En esos países (a excepción de Panamá), entre un cuarto y un tercio de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también tienen relaciones sexuales con mujeres y, entre el 30% y el 40% de esos hombres manifestaron que habían tenido relaciones sexuales sin protección tanto con hombres como con mujeres durante el mes anterior (Soto et al., 2007).

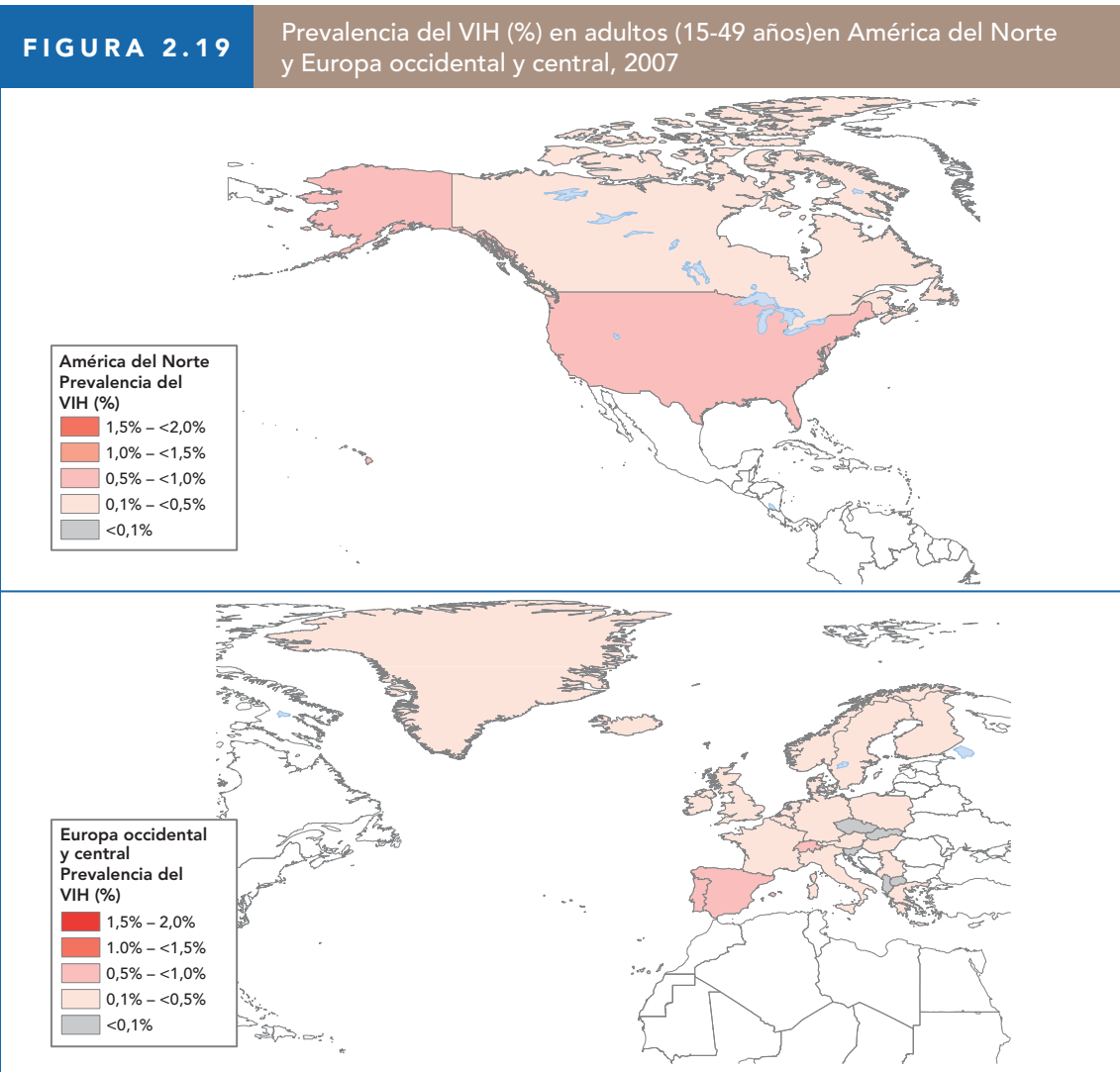
Comercio sexual

En toda América del Sur, los niveles de infección por el VIH entre mujeres profesionales del sexo tienden a ser mucho más bajos que los registrados entre hombres que tienen relaciones sexuales con

hombres (Bautista et al., 2006a). Se encontró una prevalencia del VIH del 10% entre las profesionales del sexo en Honduras, del 4% en Guatemala y del 3% en El Salvador (Soto et al., 2007). Sin embargo, indicios recientes señalan una marcada disminución de la prevalencia entre mujeres profesionales del sexo en Honduras, donde los esfuerzos de promoción del uso de preservativos se intensificaron en los últimos años. (Secretaría de Salud de Honduras et al., 2007a; Secretaría de Salud de Honduras et al., 2007b).

Uso de drogas inyectables

La transmisión del VIH como resultado del uso de drogas inyectables aún sigue siendo importante en varias de las epidemias de América del Sur. A nivel regional, esta vía de transmisión parece ser responsable de un número menor de nuevas infecciones que el registrado anteriormente. En Argentina, el uso de drogas inyectables representó sólo alrededor del 5% de las nuevas infecciones por el VIH en Buenos Aires entre 2003 y 2005 (Cohen, 2006), y los niveles de infección por el VIH entre los usuarios de drogas inyectables descendieron en algunas ciudades brasileñas (Fonseca et al., 2006; Okie, 2006; Rossi et al., 2006). La transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables en las capitales de Paraguay (12% de VIH-positivos en diversas encuestas) y de Uruguay (19% de VIH-positivos) ha sido notable



(IDES et al., 2005; Programa Nacional del Sida de Paraguay, 2006).

Coito heterosexual

Cifras cada vez mayores de mujeres se infectan en varios países de la región, entre ellos, Argentina, Brasil, Perú y Uruguay (Ministerio de Salud de Perú, 2005, Programa Nacional de Lucha contra el Sida de Argentina, 2005; Cohen, 2006; Martínez et al., 2006; Dourado et al., 2007). En Uruguay, por ejemplo, se cree que las relaciones sexuales sin protección (en su mayoría heterosexuales) contribuyen con alrededor de los dos tercios de los nuevos casos de VIH

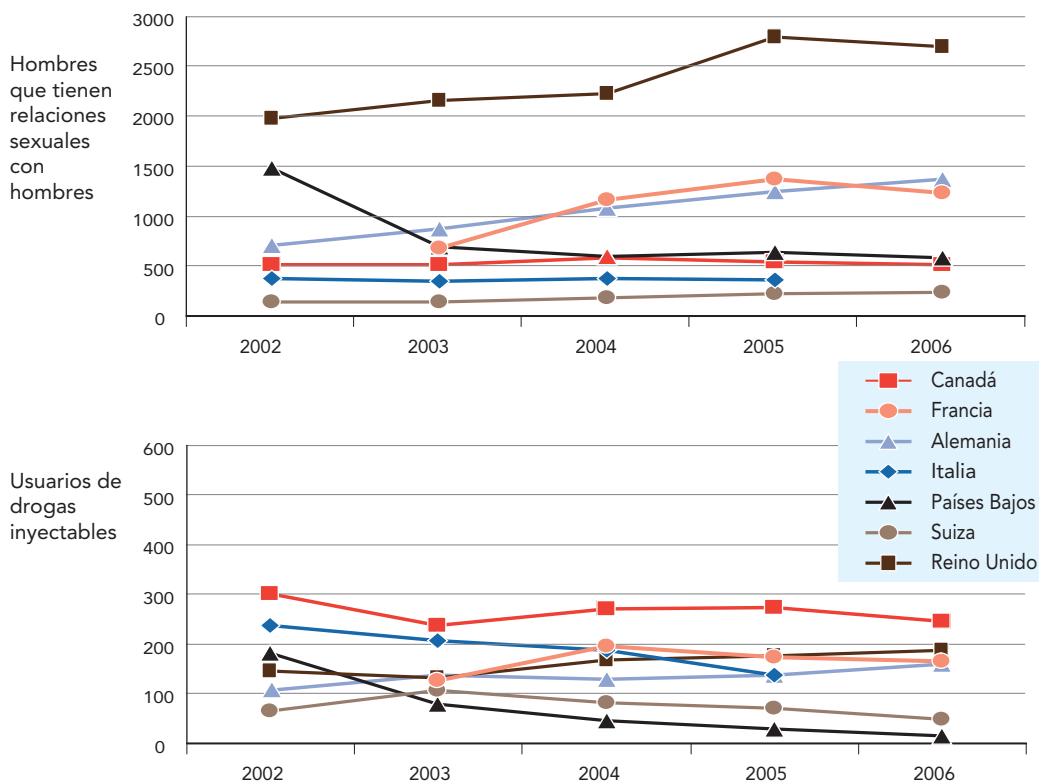
notificados (Montano et al., 2005). La mayoría de las mujeres se infectan a través de sus parejas sexuales masculinas, que habían contraído el VIH durante relaciones sexuales sin protección con otro hombre o del uso de equipos de inyección de drogas contaminados (Ministerio de Salud de Perú, 2005; Cohen, 2006; Silva y Barone, 2006).

América del Norte, Europa occidental y central

Se estima que, de los 2,0 millones [1,4 millones-2,8 millones] de personas que vivían con el VIH en América del Norte y en Europa occidental y

FIGURA 2.20

Nuevas infecciones por el VIH diagnosticadas en usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, por país y por año de notificación, 2002-2006



(1) Organismo Canadiense de Salud Pública. HIV and AIDS in Canada. Selected Surveillance Tables to June 30, 2007. División de Vigilancia y Evaluación de Riesgos, Centro para la Prevención y el Control de Enfermedades Infecciosas, Organismo Canadiense de Salud Pública, 2007. (2) Epidemiologisches Bulletin (5. Oktober 2007/ Sonderausgabe B aktuelle daten und informationen zu infektionskrankheiten und public health). (3) Grupo de Colaboración del Reino Unido de Vigilancia del VIH y las ITS. Testing Times. HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom: 2007. Londres: Organismo de Protección de la Salud, Centro de Infecciones. Noviembre de 2007. (4) EuroHIV. HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2006. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2007. No. 75. (5) EuroHIV. HIV/AIDS surveillance in Europe: Mid-year report 2007. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2007. No. 76.

central en 2007, viven en los Estados Unidos de América alrededor de 1,2 millones [690 000-1,9 millones]. En esas regiones en conjunto, 81 000 [30 000-170 000] personas se infectaron con el VIH en 2007. Comparativamente, fueron pocas —31 000 en un intervalo de 16 000-67 000— las personas que fallecieron a causa del sida el año pasado.

Últimas tendencias epidemiológicas

En América del Norte, las cifras anuales de nuevos diagnósticos de VIH han permanecido relativamente estables en los últimos años, pero el acceso al tratamiento antirretrovírico ha generado un incremento en el número estimado de personas que viven con el VIH (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2006; Centros Estadounidenses para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2007).¹³ En Europa occidental,

¹³ Este análisis se basa principalmente en los diagnósticos de VIH comunicados. Una limitación significativa de utilizar los diagnósticos anuales de VIH para supervisar la epidemia es que este indicador no refleja la incidencia total (ya que puede incluir infecciones que se produjeron varios años antes) y sólo tiene en cuenta a las personas que se han sometido a la prueba. Por consiguiente, las tendencias del VIH basadas en los casos notificados pueden estar sesgadas por cambios en la aceptación de las pruebas o en el patrón de notificación. En la medida de lo posible, el presente análisis alerta a los lectores de los casos en que se han producido tales cambios.

los nuevos diagnósticos están en aumento, como ocurre también con el número total de personas que viven con el VIH (esto último también debido al acceso generalizado al tratamiento antirretrovírico).

Principales vías de transmisión del VIH

Estos países de ingresos altos padecen epidemias heterogéneas, aunque sus perfiles epidemiológicos se diversificaron a medida que la epidemia evolucionó. Por lo general, los casos de nuevas infecciones generadas por el uso de drogas inyectables son menos que antes.

Relaciones sexuales entre hombres

Las relaciones sexuales sin protección entre hombres continúa siendo la vía principal de transmisión del VIH tanto en Canadá como en los Estados Unidos (el 40% de los nuevos diagnósticos en Canadá en 2006 y el 53% en los EE.UU. en 2005) (Organismo Público de Salud de Canadá, 2007; Centros Estadounidenses para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2007). Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres continúan siendo el grupo poblacional más expuesto al riesgo de contraer el VIH en los países de Europa occidental. De hecho, el número de nuevos diagnósticos de VIH atribuidos a las relaciones sexuales sin protección entre hombres ha ascendido drásticamente en los últimos años en Europa occidental; este aumento parece estar asociado con los incrementos informados de relaciones sexuales sin protección entre hombres en varios países (Dodds et al., 2004; Balthasar, Jeannin y Dubois-Arber 2005; Moreau-Gruet, Dubois-Arber y Jeannin, 2006; Hamouda et al., 2007) En Alemania, por ejemplo, el número de nuevos diagnósticos de VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se incrementó en un 96% (a 1370) entre 2002 y 2006 (Instituto Robert Koch, 2007).

Coito heterosexual

Alrededor de un tercio (32%) de los nuevos casos de infección por VIH y de sida diagnosticados en los Estados Unidos en 2005 eran atribuibles

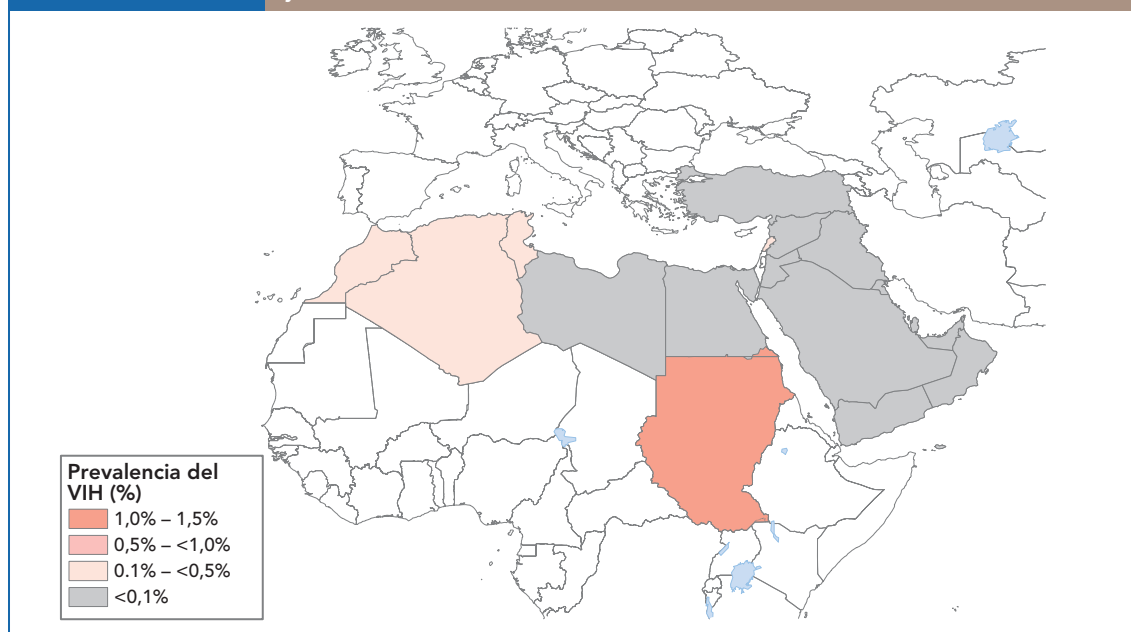
al coito heterosexual de alto riesgo (Centros Estadounidenses para el Control y la Prevención de enfermedades, 2007), al igual que el 33% de las nuevas infecciones producidas en 2006 en Canadá. Sin embargo, en este país, una proporción muy importante de esas infecciones ocurrieron en personas nacidas en países con elevada prevalencia del VIH (principalmente en África subsahariana y el Caribe) (Boulos et al., 2006; Organismo de Salud Pública del Canadá, 2007). Se observó una situación similar en Europa occidental, donde el coito heterosexual sin protección fue responsable de la mayor parte (42%) de los nuevos casos de diagnóstico del VIH en Europa occidental en 2006 (en comparación con el 29% atribuido a las relaciones sexuales sin protección entre hombres). El coito heterosexual sin protección es la vía de transmisión más importante comunicada en la mayoría de los países de Europa central, a excepción de Estonia, Letonia, Lituania y Polonia, donde la vía principal es el uso de drogas inyectables, y de Croacia, la República Checa, Hungría y Eslovenia, donde la vía principal son las relaciones sexuales sin protección entre hombres (Hamers, 2006; Rosinska, 2006; Brucková et al., 2007; EuroHIV, 2007a).

Uso de drogas inyectables

La transmisión por el uso múltiple de equipos de inyección contaminados es la causa del 18% de los nuevos casos de diagnóstico de VIH en los Estados Unidos (2005) y del 19% en Canadá (2006) (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2007; Centros Estadounidenses para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2007). En Europa occidental, la proporción de diagnósticos de VIH relacionados con el uso de equipos de inyección contaminados en 2006 fue disminuyendo (6%) (EuroHIV, 2007b). En Dinamarca y los Países Bajos, el número de nuevos diagnósticos del VIH entre usuarios de drogas inyectables descendió, respectivamente, en un 72% y un 91% en el período 2002-2006 (EuroHIV, 2007b). Los nuevos diagnósticos de VIH entre usuarios de drogas inyectables también han disminuido en Europa central (EuroHIV, 2007b).

FIGURA 2.21

Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años) en Oriente Medio y África del Norte, 2007



Oriente Medio y África del Norte

La limitada información sobre el VIH disponible para el Oriente Medio y África del Norte indica que alrededor de 380 000 [280 000-510 000] personas vivían con el VIH en 2007, incluidas las 40 000 [20 000-66 000] personas infectadas con el virus el año anterior.

Últimas tendencias epidemiológicas

A excepción de Sudán, las epidemias en esta región son comparativamente pequeñas.

Principales fuentes de transmisión del VIH

Son diversas las combinaciones de factores de riesgo que se asocian con la epidemia, entre las más importantes pueden mencionarse las relaciones sexuales remuneradas sin protección y el uso de equipos contaminados de inyección de drogas (Obermeyer, 2006).

Uso de drogas inyectables

La República Islámica de Irán padece una grave epidemia relacionada con la droga, con una

prevalencia del VIH documentada entre usuarios de drogas inyectables hombres que utilizan los servicios de acogida y consulta o de tratamiento para las adicciones en Teherán que oscila entre el 15% y el 23% (Zamani et al., 2005; Zamani et al., 2006). La exposición a equipos contaminados de inyección de drogas también constituye la vía principal de transmisión del VIH en la Jamahiriya Árabe Libia y en Túnez, y aparece como factor importante en las epidemias de Argelia, Marruecos y la República Árabe Siria (Kilani et al., 2003; Ministerio de Salud y Educación Médica de Irán, 2005; Mimouni y Remaoun, 2006; Obermeyer, 2006).

Superposición del comercio sexual y el uso de drogas inyectables

Es posible que la combinación del uso de drogas inyectables y el comercio sexual esté facilitando la propagación del VIH en Argelia, Egipto, Líbano y la República Árabe Siria, donde un tercio o más de los usuarios de drogas inyectables encuestados manifestaron haber comprado o vendido sexo hacía poco tiempo. En la República Árabe Siria,

más de la mitad (53%) de los consumidores de drogas entrevistados en un estudio dijeron que vendían sexo, y el 40% de esos usuarios manifestaron que nunca usaban preservativos (Ministerio de Salud de Siria et al., 2007).

Coito heterosexual

El coito heterosexual sin protección es el factor principal en la epidemia de Sudán —la más extensa de la región—, con una prevalencia del VIH en adultos en 2007 estimada en el 1,4% [1,0%-2,0%]. En otros países, la cantidad de diagnósticos de VIH en mujeres está en aumento; la mayoría de estas mujeres han sido infectadas por sus maridos o sus novios, que contrajeron el VIH al inyectarse drogas o durante relaciones sexuales remuneradas. En Marruecos, por ejemplo, un tercio (33%) de las mujeres a las que se diagnosticó sida estaban casadas (Ministerio de Salud de Marruecos, 2007).

Relaciones sexuales entre hombres

Aunque enfrentan el rechazo social y la censura oficial en toda la región, las relaciones sexuales sin protección entre hombres probablemente

constituyan un factor en varias de las epidemias de la región. Un estudio reciente llevado a cabo en Egipto, por ejemplo, encontró que el 6,2% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres estaban infectados por el VIH (Ministerio de Salud de Egipto et al., 2006), mientras que en el Estado de Khartoum, Sudán, la prevalencia encontrada para el mismo grupo fue del 9% (Elrashied, 2006).

Oceanía

Se estima que, en total, 74 000 [66 000-93 000] personas vivían con el VIH en Oceanía en 2007, de las cuales 13 000 [12 000-15 000] se habían infectado ese mismo año.

Últimas tendencias epidemiológicas

La mayoría de las epidemias de la región son pequeñas, excepto en Papua Nueva Guinea, donde el número anual de nuevos diagnósticos de VIH aumentó a más del doble entre 2002 y 2006, cuando se notificaron 4017 nuevos casos de VIH (Secretaría del Consejo Nacional del Sida de Papua Nueva Guinea, 2007).

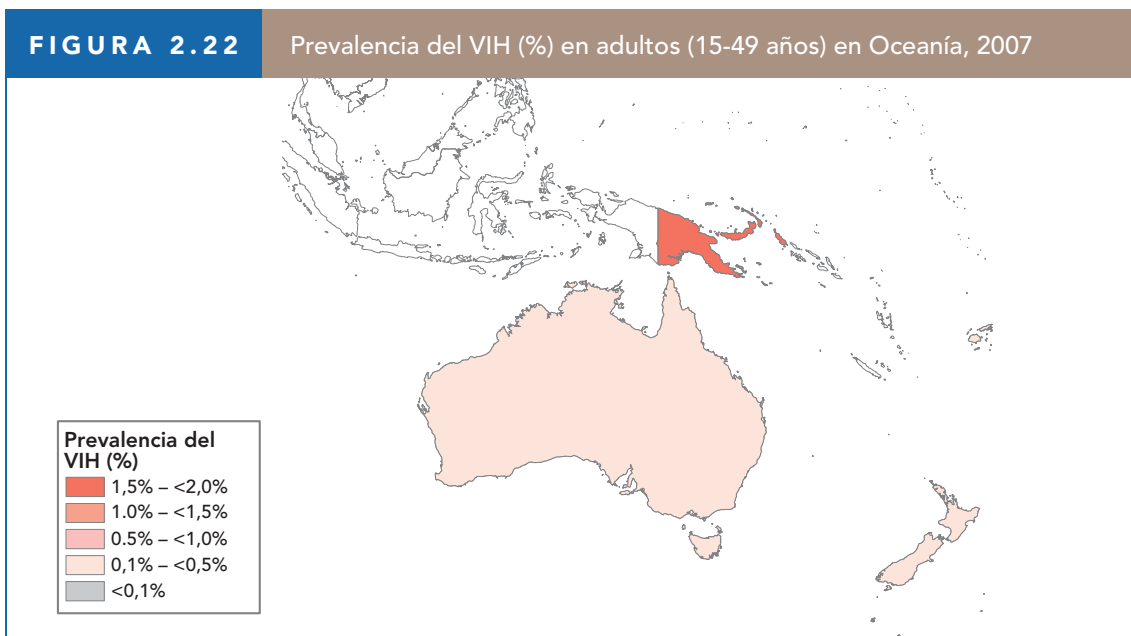
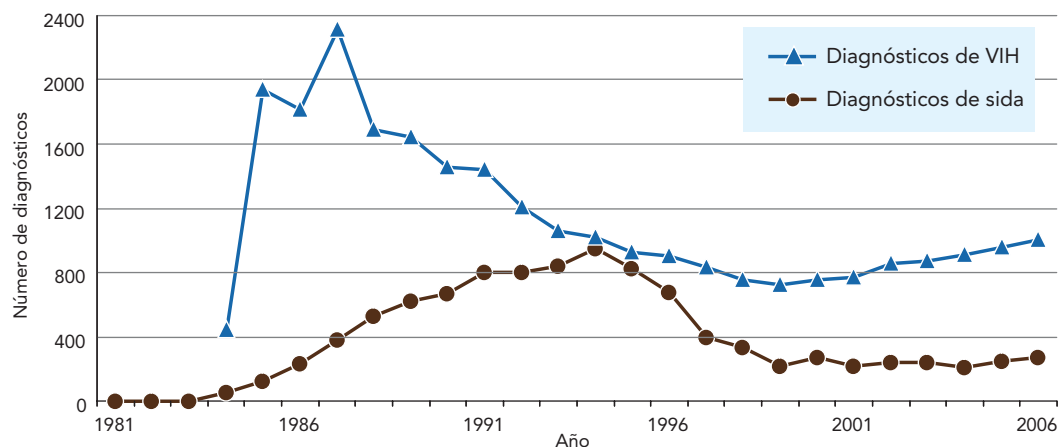


FIGURA 2.23

Diagnósticos anuales de infección por el VIH y de sida en Australia, 1981-2006



Fuente: Centro Nacional en Epidemiología e Investigación Clínica de VIH, 2007. Datos disponibles en [http://www.nchechr.unsw.edu.au/NCHECRweb.nsf/resources/SurvRep07/\\$file/ASR2007.PDF](http://www.nchechr.unsw.edu.au/NCHECRweb.nsf/resources/SurvRep07/$file/ASR2007.PDF)

Principales fuentes de transmisión del VIH

Coito heterosexual

El coito heterosexual sin protección es la vía principal de transmisión del VIH en Papua Nueva Guinea (Proyecto Nacional de Apoyo al VIH/Sida, 2006; Secretaría del Consejo Nacional del Sida de Papua Nueva Guinea y Proyecto Nacional de Apoyo al VIH/Sida, 2007), y las relaciones sexuales remuneradas sin protección, en particular, parecen ser un factor clave. En una encuesta reciente, entre el 60% y el 70% de los camioneros y el personal militar, y el 33% de los trabajadores portuarios manifestaron haber comprado sexo durante el año anterior (Secretaría del Consejo Nacional del Sida de Papua Nueva Guinea y Proyecto Nacional de Apoyo al VIH/Sida, 2007). Los estudios de base comunitaria realizados en 10 provincias han revelado que el 40% de los participantes estaban infectados con al menos una infección de transmisión sexual (Instituto de Investigación Médica, 2007).

Relaciones sexuales entre hombres

Las relaciones sexuales sin protección entre hombres constituyen la principal causa de infección por el VIH en Australia (Centro Nacional en Epidemiología e Investigación Clínica del VIH, 2007a) y Nueva Zelanda (Ministerio de Salud de Nueva Zelanda, 2007). Después de haber disminuido drásticamente en la década de 1990, los nuevos diagnósticos de VIH han vuelto a aumentar en Australia: de los 763 notificados en 2000 a 998 notificados en 2006 (Figura 2.23). Los datos indican que, en los últimos años, la prevalencia de relaciones sexuales sin protección entre hombres ha aumentado o permanecido en niveles elevados en varias ciudades, incluidas Adelaide, Brisbane, Canberra, Perth (Centro Nacional de Epidemiología e Investigación Clínica del VIH, 2007b) y Sydney (Prestage et al., 2006). Las relaciones sexuales sin protección entre hombres podrían también ser un factor en la epidemia de Papua Nueva Guinea. Al ser encuestados, más de uno cada 10 (12%) hombres jóvenes manifestaron haber tenido relaciones sexuales con hombres y rara vez habían usado preservativos (Maibani-Michie y Yeka, 2005).