

Situación de la epidemia de **SIDA**

Diciembre de 2005



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

ACNUR • UNICEF • PMA • PNUD • UNFPA
ONUDD • OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL



**Organización
Mundial de la Salud**

ONUSIDA/OMS – 2005
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)
Organización Mundial de la Salud (OMS)

ONUSIDA/05.19S (versión española, diciembre de 2005)

Versión original inglesa, UNAIDS/04.45E, diciembre de 2005 :
AIDS epidemic update: December 2005
Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS) 2005.

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas conjuntamente por el ONUSIDA y la OMS pueden obtenerse solicitándolas al Centro de Información del ONUSIDA. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones del ONUSIDA –sea con fines comerciales o no– también deben dirigirse al Centro de Información por correo a la dirección indicada más abajo, por fax (+41 22 791 4187) o por correo electrónico (publicationpermissions@unaids.org).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA o de la

OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el ONUSIDA o la OMS los aprueben o recomienden con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

El ONUSIDA y la OMS no garantizan que la información contenida en la presente publicación sea completa y correcta, y no se responsabilizan de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

ONUSIDA.
Situación de la epidemia de SIDA : 2005.

“ONUSIDA/05.19S”.

1.Infecciones por VIH – epidemiología. 2.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – epidemiología. 3.Brotes de enfermedad. I.Título.

ISBN 92 9 173459 4

(Clasificación NLM: WC 503.41)

Situación de la epidemia de SIDA

Informe especial sobre la prevención del VIH

Diciembre de 2005



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

ACNUR • UNICEF • PMA • PNUD • UNFPA
ONUDD • OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL



**Organización
Mundial de la Salud**

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN MUNDIAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA, DICIEMBRE DE 2005	1
---	---

INTRODUCCIÓN	2
--------------	---

INTENSIFICAR LA PREVENCIÓN: EL CAMINO AL ACCESO UNIVERSAL	6
---	---

ÁFRICA SUBSAHARIANA	17
---------------------	----

ASIA	31
------	----

EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	47
--------------------------------	----

CARIBE	57
--------	----

AMÉRICA LATINA	63
----------------	----

AMÉRICA DEL NORTE, EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL	69
--	----

ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE	75
----------------------------------	----

OCEANÍA	79
---------	----

MAPAS	82
-------	----

Estimaciones mundiales para adultos y niños, final de 2005	83
--	----

Número estimado de adultos y niños que vivían con el VIH a final de 2005	84
--	----

Número estimado de nuevos casos de infección por el VIH en adultos y niños en 2005	85
--	----

Número estimado de defunciones causadas por el SIDA en adultos y niños durante 2005	86
---	----

BIBLIOGRAFÍA	87
--------------	----

AGRADECIMIENTOS

La presente actualización de la situación de la epidemia de SIDA correspondiente a 2005 es un informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Incluye aportaciones del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Hein Marais.

Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2005





Personas que vivían con el VIH en 2005	Total	40,3 millones (36,7 – 45,3 millones)
	Adultos	38,0 millones (34,5 – 42,6 millones)
	Mujeres	17,5 millones (16,2 – 19,3 millones)
	Menores de 15 años	2,3 millones (2,1 – 2,8 millones)
Nuevas infecciones por el VIH en 2005	Total	4,9 millones (4,3 – 6,6 millones)
	Adultos	4,2 millones (3,6 – 5,8 millones)
	Menores de 15 años	700 000 (630 000 – 820 000)
Defunciones causadas por el SIDA en 2005	Total	3,1 millones (2,8 – 3,6 millones)
	Adultos	2,6 millones (2,3 – 2,9 millones)
	Menores de 15 años	570 000 (510 000 – 670 000)

Los intervalos de las estimaciones presentadas en este cuadro, que están basadas en la mejor información disponible, definen los márgenes dentro de los cuales se encuentran los datos reales.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se ha cobrado la vida de más de 25 millones de personas desde que fue identificado por primera vez en 1981, cosa que lo convierte en una de las epidemias más destructivas en los anales de la historia. A pesar de las recientes mejoras en el terreno del acceso al tratamiento antirretrovírico y la atención en muchas regiones del mundo, en 2005 la epidemia de SIDA acabó con la vida de 3,1 millones [2,8–3,6 millones] de personas, de las cuales más de medio millón (570 000) eran niños.

El número total de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha alcanzado su nivel más alto: se estima que 40,3 millones [36,79–45,3 millones] de personas viven en la actualidad con el VIH y cerca de 5 millones contrajeron el virus en 2005.



Figura 1

Hay sobrados datos que demuestran que el VIH cede ante la intervención decidida y concertada. Los esfuerzos sostenidos en diferentes entornos han contribuido a disminuir la incidencia del VIH entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones en muchos países occidentales, los jóvenes de Uganda, los profesionales del sexo y sus clientes en Tailandia y Camboya, y los consumidores de drogas intravenosas en España y el Brasil. Existen nuevas pruebas que indican que los programas de prevención puestos en marcha hace algún tiempo por fin están ayudando a reducir la prevalencia del VIH en Kenya y Zimbabwe, así como en las zonas urbanas de Haití.

El número de personas que viven con el VIH ha aumentado en todas las regiones, salvo en una, en los dos años anteriores. (En el Caribe, la segunda región más castigada del mundo, la prevalencia general del VIH no ha registrado cambios en 2005 en comparación con 2003.)

África subsahariana sigue siendo la región más castigada, con 25,8 millones [23,8–28,9 millones] de personas que viven con el VIH, casi once millones

más que en 2003. Las dos terceras partes del total de personas que viven con el VIH están en África subsahariana, así como el 77% del total de mujeres VIH positivas (véanse las páginas 17–30). En la región fallecieron aproximadamente 2,4 millones [2,1–2,7 millones] de personas en 2005, mientras que otros 3,2 millones contrajeron la infección por el VIH.

Hay epidemias en rápido crecimiento en Europa oriental y Asia central (véanse páginas 47–56), y en Asia oriental. En las primeras, el número de personas que viven con el VIH ha aumentado en un cuarto (hasta 1,6 millones) desde 2003, y el número de fallecimientos causados por el SIDA casi se ha duplicado (hasta 62 000) en el mismo periodo. En Asia oriental, el número de personas que viven con el VIH en 2005 aumentó en un quinto (hasta 870 000) en comparación con los dos años anteriores.

La proporción de mujeres afectadas por la epidemia sigue creciendo. En 2005, 17,5 millones [16,2–19,3 millones] de mujeres vivían con el VIH: un millón más que en 2003. Trece millones y medio [12,5–15,1 millones] de esas mujeres vivían en África

Estadísticas y características regionales del VIH y el SIDA, 2004 y 2005				
	Adultos y niños que vivían con el VIH	Nuevas infecciones por el VIH en adultos y niños	Prevalencia del VIH en adultos (%)	Defunciones de adultos y niños por SIDA
África subsahariana				
2005	25,8 millones [23,8–28,9 millones]	3,2 millones [2,8–3,9 millones]	7,2 [6,6–8,0]	2,4 millones [2,1–2,7 millones]
2003	24,9 millones [23,0–27,9 millones]	3,0 millones [2,7–3,7 millones]	7,3 [6,7–8,1]	2,1 millones [1,9–2,4 millones]
África del Norte y Oriente Medio				
2005	510 000 [230 000–1,4 millones]	67 000 [35 000–200 000]	0,2 [0,1–0,7]	58 000 [25 000–145 000]
2003	500 000 [200 000–1,4 millones]	62 000 [31 000–200 000]	0,2 [0,1–0,7]	55 000 [22 000–140 000]
Asia meridional y sudoriental				
2005	7,4 millones [4,5–11,0 millones]	990 000 [480 000–2,4 millones]	0,7 [0,4–1,0]	480 000 [290 000–740 000]
2003	6,5 millones [4,0–9,7 millones]	840 000 [410 000–2,0 millones]	0,6 [0,4–0,9]	390 000 [240 000–590 000]
Asia oriental				
2005	870 000 [440 000–1,4 millones]	140 000 [42 000–390 000]	0,1 [0,05–0,2]	41 000 [20 000–68 000]
2003	690 000 [350 000–1,1 millones]	100 000 [33 000–300 000]	0,1 [0,04–0,1]	22 000 [11 000–37 000]
Oceanía				
2005	74 000 [45 000–120 000]	8200 [2400–25 000]	0,5 [0,2–0,7]	3600 [1700–8200]
2003	63 000 [38 000–99 000]	8900 [2600–27 000]	0,4 [0,2–0,6]	2000 [910–4900]
América Latina				
2005	1,8 millones [1,4–2,4 millones]	200 000 [130 000–360 000]	0,6 [0,5–0,8]	66 000 [52 000–86 000]
2003	1,6 millones [1,2–2,1 millones]	170 000 [120 000–310 000]	0,6 [0,4–0,8]	59 000 [46 000–77 000]
Caribe				
2005	300 000 [200 000–510 000]	30 000 [17 000–71 000]	1,6 [1,1–2,7]	24 000 [16 000–40 000]
2003	300 000 [200 000–510 000]	29 000 [17 000–68 000]	1,6 [1,1–2,7]	24 000 [16 000–40 000]
Europa oriental y Asia central				
2005	1,6 millones [990 000–2,3 millones]	270 000 [140 000–610 000]	0,9 [0,6–1,3]	62 000 [39 000–91 000]
2003	1,2 millones [740 000–1,8 millones]	270 000 [120 000–680 000]	0,7 [0,4–1,0]	36 000 [24 000–52 000]
Europa occidental y central				
2005	720 000 [570 000–890 000]	22 000 [15 000–39 000]	0,3 [0,2–0,4]	12 000 <15 000
2003	700 000 [550 000–870 000]	20 000 [13 000–37 000]	0,3 [0,2–0,4]	12 000 <15 000
América del Norte				
2005	1,2 millones [650 000–1,8 millones]	43 000 [15 000–120 000]	0,7 [0,4–1,1]	18 000 [9 000–30 000]
2003	1,1 millones [570 000–1,8 millones]	43 000 [15 000–120 000]	0,7 [0,3–1,1]	18 000 [9 000–30 000]
TOTAL				
2005	40,3 millones [36,7–45,3 millones]	4,9 millones [4,3–6,6 millones]	1,1 [1,0–1,3]	3,1 millones [2,8–3,6 millones]
2003	37,5 millones [34,0–41,9 millones]	4,6 millones [4,0–6,0 millones]	1,1 [1,0–1,2]	2,8 millones [2,5–3,1 millones]

Estadísticas y características regionales del VIH para las mujeres, 2003 y 2005

		Número de mujeres (de 15-49 años) que vivían con el VIH	Porcentaje de mujeres adultas (15-49 años) que vivían con el VIH (%)
África subsahariana	2005	13,5 millones [12,5–15,1 millones]	57
	2003	13,1 millones [12,1–14,6 millones]	57
África del Norte y Oriente Medio	2005	220 000 [83 000–660 000]	47
	2003	230 000 [78 000–700 000]	50
Asia meridional y sudoriental	2005	1,9 millones [1,1–2,8 millones]	26
	2003	1,6 millones [950 000–2,4 millones]	25
Asia oriental	2005	160 000 [82 000–260 000]	18
	2003	120 000 [59 000–190 000]	17
Oceania	2005	39 000 [20 000–62 000]	55
	2003	27 000 [14 000–43 000]	44
América Latina	2005	580 000 [420 000–770 000]	32
	2003	510 000 [370 000–680 000]	32
Caribe	2005	140 000 [88 000–250 000]	50
	2003	140 000 [87 000–250 000]	50
Europa oriental y Asia central	2005	440 000 [300 000–620 000]	28
	2003	310 000 [210 000–430 000]	26
Europa occidental y central	2005	190 000 [140 000–240 000]	27
	2003	180 000 [150 000–220 000]	27
América del Norte	2005	300 000 [150 000–440 000]	25
	2003	270 000 [130 000–400 000]	25
TOTAL	2005	17,5 millones [16,2–19,3 millones]	46
	2003	16,5 millones [15,2–18,2 millones]	47

subsahariana. El impacto cada vez mayor sobre las mujeres también resulta evidente en Asia meridional y sudoriental (donde casi dos millones de mujeres ya tienen el VIH) y en Europa oriental y Asia central.

NUEVOS AVANCES

La epidemia continúa intensificándose en África meridional (véanse páginas 20-25). Los niveles de infección por el VIH entre las mujeres embarazadas son del 20%, o más altos, en seis países del sur de

por el VIH aumentan de manera alarmante. En Zimbabwe, se observan signos esperanzadores de disminución de la prevalencia nacional, sin bien los niveles de infección entre las mujeres embarazadas siguen siendo excepcionalmente elevados (del 21% en 2004). Es preciso hacer grandes esfuerzos para mantener la tendencia general a la baja.

En África oriental, donde la prevalencia del VIH se ha considerado históricamente menor que en los países más meridionales, la disminución de la prevalencia del VIH registrada en Uganda entre

Se observan indicios de que las diferencias con respecto al tratamiento se reducirán aún más en los próximos años, pero no al ritmo necesario para detener de manera eficaz la epidemia(...) para imponerse a las epidemias mundiales de SIDA es necesaria una ampliación rápida y sostenida de la prevención del VIH.

África (Botswana, Lesotho, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia y Zimbabwe). En dos de ellos (Botswana y Swazilandia), las tasas de infección rondan el 30%. La epidemia de Sudáfrica, una de las más grandes del mundo, no da indicios de disminuir. En el vecino Mozambique, los niveles de infección

las mujeres embarazadas desde mediados del decenio de 1990 resulta ahora evidente en zonas urbanas de Kenya, donde disminuyen los niveles de infección. En ambos países, es probable que los cambios comportamentales hayan contribuido a estas tendencias. No obstante, siguen siendo casos

excepcionales: en el resto de África oriental (así como occidental y central) la prevalencia del VIH se ha mantenido estable en los últimos años.

Algunas epidemias de Asia y Oceanía se agravan (véanse páginas 31-46 y 79-81), especialmente en China, Papua Nueva Guinea y Viet Nam. También se observan indicios alarmantes de que otros países —incluidos Pakistán y Polinesia— podrían estar al borde de tener serias epidemias. En Asia,

mayor calidad gracias al tratamiento antirretrovírico. Como resultado de la reciente ampliación del tratamiento a partir de final de 2003, en 2005 se han evitado entre 250 000 y 350 000 defunciones. Los efectos completos de la importante ampliación del tratamiento durante 2005 no se verán hasta 2006 y los años siguientes.

Se observan indicios de que las diferencias con respecto al tratamiento se reducirán aún más en

La consecución del acceso universal exigirá enfoques radicalmente diferentes.

las epidemias se extienden como resultado de la combinación de consumo de drogas intravenosas y comercio sexual. Sólo un puñado de países está haciendo esfuerzos suficientemente serios para introducir programas centrados en esos comportamientos de riesgo en la escala en que son necesarios. Lo mismo es válido para Europa oriental y Asia central, donde el número de personas que vive con el VIH aumentó en 2005, y en América, donde un número cada vez mayor de mujeres, especialmente aquellas que viven en la pobreza, se ve afectado (véanse páginas 47-56 y 69-74).

REDUCIR LAS DIFERENCIAS

Durante la pasada década, han aumentado y mejorado de forma notable las respuestas al SIDA. Pero todavía no llegan a alcanzar la escala o el ritmo de una epidemia que empeora sistemáticamente.

Durante los últimos dos años, el acceso al tratamiento antirretrovírico ha mejorado de forma palpable. Las personas que necesitan tratamiento ahora no sólo tienen la oportunidad de recibirlo en los países ricos de América del Norte y Europa occidental. La cobertura del tratamiento en países como Argentina, Brasil, Chile y Cuba supera el 80%. Sin embargo, a pesar de los progresos realizados en algunos lugares, la situación es diferente en los países más pobres de América Latina y el Caribe, Europa oriental, la mayor parte de Asia y prácticamente toda África subsahariana. Como mucho, uno de cada diez africanos y uno de cada siete asiáticos que necesitaban tratamiento lo recibían a mediados de 2005.

No obstante, en los países de ingresos bajos y medianos más de un millón de personas están viviendo ahora más tiempo y llevando una vida de

los próximos años, pero no al ritmo necesario para detener de manera eficaz la epidemia. Como se reconoce desde hace mucho tiempo, para imponerse a las epidemias mundiales de SIDA es necesaria una ampliación rápida y sostenida de la prevención del VIH. De hecho, es preciso que el objetivo sea asegurar que los países de todas partes del mundo se acerquen lo máximo posible a la consecución del acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y alivio del impacto.

La consecución del acceso universal exigirá enfoques radicalmente diferentes. Los objetivos de prevención, tratamiento, atención y alivio del impacto tienen que perseguirse de forma simultánea, no consecutiva o uno aisladamente de otro. Los países deben concentrarse en la ejecución de los programas, incluidos el fortalecimiento de los recursos humanos e institucionales y la aplicación de estrategias que permitan el mayor nivel posible de integración de los servicios.

Todo esto debe hacerse de manera muy urgente, pero forma parte de un reto mayor y a más largo plazo. Lograr controlar el SIDA exigirá enfrentarse con mayor determinación a los factores subyacentes que alimentan estas epidemias, incluidas las desigualdades y las injusticias sociales. Habrá que superar serios obstáculos que aún se interponen en el acceso y que adoptan la forma del estigma, discriminación, desigualdad por razón de sexo y otras violaciones de los derechos humanos. También será preciso superar las nuevas injusticias creadas por el SIDA, como la orfandad de generaciones enteras de niños y la merma de la capacidad humana e institucional. Son desafíos extraordinarios que exigen respuestas extraordinarias.

INTENSIFICAR LA PREVENCIÓN: EL CAMINO AL ACCESO UNIVERSAL

En 2005, se produjeron cerca de cinco millones de nuevas infecciones por el VIH en el mundo, 3 200 000 de las cuales correspondieron sólo a África subsahariana. En el mismo año, fallecieron tres millones de personas de enfermedades relacionadas con el SIDA; más de medio millón (570 000) eran niños. En la actualidad, el número total de personas que viven con el VIH se sitúa en los 40,3 millones, el doble (19,9 millones) que en 1995. A pesar de los progresos hechos en un pequeño pero creciente número de países, la epidemia de SIDA continúa superando los esfuerzos mundiales para contenerla.

El hecho ineludible es que, a medida que más personas se infecten por el VIH, habrá más defunciones por SIDA. El número de personas que recibe terapia antirretrovírica en los países de ingresos bajos y medianos se ha triplicado desde 2001. Pero, como mucho, una de cada diez personas que necesitaban tratamiento antirretrovírico en África, y una de cada siete en Asia, lo recibían a mediados de 2005. Los esfuerzos para ampliar rápidamente y sostener el acceso al tratamiento antirretrovírico se verán debilitados si no se rompe el ciclo vertiginoso de las nuevas infecciones por el VIH.

Cada vez se reconoce más que, para ir por delante de la epidemia, deben ampliarse e intensificarse los esfuerzos de prevención (ONUSIDA, 2005), como parte de una respuesta integral que incrementa significativamente el acceso a la atención y el tratamiento. Sólo a través de estos esfuerzos fundamentales, unidos a un mayor compromiso mundial y nacional, el mundo podrá lograr el acceso universal y superar el SIDA.

LA PREVENCIÓN DEL VIH FUNCIONA, PERO DEBE INTENSIFICARSE

Los desafíos son inmensos. A nivel mundial, menos de una de cada cinco personas que corren el riesgo de infectarse por el VIH tiene acceso a los servicios básicos de prevención (ONUSIDA, 2004). De las

personas que viven con el VIH, sólo una de cada diez se ha sometido a la prueba y sabe si está infectada.

Está ampliamente demostrado que el VIH responde a una intervención decidida y concertada. Los esfuerzos sostenidos en diversos entornos han contribuido a disminuir la incidencia del VIH entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones en muchos países occidentales, los jóvenes de Uganda, los profesionales del sexo y sus clientes en Tailandia y Camboya, y los consumidores de drogas intravenosas de España y el Brasil. Existen ahora nuevas pruebas de que los programas de prevención puestos en marcha hace un tiempo están ayudando a reducir la prevalencia en Kenya y Zimbabwe, así como en Haití.

Pero con demasiada frecuencia las estrategias de prevención carecen del alcance, la intensidad y la visión a largo plazo suficientes. Para que las intervenciones de prevención den los resultados necesarios para tomar la delantera a la epidemia, los proyectos con horizontes a corto plazo deben traducirse en estrategias programáticas a largo plazo.

No existe una única epidemia de SIDA. Incluso en un mismo país, las epidemias pueden ser de lo más diversas. Por tanto, las estrategias de prevención deben tratar con la diversidad de las epidemias y basarse en pruebas sólidas, a través de una información epidemiológica y comportamental correcta.

En consecuencia, es fundamental que en todos los entornos haya estrategias de prevención que incluyan la escala, intensidad, sistematización y sostenibilidad como requisitos centrales. Todas las estrategias deben también reconocer que la prevención y el tratamiento del VIH están interrelacionados y que ambos deben acelerarse simultáneamente.

Hay otros enfoques básicos que pueden aplicarse a todos los esfuerzos de prevención del VIH. Primero está la necesidad de reconocer que la prevención del

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO ESTÁN ESTRECHAMENTE LIGADOS

Para asegurar una respuesta amplia al VIH, los esfuerzos de tratamiento y prevención deben acelerarse simultáneamente. La elaboración de modelos matemáticos que comparen una variedad de situaciones muestra que cuando la prevención y el tratamiento eficaces se amplían conjuntamente, los beneficios, tanto en cuanto a nuevas infecciones por

Donde han funcionado los esfuerzos intensivos

Los estudios demuestran que los esfuerzos de prevención del VIH dan más resultado cuando son intensivos, es decir, amplios y sostenidos. Por ejemplo, los programas de prevención intensiva de la región de Mbeya, en Tanzania, lograron un aumento en el uso del preservativo y en el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual entre 1994 y 2000. Estos cambios se vieron acompañados por una reducción de la prevalencia del VIH entre las mujeres de 15 a 24 años del 21% al 15% en el mismo período (Jordan-Harder *et al.*, 2004). Pero en la región de Mwanza del mismo país, unos esfuerzos aislados y menos intensivos de prevención del VIH no arrojaron resultados similares: de hecho, la prevalencia del VIH aumentó en esta zona del 6% en 1994-1995 al 8% en 1999-2000 (Mwaluko *et al.*, 2003).

Para asegurar una respuesta amplia al VIH, los esfuerzos de tratamiento y prevención deben acelerarse simultáneamente.

VIH es una intervención clásica de “bien público” que requiere que los gobiernos nacionales tomen la iniciativa (incluida la asignación de recursos) para impulsar una respuesta sólida a la epidemia.

Segundo, está la necesidad de asegurar que todas las estrategias de prevención del VIH tengan en cuenta la relación cada vez mayor que existe entre el SIDA y los factores que ponen a las personas en situación de mayor riesgo de infección por el VIH, tales como la pobreza, la desigualdad por razón del sexo y la marginación social de poblaciones específicas.

Resulta igualmente importante el desarrollo y la aplicación de nuevas tecnologías —como los microbicidas y la mejora de productos existentes como el preservativo femenino— que ofrezcan alternativas adicionales a la respuesta y formen parte de estrategias de prevención integrales. También es necesario el desarrollo a largo plazo de vacunas.

Un enfoque amplio que abarque todas las estrategias de prevención también exige que se aborden el estigma y la discriminación, que se llegue eficazmente a las personas de máximo riesgo de infección por el VIH y que las personas que viven con el VIH participen más plenamente en la respuesta al SIDA.

el VIH como a defunciones evitadas, son máximos (Salomon *et al.*, 2005). Las conclusiones de este estudio son claras:

- el tratamiento exitoso del VIH puede crear un entorno más eficaz para la prevención del VIH;
- es necesaria la prevención intensificada del VIH para hacer asequible y sostenible el tratamiento del VIH; y
- sólo se lograrán progresos sostenidos en la respuesta al SIDA si se intensifican simultáneamente la prevención y el tratamiento del VIH.

En África subsahariana, un conjunto integral de medidas de prevención y tratamiento evitaría el 55% de las nuevas infecciones que, de lo contrario, podrían preverse hasta 2020 (Véase la figura 2).

Los datos disponibles y la experiencia demuestran que el incremento rápido de la disponibilidad de terapia antirretrovírica contribuye a una mayor aceptación de las pruebas del VIH. En Kenya, por ejemplo, se ha observado un acusado aumento de la aceptación de las pruebas y el asesoramiento entre 2000 y 2004, mientras que la aceptación en el Brasil aumentó más del triple entre 2001 y 2003

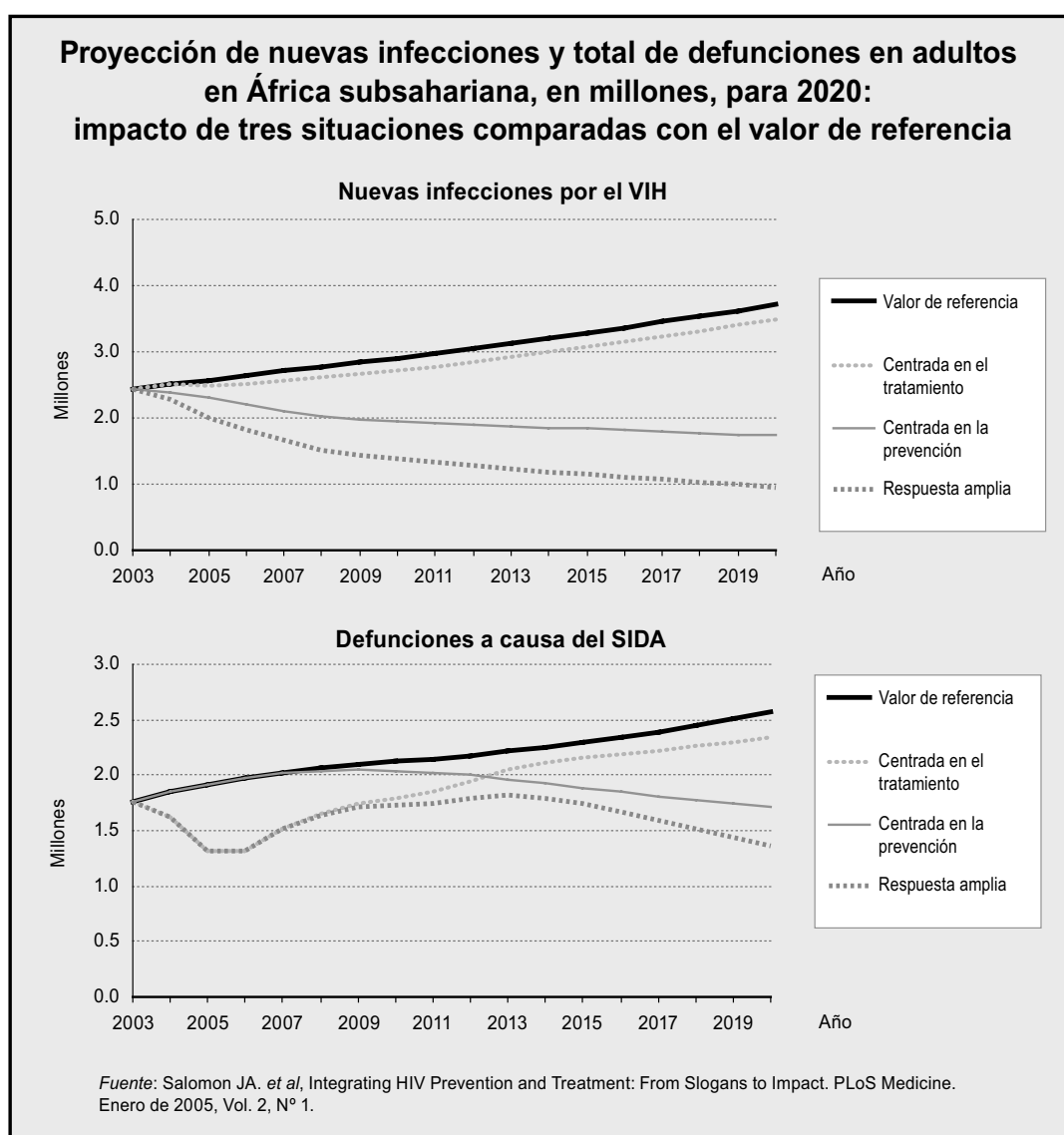


Figura 2

(OMS, “3 by 5” Progress Report, junio de 2005). Uganda ha tenido experiencias similares. Después de verse obligado a cerrar por falta de pacientes, un centro de asesoramiento y pruebas de Masaka (Uganda) reabrió en 2002, al crearse un programa de tratamiento antirretrovírico en el mismo hospital. Al cabo de pocos meses, más de 5000 personas habían solicitado y recibido asesoramiento y pruebas voluntarias, un aumento de siete veces con respecto a la cifra del año 2000 (Mpiima *et al.*, 2003). Esto permitió que el personal sanitario tuviera la posibilidad de educar sobre la prevención del VIH a las personas que acudían al centro, con arreglo al resultado que obtuvieran en la prueba del VIH.

La disponibilidad de tratamiento y la mejora de los programas de divulgación pueden favorecer una mayor apertura con respecto al SIDA, lo cual puede ayudar a acabar con el estigma y la discriminación. En

una encuesta de salud efectuada tras la introducción de un programa antirretrovírico en Khayelitsha (Sudáfrica), se detectó un uso más elevado del preservativo, así como una disponibilidad mayor que en ningún otro de los siete lugares encuestados a integrarse en clubes del SIDA y someterse a la prueba del VIH (OMS, 2003).

Pero un mayor acceso al tratamiento también plantea nuevos desafíos. En diversos países de ingresos altos, se observa un aumento de los comportamientos sexuales peligrosos que coincide con un acceso a gran escala a los fármacos antirretrovíricos (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, 2002; Stolte *et al.*, 2004). Es preciso una investigación operativa más sólida para mejorar nuestros conocimientos sobre las necesidades, los desafíos y las oportunidades de prevención en constante cambio.

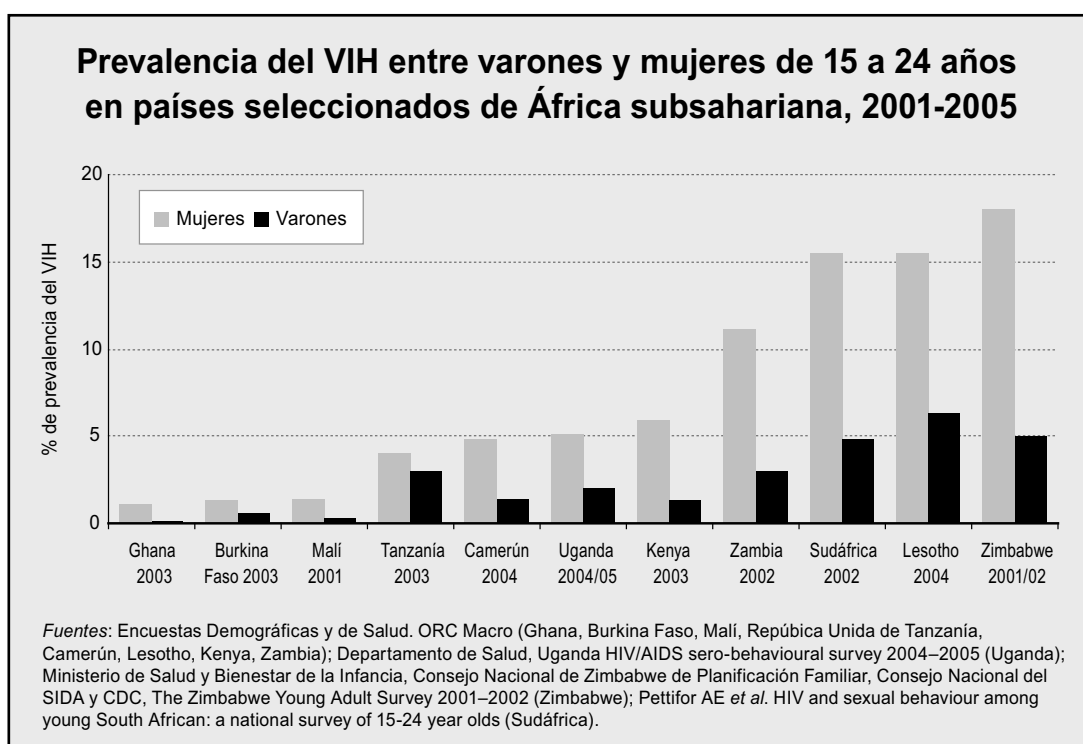


Figura 3

PONER EL VIH EN CONTEXTO

Para que los programas de prevención del VIH sean eficaces deben tener en cuenta los entornos en los que las personas viven su vida.

Los derechos y la condición de las mujeres y las niñas merecen especial atención. En todo el mundo —desde África subsahariana y Asia a Europa, América Latina y el Pacífico— el número de mujeres que se infecta por el VIH es cada vez mayor. Son las mujeres con pocos recursos, o ninguno, las que corren mayor riesgo. Las desigualdades generalizadas, que incluyen factores políticos, sociales, culturales y de seguridad humana, también agravan la situación de las mujeres y las niñas.

En diversos países africanos, más de las tres cuartas partes de todos los jóvenes que viven con el VIH son mujeres (Oficina Regional de la OMS para África, 2003; Unidad de Investigación sobre Salud Reproductiva y Unidad de Investigaciones Médicas, 2004), mientras que en África subsahariana en conjunto, las muchachas de 15 a 24 años tienen por lo menos tres veces más probabilidades de ser VIH-positivas que los muchachos (ONUSIDA, 2004).

En muchos países, el matrimonio y la fidelidad de las mujeres no bastan para protegerlas de la infección por el VIH. Entre las encuestadas en Harare (Zimbabwe), Durban y Soweto (Sudáfrica), el 66% informó de haber tenido una sola pareja

a lo largo de toda su vida y el 79% que se había abstenido de mantener relaciones sexuales por los menos hasta los 17 años (aproximadamente la edad promedio del primer contacto sexual en la mayoría de los países del mundo). Sin embargo, el 40% de las mujeres jóvenes eran VIH-positivas (Meehan *et al.*, 2004). Muchas de ellas se habían infectado a pesar de mantenerse fieles a una pareja. En Colombia, el 72% de las mujeres que resultaron VIH-positivas en la prueba en un centro prenatal comunicaron que tenían una relación estable. En la India, una proporción significativa de nuevas infecciones se produce en mujeres casadas que han sido infectadas por su esposos, los cuales frecuentan o frecuentaban profesionales del sexo (véase a continuación el capítulo sobre Asia).

Los datos indican que los abusos sexuales y de otro tipo contra las mujeres y las niñas —ya sean perpetrados por parejas íntimas o por desconocidos— aumentan las probabilidades de que éstas se infecten por el VIH. Se han denunciado altos niveles de violencia sexual contra las mujeres y las niñas en países de todo el mundo. Cuando fueron encuestadas, entre un tercio y la mitad de las mujeres en Bangladesh, Brasil, Etiopía, Namibia y Tailandia, por ejemplo, respondieron que sus parejas las habían agredido física y/o sexualmente (OMS, 2005). Para que las actividades de prevención del VIH den resultado, éstas deben realizarse conjuntamente con otras iniciativas, tales

como reformas jurídicas (incluidos los derechos de propiedad) y el fomento de los derechos de las mujeres que abordan y reducen la violencia contra éstas y las niñas (Maman *et al.*, 2000).

Es igualmente importante hacer participar a los varones y los muchachos en los esfuerzos de prevención con el fin de conseguir resultados duraderos sobre las desigualdades por razón del sexo. La participación de los varones es fundamental no sólo porque a menudo éstos controlan los grados de vulnerabilidad de las mujeres y las niñas al VIH, sino también porque las normas de la sociedad sobre la masculinidad y el sexo —sobre todo si los estimulan a poner su salud en peligro y les niegan información y servicios protectores— pueden acrecentar la vulnerabilidad de los varones al VIH.

El estigma del VIH y la discriminación resultante, real o temida, quizá han demostrado ser los obstáculos más difíciles para la prevención eficaz del VIH.

Los varones, como las mujeres, sufren la influencia de las normas tradicionales sobre cada uno de los sexos. Para que los unos y las otras se protejan de la infección por el VIH, y los varones tengan un papel más responsable en la prevención del virus, dichas normas se deben poner en tela de juicio y modificarse. También hay que prestar especial atención a los muchachos en lo que se refiere a la socialización con respecto a las normas por razón del sexo (ONUSIDA, 2005).

Para que los esfuerzos de los programas de prevención sean plenamente eficaces deben ocuparse también de las necesidades de las personas de todas las edades. Es posible que la tendencia emergente en algunos países del aumento en las tasas de infección entre generaciones de mayor edad señale una deficiencia importante en los esfuerzos de prevención en ese grupo de edad. En Sudáfrica, el aumento de la prevalencia del VIH entre mujeres mayores de 34 años es especialmente llamativo y, en Botswana, se observan tendencias similares: entre las mujeres embarazadas de 15 a 24 años, las infecciones por el VIH se mantienen estables desde 1999, pero entre sus homólogas de 25 años o más, la prevalencia aumenta constantemente desde 1992, y alcanzó el 43% la última vez que se midió, en 2003. Los niveles de infección entre las personas mayores de ambos sexos en Botswana eran inesperadamente altos: 29% para el grupo de edad de 45 a 49 años y 21% para el de poco más de 50 años.

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN: EL FACTOR QUE DEBILITA

El estigma del VIH y la discriminación resultante, real o temida, quizá han demostrado ser los obstáculos más difíciles para la prevención eficaz del VIH. El estigma y la discriminación simultáneos reducen la eficacia de los esfuerzos para controlar la epidemia mundial y crean un clima ideal para que ésta avance aún más.

El estigma del VIH surge tanto del miedo como de asociar el SIDA con las relaciones sexuales, la enfermedad y la muerte, y con comportamientos que pueden ser ilegales, prohibidos o tabú, tales como las relaciones sexuales pre y extramatrimoniales, la industria del sexo, las relaciones sexuales entre varones, y el consumo de drogas intravenosas.

También es producto de la falta de sensibilización y conocimientos sobre el VIH. Un estigma de este tipo puede alimentar la necesidad de crear chivos expiatorios, de culpar o castigar a ciertas personas o grupos. El estigma se nutre de prejuicios existentes y situaciones de exclusión que marginan aun más a personas que ya de por sí podrían ser más vulnerables a la infección por el VIH. El miedo al estigma también disuade a las personas que viven con el VIH de desempeñar un papel vital de primera línea en los esfuerzos de prevención.

El estigma impulsa a las personas a actuar de un modo tal que perjudica directamente a otras y les niega servicios o derechos; esas acciones adoptan la forma de discriminación relacionada con el VIH. El estigma impide que muchas personas puedan negociar unas relaciones sexuales seguras, se sometan a la prueba del VIH, revelen su estado serológico a su pareja o soliciten tratamiento, incluso aunque haya servicios de prevención disponibles. En Uganda, por ejemplo, más de la mitad de las mujeres y poco menos de la mitad de los varones encuestados indicaron que preferirían no revelar su estado serológico con respecto al VIH a un miembro de la familia (Ministerio de Salud de Uganda, 2005). Una encuesta efectuada entre jóvenes de Nairobi (Kenya) y de Kampala y Masaka (Uganda) puso de manifiesto que la falta de confidencialidad, real o percibida, era un elemento tan disuasorio para solicitar asesoramiento y pruebas voluntarias como la accesibilidad económica.

Participación de las personas que viven con el VIH en los esfuerzos de prevención

Las personas que viven con el VIH son unos de los mejores paladines de la prevención del VIH. Desde el comienzo de la epidemia, las estrategias de prevención resultaron más eficaces si en su diseño, aplicación y evaluación contaban con la participación significativa de las personas que viven con el VIH. El principio de la “mayor participación de las personas que viven con el VIH/SIDA” (MPPVS) en los esfuerzos relacionados con el SIDA se reconoció formalmente en la Cumbre sobre el SIDA de París de 1994, en la que 42 países acordaron que asegurar la plena participación de estas personas en los niveles nacional, regional y mundial impulsaría la creación de entornos políticos, jurídicos y sociales de apoyo. Sin embargo, las estrategias de prevención a menudo no tienen en cuenta las necesidades específicas de las personas a las que se les ha diagnosticado el VIH ni se ocupan de desarrollar los medios de acción para que éstas tengan una participación significativa. Dicha participación con frecuencia se ha relegado a poco más que un formulismo simbólico. Una respuesta eficaz exige un cambio en este terreno.

El propósito de la prevención para las personas que viven con el VIH es habilitarlas para evitar que contraigan nuevas infecciones de transmisión sexual, retrasar la progresión del VIH e impedir la transmisión del VIH a otros. Las estrategias de asesoramiento aumentan los conocimientos sobre la transmisión del VIH y mejoran la capacidad de negociar unas relaciones sexuales seguras. Otras estrategias de prevención del VIH también incluyen la ampliación, el enfoque y la mejora de los servicios y prestaciones, servicios para parejas serodiscordantes, protección de los derechos humanos, fortalecimiento de la capacidad de movilización y apoyo a la concienciación, el cambio político y la sensibilización de la comunidad (Alianza Internacional contra el SIDA, 2003). Estas estrategias no funcionan solas, sino combinadas entre sí.

PREVENIR EL VIH EN LOS GRUPOS MARGINADOS

Las personas arrinconadas en los márgenes de la sociedad corren un riesgo especial. Prevenir las infecciones puede tener un papel importante en la contención de la tasa de propagación en muchos lugares del mundo. Las poblaciones marginadas clave incluyen a los profesionales del sexo, los consumidores de drogas intravenosas, los reclusos y los varones que tienen relaciones sexuales con varones.

Los proyectos para profesionales del sexo —como los que se llevan a cabo de forma innovadora en la zona de Sonagachi de Kolkata (India)— han demostrado que la creación de programas intensivos y orientados puede llevar a la reducción del riesgo de infección por el VIH (véanse páginas 33 a 34). En una escala mayor, Tailandia logró reducir los nuevos casos de infección por el VIH de 140 000 en 1991 a 21 000 en 2003, centrando su estrategia con respecto al VIH en reducir el riesgo del comercio sexual (véase página 40). Se han producido cambios similares, aunque menos espectaculares, en Camboya (donde la prevalencia nacional en adultos disminuyó del 3% en 1997 al 1,9% en 2003), y en el Senegal (donde la prevalencia del VIH hace ya una década que se mantiene baja y constante), que también ha implantado programas intensivos para los profesionales del sexo. A pesar de los éxitos aislados, la cobertura mundial

de la prevención para los profesionales del sexo es baja. En el Mediterráneo oriental, por ejemplo, sólo el 0,5% de los profesionales del sexo está atendido por un programa de prevención del VIH (USAID *et al.*, 2004).

El consumo de drogas intravenosas está espoleando las epidemias de muchos países, incluidos India, Indonesia, Irán, Libia, Pakistán, España, Ucrania, Uruguay y Viet Nam. La superposición de las redes de profesionales del sexo y sus clientes y de consumidores de drogas intravenosas da un empuje adicional a la epidemia en algunos países. A pesar de los éxitos que en cierta medida tienen los programas de reducción del daño en países como el Brasil y España, en muchos otros no se aplican estrategias de prevención para los consumidores de drogas intravenosas a una escala lo suficientemente amplia para marcar una diferencia duradera. Las estrategias integrales que incluyan elementos tales como el suministro de preservativos y la terapia de sustitución, destinadas tanto a los consumidores de drogas intravenosas como a sus parejas sexuales, deben ampliarse urgentemente.

Aproximadamente 10 millones de personas están actualmente en las cárceles de todo el mundo. En la mayoría de los países, los niveles de infección por el VIH entre la población reclusa tienden a ser significativamente más altos que los de la población en general. En la Federación de Rusia, el sistema penitenciario se ha visto desproporcionadamente

afectado por la epidemia. Se estima que la prevalencia del VIH en las prisiones de ese país es por lo menos cuatro veces más elevada que en el conjunto de la población. En el Irán, el confinamiento en una cárcel se presenta como el mayor factor de riesgo de contraer la infección por el VIH. Esos datos subrayan la necesidad de introducir una respuesta amplia al VIH en las cárceles (véase el siguiente capítulo de Europa oriental y Asia central).

El papel preponderante que tienen las relaciones sexuales entre varones en muchas epidemias —incluidas las de América Latina, el Caribe, Asia, Europa central y, posiblemente en menor grado, Europa oriental y África— no está adecuadamente estudiado ni tratado.

En la mayor parte del mundo faltan los datos epidemiológicos y comportamentales necesarios para aportar información a programas eficaces de prevención destinados a los varones que tienen relaciones sexuales con varones. Los datos existentes indican altos niveles de infección entre ellos. Por ejemplo, se ha encontrado una prevalencia del VIH de hasta el 17% en varones que tienen relaciones sexuales con varones en Bangkok (Tailandia) y Mumbai (India) (MAP, 2004), mientras que en Bogotá (Colombia), ésta ascendía al 20% (Montano *et al.*, 2005). Incluso en los lugares donde la existencia de datos indica que los varones que tienen relaciones sexuales con varones son el grupo más castigado por el VIH, sus necesidades de prevención se han pasado en general por alto en muchos países.

Otras poblaciones, incluidos los jóvenes, las mujeres y las niñas, las personas que viven en la pobreza, los jornaleros migrantes, las personas en situaciones de conflicto o posconflicto, los refugiados y los desplazados internos, también necesitan intervenciones ampliadas que aumenten su acceso a la información y los servicios de prevención, tratamiento y atención que tengan en cuenta sus vulnerabilidades específicas.

LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y LA PROPAGACIÓN DEL VIH

La prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual reducen el riesgo de transmisión del VIH. Esto es especialmente válido para los individuos de las poblaciones con más probabilidades de tener muchas parejas sexuales, como son los profesionales del sexo y sus clientes. Sin embargo,

la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual siguen siendo elementos escasamente aprovechados en las estrategias de prevención potencialmente exitosas, y poco y nada en África subsahariana.

Contraer otras infecciones de transmisión sexual —como sífilis, blenorragia, infección por *chlamydia*, *tricomonas* y herpes genital— aumenta la posibilidad de que se transmita el VIH durante las relaciones sexuales sin protección entre una pareja infectada y una no infectada. En África subsahariana, por ejemplo, la infección vírica por el HSV2 (virus del herpes simple tipo 2) parece estar muy vinculada a la del VIH (Aubert *et al.*, 2001; Hayes *et al.*, 1998; McFarland *et al.*, 1999). El HSV2, que es incurable, causa úlceras genitales periódicas durante toda la vida. Los estudios de Zimbabwe y Tanzania indican que estos dos virus se favorecen mutuamente y cada uno de ellos aumenta las posibilidades de que una persona contraiga y transmita el otro (McFarland *et al.*, 1999; Del Mar *et al.*, 2002). Algunos estudios también sugieren que existe una asociación entre la infección de vaginitis bacteriana (una infección vaginal común en mujeres en edad reproductiva) y el VIH. En nuevas investigaciones de África subsahariana se observa que la infección de vaginitis bacteriana puede duplicar la vulnerabilidad de una mujer a la infección por el VIH (Myer *et al.*, 2005).

El preservativo masculino de látex es la tecnología más eficaz disponible para reducir la transmisión del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual [ONUSIDA/UNFPA/OMS]. La mayor parte de las infecciones genitales podrían prevenirse con el uso del preservativo y muchas infecciones de transmisión sexual bacterianas (como la sífilis, la blenorragia y la infección por *chlamydia*) son fáciles y baratas de tratar con antibióticos (ONUSIDA, 2004a). Lamentablemente, los programas sobre infecciones de transmisión sexual se ejecutan de manera desapareja en buena parte de África subsahariana; por tanto, la mayoría de los países de la región no se beneficia del efecto potencial de contención que el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual tienen sobre las tasas de infección por el VIH. Los jóvenes, en especial, suelen saber muy poco sobre dichas infecciones. Los que sospechan que podrían estar infectados a menudo son reacios a solicitar tratamiento; por múltiples razones, como la vergüenza, el miedo a que no se respete la confidencialidad, la creencia de que los dispensadores de atención de salud tendrán

una respuesta de reproche o crítica, y, en ocasiones, el costo del tratamiento.

Las campañas de información pública sobre las infecciones de transmisión sexual y la propagación del VIH deben fortalecerse, especialmente las dirigidas a los jóvenes. Hay que dar pasos con el fin de asegurar la confidencialidad en los dispensarios de tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, promover servicios respetuosos con los jóvenes, aumentar los centros de tratamiento e integrar el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en los servicios de planificación familiar y salud reproductiva.

CENTRARSE EN LOS NIÑOS: EMPEZAR UNA VIDA SIN EL VIH

Sin medidas de prevención, aproximadamente el 35% de los niños que nacen de mujeres VIH-positivas contraerían el virus. La clave para protegerlos es prevenir la infección en los padres. La prevención de la transmisión maternoinfantil es un punto de partida fundamental para la prevención, tratamiento, atención y apoyo primordiales a las madres, sus hijos y familiares. Asegurar la disponibilidad de servicios

Los obstáculos para ampliar la prevención de la transmisión maternoinfantil incluyen unos servicios de atención prenatal insuficientes, pocos conocimientos sobre el estado serológico con respecto al VIH entre las mujeres embarazadas, el estigma y la discriminación (ONUSIDA, 2004a). El acceso deficiente a la profilaxis antirretrovírica sigue siendo una preocupación importante. En Sudáfrica, por ejemplo, de cerca de 33 000 mujeres embarazadas que resultaron VIH-positivas en la prueba, sólo 18 857 recibieron profilaxis antirretrovírica. En Kenya y Mozambique, la proporción fue similar. En cambio, en Uganda, Zambia y Zimbabwe se informó de que casi todas las mujeres que resultaron positivas en la prueba recibían profilaxis antirretrovírica.

Existen otros obstáculos aun más básicos. Una gran proporción de las mujeres a las que se les ofrecen servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil no recibe asesoramiento previo a la prueba. En Ghana y Tanzania, más o menos la mitad de las mujeres recibió asesoramiento, mientras que en Nigeria, la cuarta parte. En Burkina Faso, la proporción era apenas del 18% y en Zambia sólo del 13%. Pero hay excepciones notables, como Benin, Kenya, Rwanda, Sudáfrica, Uganda y Zimbabwe,

Las campañas de información pública sobre las infecciones de transmisión sexual y la propagación del VIH deben fortalecerse.

de planificación familiar, el suministro de fármacos antirretrovíricos a la madre y el recién nacido, las opciones de parto seguro, el asesoramiento sobre la alimentación del lactante y el apoyo son los elementos clave de los programas de prevención de la transmisión maternoinfantil. La aplicación de este criterio integral prácticamente ha eliminado la transmisión VIH de las madres a su hijos en el mundo industrializado. Pero en los países de alta prevalencia, el SIDA es responsable de una parte en aumento de la mortalidad de los menores de cinco años. En África, la proporción subió del 2% en 1990 al 6,5% en 2003 (OMS, 2005a).

La cobertura de los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil está aumentando en mucho lugares (incluidos Barbados, Botswana, Tailandia, Ucrania, Uruguay y Zambia). Sin embargo, todavía es escasa en la mayor parte de África subsahariana, donde en 2003 era de alrededor del 5% en los 30 países africanos con las tasas más altas de prevalencia del VIH.

donde más del 70% de las mujeres que dispusieron de servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil también recibieron asesoramiento previo a la prueba. Además, un número considerable de mujeres en países del alta prevalencia aún no sabe que el VIH puede transmitirse de madre a hijo. Esa falta de conocimientos dificulta el asesoramiento, a menudo en circunstancias en las cuales los dispensadores de atención de salud ya están sobrecargados de trabajo.

Para evitar nuevas infecciones en los niños, deben ampliarse los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil y asegurar una cobertura nacional de alta calidad.

ACCESO PARA TODOS

En los últimos años, el consenso internacional sobre la necesidad de una respuesta integral al VIH que incluya la prevención, tratamiento y atención se ha fortalecido. La voluntad política ha

aumentado, así como el trabajo de sensibilización llevado a cabo por los grupos de la sociedad civil. La financiación internacional y nacional disponible para la respuesta al SIDA ha crecido notablemente. Estos avances suponen una oportunidad importante para intensificar aun más los esfuerzos y aumentar el impulso encaminado al acceso universal a la prevención, tratamiento y atención en todos los países afectados por el SIDA.

En junio de 2005, la Junta Coordinadora del Programa ONUSIDA, compuesta por los Estados Miembros,

las organizaciones copatrocinadoras de las Naciones Unidas y la sociedad civil, aprobó un documento de posición política para la intensificación de la prevención del VIH con el objetivo final de lograr el acceso universal a la prevención, tratamiento y atención del VIH. Ese documento de posición política incluía un compendio de programas y acciones de reconocida eficacia que podían utilizarse para reducir las diferencias en materia de prevención, así como 12 acciones políticas necesarias para asegurar el acceso universal (véase más abajo).

El documento de posición de política del ONUSIDA para la intensificación de la prevención del VIH detalla las acciones políticas y programáticas fundamentales en la prevención del VIH

Acciones de política fundamentales en la prevención del VIH

1. Asegurar la promoción, protección y respeto de los derechos humanos, así como la aplicación de medidas destinadas a combatir la discriminación y el estigma.
2. Desarrollar y mantener el liderazgo de todos los segmentos de la sociedad, incluidos los gobiernos, las comunidades afectadas, las organizaciones no gubernamentales, las asociaciones de índole religiosa, el sector educativo, los medios de comunicación, el sector privado y los sindicatos.
3. Obtener la participación de las personas que viven con el VIH en la formulación, ejecución y evaluación de las estrategias de prevención, abordando las diferentes necesidades de prevención.
4. Tomar en consideración las creencias y normas culturales en reconocimiento tanto del importante papel que pueden desempeñar a la hora de apoyar los esfuerzos de prevención como de su fuerza para propulsar la epidemia.
5. Promover la igualdad entre sexos y tratar las normas y relaciones de género a fin de reducir la vulnerabilidad de mujeres y niñas a través de la participación de varones y niños en el proceso.
6. Promover la diseminación de información y la sensibilización sobre cómo se transmite el VIH y cómo puede evitarse la infección.
7. Promover los vínculos entre la prevención del VIH y la salud sexual y reproductiva.
8. Apoyar la movilización de las respuestas basadas en la comunidad mediante servicios de prevención, atención y tratamiento.
9. Promover programas destinados a satisfacer las necesidades de prevención del VIH en colectivos y grupos clave afectados por el virus.
10. Movilizar y fortalecer la capacidad financiera, humana e institucional en todos los sectores, y en especial en salud y educación.
11. Revisar y reformar los marcos jurídicos para eliminar los obstáculos a una prevención eficaz del VIH basada en las pruebas, combatir el estigma y la discriminación y proteger los derechos de las personas que viven con el VIH, son vulnerables o están expuestas al riesgo de infección.
12. Asegurar un esfuerzo de inversión suficiente en la investigación y el desarrollo de nuevas tecnologías de prevención y fomentarlas.

Acciones programáticas fundamentales en la prevención del VIH

1. Prevenir la transmisión sexual del VIH.
2. Prevenir la transmisión materno-infantil del VIH.

3. Prevenir la transmisión del VIH a través del consumo de drogas intravenosas, incluyendo medidas para la reducción del daño.
4. Velar por la seguridad en el suministro de sangre.
5. Prevenir la transmisión del VIH en establecimientos de salud.
6. Promover un mayor acceso al asesoramiento y las pruebas voluntarias y fomentar al mismo tiempo los principios de confidencialidad y consentimiento.
7. Integrar la prevención del VIH en los servicios de tratamiento del SIDA.
8. Concentrarse en la prevención del VIH entre los jóvenes.
9. Proporcionar información y educación relacionadas con el VIH a fin de capacitar a las personas para protegerse contra la infección.
10. Hacer frente al estigma y la discriminación relacionados con el VIH y reducirlos.
11. Prepararse para el acceso a las vacunas y microbicidas y para su uso.

Los recientes compromisos políticos mundiales han subrayado el criterio de la Junta del ONUSIDA. En la Cumbre del G8 de 2005 en Gleneagles, los miembros se comprometieron a desarrollar y aplicar un conjunto de medidas de prevención, tratamiento y atención del VIH, con el propósito de acercarse lo máximo posible al acceso universal al tratamiento para todo aquellos que lo necesitan para 2010. El Documento Final de la Cumbre Mundial 2005 de la Asamblea General de la Naciones Unidas también adoptó el concepto de aumento progresivo con miras al acceso universal.

Estas declaraciones refuerzan el criterio de intensificar los esfuerzos y ampliar los objetivos de tratamiento y atención simultáneamente, no consecutivamente o uno al margen del otro.

La disponibilidad sostenida de una amplia gama de programas y medios de demostrada eficacia es clave para asegurar el acceso universal. Los programas deben seleccionarse y aplicarse sobre la base de la experiencia y los datos del país, así como de la adaptación de criterios de “prácticas óptimas” de

otros países. Se estima que la aplicación de programas integrales de prevención del VIH podría evitar 29 millones (o el 63%) de los 45 millones de nuevas infecciones que se prevé que se produzcan entre 2002 y 2010 (Stover *et al.*, 2002). Los programas integrales de prevención del VIH, cuando se aplican conjuntamente con la prestación de atención y tratamiento, tienen el máximo impacto en lo que se refiere a evitar nuevas infecciones y defunciones por el VIH (Salomon *et al.*, 2005).

El SIDA exige una respuesta inteligente, rotunda y excepcional. Los esfuerzos descoordinados o los que ofrecen sólo soluciones parciales no reducirán significativamente el número de nuevas infecciones. Disminuir y contener urgentemente la propagación de esta epidemia mundial requiere el acceso universal a la prevención, tratamiento y apoyo juntos. Si el mundo se moviliza de esta forma para ampliar simultánea y dinámicamente la prevención, tratamiento y atención del VIH, podríamos lograr un auténtico criterio integral para abordar el SIDA que frene la epidemia e invierta su curso.

Nuevos métodos de prevención: innovación para el acceso universal

El preservativo femenino

Aunque de probada eficacia para la prevención del embarazo y aceptable para los usuarios, el preservativo femenino no ha desarrollado todo su potencial en los programas nacionales debido a su costo relativamente alto. Una nueva versión del preservativo femenino Reality® fabricado en nitrilo sintético lo hace bastante menos costoso. Esta nueva versión tiene posibilidades de una aceptación y utilización mayores. Se prevé que, si se logran tasas de utilización altas, contribuya de forma importante a la prevención de los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Además de esta nueva versión del preservativo femenino, también están en curso ensayos de nuevas versiones de diafragmas y un gel lubricante para la prevención del VIH y las ITS. Se esperan resultados para 2006.



La circuncisión masculina

Un reciente estudio en Sudáfrica puso de relieve que los varones circuncidados tenían el 60% menos de probabilidades de infectarse que los no circuncidados. Estos prometedores resultados deben confirmarse en estudios en Kenya y Uganda antes de que la circuncisión se promueva como un medio específico de prevención del VIH. Si se demuestra su eficacia, quizá ayude a incrementar las opciones disponibles de prevención del VIH probadas, aunque no debería ocasionar el abandono de las estrategias eficaces existentes, como el uso correcto y sistemático del preservativo, los cambios comportamentales, el asesoramiento y las pruebas voluntarias. La circuncisión masculina no elimina el riesgo del VIH para los varones y no se conocen sus efectos en lo referente a los riesgos de infección por el VIH en las mujeres. También está por demostrar si, y hasta qué punto, la circuncisión masculina podría reducir la transmisión del VIH en culturas en las que actualmente no se practica.

Los microbicidas

Los microbicidas son la mejor promesa de un medio de prevención que pueden controlar las mujeres. Podrían tener un impacto importante sobre la epidemia. Actualmente hay cuatro microbicidas experimentales contra el VIH que están en ensayo de fase III, cinco en fase II y seis en fase I. Incluyen jabones, agentes amortiguadores ácidos, derivados de algas marinas y compuestos anti-VIH. La modelización indica que un microbicida incluso de una eficacia del 60% podría tener un impacto considerable en la propagación del VIH. Si lo usara habitualmente el 20% de las mujeres en países con epidemias importantes, en tres años podrían evitarse cientos de miles de infecciones (Rockefeller, 2001).

La profilaxis previa a la exposición

La profilaxis previa a la exposición para prevenir la transmisión sexual del VIH —y posiblemente, la parenteral— es una promesa para las parejas serodiscordantes, los profesionales del sexo, los varones que tienen relaciones sexuales con varones y los consumidores de drogas intravenosas que pueden exponerse al VIH a pesar de tomar precauciones. En San Francisco y Atlanta se están llevando a cabo ensayos pequeños y de tipo medio de fase II, mientras que en Botswana, Ghana y posiblemente Tailandia se están realizando o planeando ensayos de mayor envergadura de fase II/III. Algunos de esos ensayos han despertado controversias. Los puntos controvertidos son si las consultas a la comunidad previas al ensayo y el consentimiento informado eran adecuados, las vinculaciones con los programas de tratamiento del VIH para las personas que resultaban infectadas previamente o en el curso del estudio y —en el caso de Tailandia— la falta de acceso a agujas esterilizadas en un estudio destinado a examinar la transmisión del VIH entre consumidores de drogas intravenosas. Dos estudios de profilaxis previa a la exposición fueron cancelados (Camboya y Nigeria) y otro pospuesto (Camerún). Una consulta en Seattle y una serie de consultas dirigidas por el ONUSIDA en dos regiones africanas, en Asia y en Ginebra, en la que participaron activistas de la comunidad, investigadores, patrocinadores y otros, ayudaron a identificar los problemas de diseño de los ensayos en este terreno de investigación tan prometedor. En otras seis ciudades los ensayos siguen adelante.

Las vacunas

Una vacuna que venza al VIH es nuestra esperanza más imperiosa. Pero su desarrollo sigue siendo un desafío enorme por razones relacionadas con la insuficiencia de recursos, las preocupaciones que suscitan los ensayos clínicos y la capacidad normativa, las cuestiones relativas a la propiedad intelectual y las dificultades de orden científico. Actualmente hay 17 vacunas experimentales en ensayos de fase I y cuatro de fase I/II (incluida la prometedora vacuna de Merck contra el vector del adenovirus, ahora en fase IIb, que puede estimular la inmunidad de mediación celular contra el VIH). Hay sólo una en fase III (el ensayo de una vacuna combinada de ALVAC (vCP1521) extraída del vector de la viruela del canario y AIDSVAX de estrategia *prime boost*, preparada por el Departamento de Defensa y los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos y ahora en fase de experimentación en Tailandia). La Iniciativa Mundial para la Vacuna contra el VIH ha unido a científicos, activistas, responsables de financiación y otras partes interesadas en torno a un Plan Científico Estratégico para efectuar rápidos progresos con el fin de lograr vacunas eficaces contra el VIH, la mejor esperanza del mundo a largo plazo para controlar la epidemia mundial de VIH.

ÁFRICA SUBSAHARIANA

Estadísticas y características del VIH y el SIDA, en 2003 y 2005

	Adultos y niños que vivían con el VIH	Número de mujeres que vivían con el VIH	Nuevos casos de infección por el VIH en adultos y niños	Prevalencia del VIH en adultos (%)	Defunciones de adultos y niños a causa del SIDA
2005	25,8 millones [23,8–28,9 millones]	13,5 millones [12,5–15,1 millones]	3,2 millones [2,8–3,9 millones]	7,2 [6,6–8,0]	2,4 millones [2,1–2,7 millones]
2003	24,9 millones [23,0–27,9 millones]	13,1 millones [12,1–14,6 millones]	3,0 millones [2,7–3,7 millones]	7,3 [6,7–8,1]	2,1 millones [1,9–2,4 millones]

África subsahariana tiene poco más del 10% de la población mundial, pero alberga a más del 60% de todas las personas que viven con el VIH: unos 25,8 millones [23,8–28,9 millones]. En 2005, se estima que 3,2 millones [2,8–3,9 millones] de personas en la región contrajeron la infección, mientras que 2,4 millones [2,1–2,7 millones] de adultos y niños fallecieron a causa del SIDA. Entre los jóvenes de 15 a 24 años, se estima que el 4,6% [4,2–5,5%] de las mujeres y el 1,7% [1,3–2,2%] de los varones vivían con el VIH en 2005.

Parece que la prevalencia nacional del VIH en adultos está disminuyendo en tres países de África subsahariana: **Kenya**, **Uganda** y **Zimbabwe**¹. Con excepción de Zimbabwe, en los países de África meridional hay pocas muestras de que se reduzcan las epidemias. Los niveles de prevalencia del VIH siguen siendo excepcionalmente altos (excepto en Angola) y, en algunos países, podrían no haber llegado aún a su punto máximo, como indican los casos de las epidemias en expansión de **Mozambique** y **Swazilandia**. En África oriental y central (donde la prevalencia nacional estimada

del VIH es mucho menor que en el sur y el oeste de la región) tampoco hay indicios de cambios en los niveles de infección por el VIH, salvo en las zonas urbanas de **Burkina Faso** (donde la prevalencia parece disminuir).

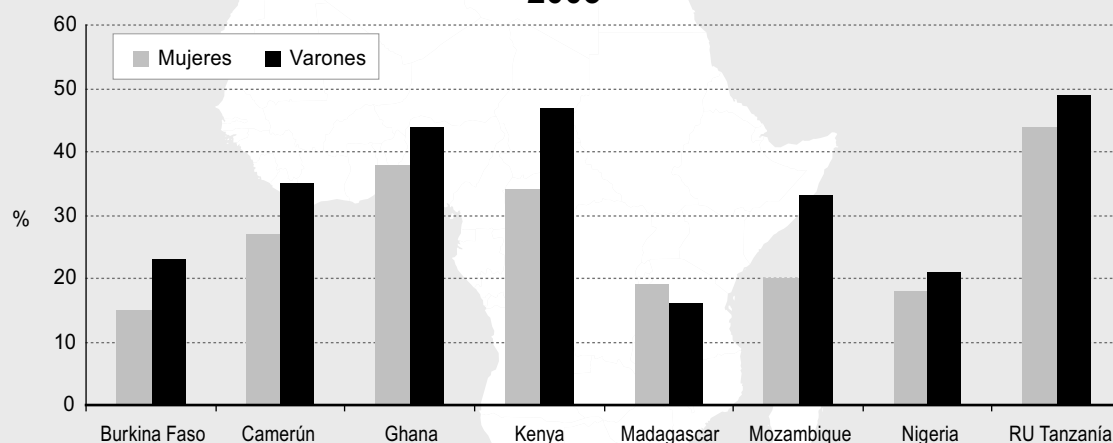
Así como es incorrecto hablar de una única epidemia de SIDA “africana”, los datos de la prevalencia nacional del VIH a veces también pueden inducir a trazar un panorama incompleto de la situación actual. En la mayor parte de los países, la prevalencia del VIH observada entre las mujeres embarazadas que acuden a los dispensarios prenatales, por ejemplo, varía marcadamente en función del lugar. Esta discrepancia localizada también subraya la adaptabilidad de las epidemias y su sensibilidad a los factores contextuales, que las estrategias de prevención, tratamiento, atención y reducción del daño deben reflejar para que resulten más eficaces. Cabe destacar, entre estos factores, la situación social y socioeconómica de las mujeres, que siguen estando desproporcionadamente afectadas por el VIH en esta región y, al mismo tiempo, tienen escasa información sobre las epidemias (véase recuadro).

¹ Es importante tener en cuenta que la prevalencia del VIH ofrece una imagen retrasada de las epidemias, ya que refleja los patrones de incidencia correspondientes a varios años anteriores. (La prevalencia describe el número total de personas que viven con el VIH, independientemente de cuándo se infectaron; la incidencia, por su parte, se refiere a la tasa con la que se producen las nuevas infecciones.) Cuando las epidemias aumentan en intensidad y madurez, como sucede en gran parte de África oriental y meridional, los datos de prevalencia del VIH pueden presentar un panorama ambiguo y confuso de las epidemias. En esos casos, la estabilización del VIH no necesariamente significa que la epidemia retrocede, sino que podría señalar un equilibrio doloroso, con aproximadamente el mismo número de nuevas infecciones por el VIH que de defunciones por causa del SIDA.

Muy pocos conocimientos todavía

En gran parte de África subsahariana, los conocimientos sobre las vías de transmisión del VIH siguen siendo escasos. En general, las mujeres están menos informadas que los varones; esto también es válido para las personas que viven en zonas rurales en comparación con las de las ciudades y pueblos. Ésta es la situación incluso en los diez países donde más de un adulto de cada diez está infectado². En 24 países de África subsahariana (incluidos Camerún, Côte d'Ivoire, Kenya, Nigeria, Senegal y Uganda), las dos terceras partes o más de las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) carecen de conocimientos amplios sobre la transmisión del VIH (diversas encuestas, 2000-2004). Los datos de 35 de los 48 países de la región demuestran que, como promedio, los varones jóvenes tienen un 20% más de probabilidades que las muchachas de tener conocimientos correctos sobre el VIH. Los niveles de educación marcan también una gran diferencia (UNICEF, 2004). Por ejemplo, las muchachas de Rwanda con educación secundaria o superior tenían cinco veces más probabilidades de conocer los principales modos de transmisión del VIH que las que carecían de educación formal (Ministerio de Salud de Rwanda, 2001).

Porcentaje de jóvenes de 15-24 años que identifican correctamente las dos formas principales de prevenir la transmisión sexual del VIH*, 2003



* Uso de preservativos y limitación del contacto sexual a una pareja fiel y no infectada; además, esos jóvenes rechazan los dos errores locales más comunes sobre la transmisión del VIH y saben que una persona de aspecto sano puede transmitir el VIH.

Fuentes: : Encuestas de Demografía y Salud. OCR Macro (Burkina Faso, Camerún, Ghana, Kenya, Madagascar, Mozambique y Nigeria); EDS; Encuesta de Tanzania sobre Indicadores del VIH/SIDA, 2003-04, TACAIDS, NBS, y ORC Macro (RU Tanzania).

Figura 4

Cuestiones metodológicas

No hay una manera práctica de determinar exactamente cuántas personas en un país concreto se están infectando por un virus como el VIH. Los científicos, por ejemplo, recogen los datos pertinentes, perfeccionan diversas hipótesis sobre las vías y la velocidad de transmisión del VIH, y calibran modelos matemáticos que pueden aproximarse a determinar el número de personas que se infecta por el VIH y fallece a causa del SIDA (Ward *et al.*, 2004). En las epidemias de SIDA fundamentalmente heterosexuales, como las de África subsahariana, los datos que se usan con más frecuencia para estos cálculos se recogen en un muestreo de dispensarios prenatales, donde se efectúa anónimamente la prueba del VIH en muestras de sangre de mujeres embarazadas. Aunque, por definición, los datos sólo reflejan la prevalencia del VIH en mujeres que han tenido relaciones sexuales sin protección. Por esta razón, tienden a sobreestimar la prevalencia del VIH entre las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años), una gran proporción de las cuales no son aún

² Botswana, República Centroafricana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y República Unida de Tanzania.

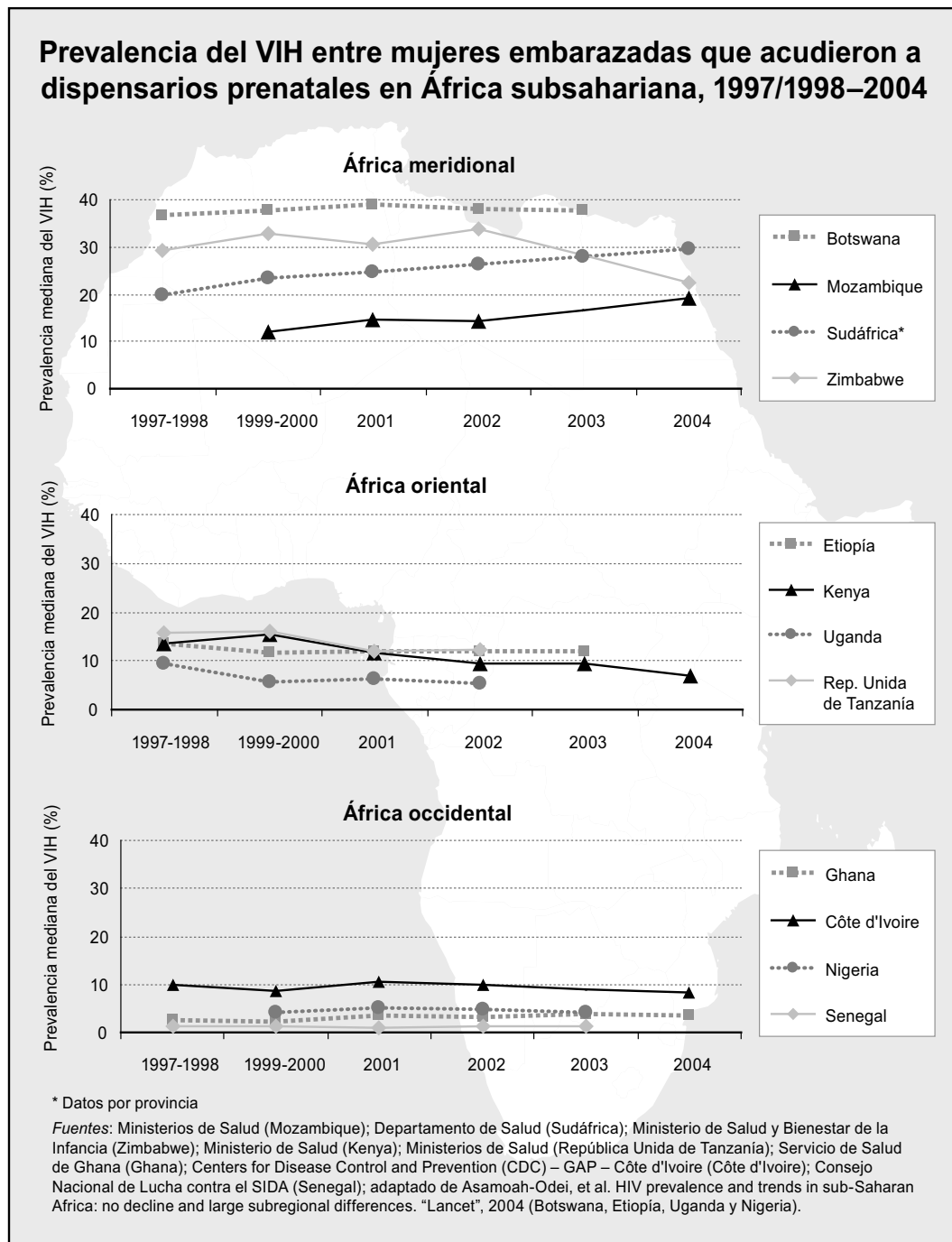


Figura 5

sexualmente activas. Los datos tampoco ofrecen pruebas directas de la prevalencia en varones, mujeres mayores y menores de la edad reproductiva, ni en mujeres que no tienen relaciones sexuales sin protección. Los dispensarios seleccionados suelen estar en zonas urbanas o suburbanas. Estos factores pueden llevar a una sobreestimación de las infecciones por el VIH. Por otra parte, como el VIH reduce la fecundidad, los datos recopilados a través de las pruebas en embarazadas podrían no reflejar el gran número de mujeres infectadas por el virus que no pueden quedar encinta. Los datos, una vez ajustados de acuerdo con otra información pertinente e hipótesis basadas en pruebas, ofrecen una base para efectuar estimaciones razonablemente correctas, que se presentan dentro de unos "límites plausibles" o "márgenes de duda".

Las encuestas por hogares que incluyen pruebas del VIH ofrecen datos a nivel nacional sobre la prevalencia del virus en ambos sexos y diversos grupos de edad, e incluyen datos de zonas rurales



remotas. A veces también tienden a la incorrección. Si una parte importante de los encuestados se niega a hacerse la prueba, o contesta sólo algunas preguntas, o está ausente del hogar en el momento de la encuesta, se introduce un posible sesgo en los datos de la misma. Éste ha sido un problema recurrente en la mayoría de las encuestas por hogares realizadas en los países africanos en los últimos años, donde se han registrado tasas de falta de respuesta del 8 al 42%. Las estimaciones pueden ajustarse si se conocen las características destacadas de aquellos que no responden. Pero las encuestas, en general, no revelan la posible relación entre la ausencia o la negativa de una persona a participar y su estado serológico con respecto al VIH. Podría ocurrir que la negativa de una persona a participar o su ausencia del hogar se correlacionaran con una mayor probabilidad de infección por el VIH. Existe, por tanto, la probabilidad de que una alta tasa de falta de respuesta en las encuestas por hogares induzca a una subestimación de la prevalencia del VIH.

Cada uno de estos métodos tiene sus ventajas y desventajas. Por lo general, las estimaciones basadas en los datos de los dispensarios prenatales son útiles para medir las tendencias de las infecciones por el VIH en el grupo de edad de 15 a 49 años. Las encuestas nacionales por hogares, por otro lado, pueden dar información importante sobre el nivel de prevalencia nacional y la propagación del VIH, sobre todo entre los jóvenes, los varones y los habitantes de las zonas rurales. En conjunto, los diversos datos pueden producir estimaciones más correctas sobre los niveles y las tasas de infección por el VIH (y otro tipo de estimaciones, como los fallecimientos relacionados con el SIDA). Sin embargo, las estimaciones sobre el VIH y el SIDA (tanto las derivadas de las encuestas por hogares como de los datos de vigilancia centinela) tienen que evaluarse cuidadosamente y los datos y las hipótesis deben revisarse continuamente. Las estimaciones regionales que se presentan en este capítulo han incorporado ambas fuentes de información.

ÁFRICA MERIDIONAL

África meridional sigue siendo el epicentro de la epidemia mundial de SIDA. Pero, por primera vez, se observan signos de que una de las epidemias podría estar retrocediendo.

29% al 20% entre 2000 y 2004)— sugiere que la tasa de nuevas infecciones por el VIH (incidencia) también podría estar disminuyendo. La comparación entre estimaciones de la incidencia del VIH

Los cambios en el comportamiento sexual parecen haber contribuido a la reducción de la prevalencia del VIH.

Hay nuevas pruebas que indican una tendencia a la baja de la prevalencia nacional del VIH en adultos en **Zimbabue**. Los últimos datos del sistema nacional de vigilancia señalan una disminución de la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas, del 26% en 2002 al 21% en 2004. Otros datos indican que ese retroceso ya había comenzado en 2000 (Ministerio de Salud y Bienestar de la Infancia de Zimbabue, 2004 y 2005, en preparación). Las conclusiones de los estudios locales refuerzan los datos nacionales. En Harare, la prevalencia del VIH en mujeres que acudían a dispensarios de atención pre o posnatal se redujo del 35% en 1999 al 21% en 2004. En las zonas rurales orientales de Zimbabue, la disminución de la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas también se reflejó en una reducción en la población en general, tanto en varones como en mujeres (Mundandi *et al.*, 2004). Una reducción significativa de la prevalencia del VIH entre mujeres jóvenes embarazadas (15-24 años) —que cayó del

procedentes de estudios efectuados entre mujeres que han dado a luz y varones obreros de fábricas en Harare, y las bajas estimaciones actuales de la incidencia del VIH en la zona rural de Manicaland, en conjunto, parecen confirmar esta tendencia (Hargrove *et al.*, 2005; Mugurungi *et al.*, 2005).

Los cambios en el comportamiento sexual parecen haber contribuido a la reducción de la prevalencia del VIH. El uso del preservativo con parejas ocasionales ha alcanzado niveles altos (el 86% en varones y el 83% en mujeres) y los datos de recientes encuestas nacionales y locales indican que podría haber una disminución en el número de parejas sexuales comunicado en los últimos años (Mahomva, 2004). Las tasas de mortalidad también se están estabilizando en algunas partes del país, lo que refuerza aun más la idea de que la disminución en la incidencia del VIH, acelerada por los cambios de comportamiento sexual, impulsa la aparente reducción de la prevalencia.

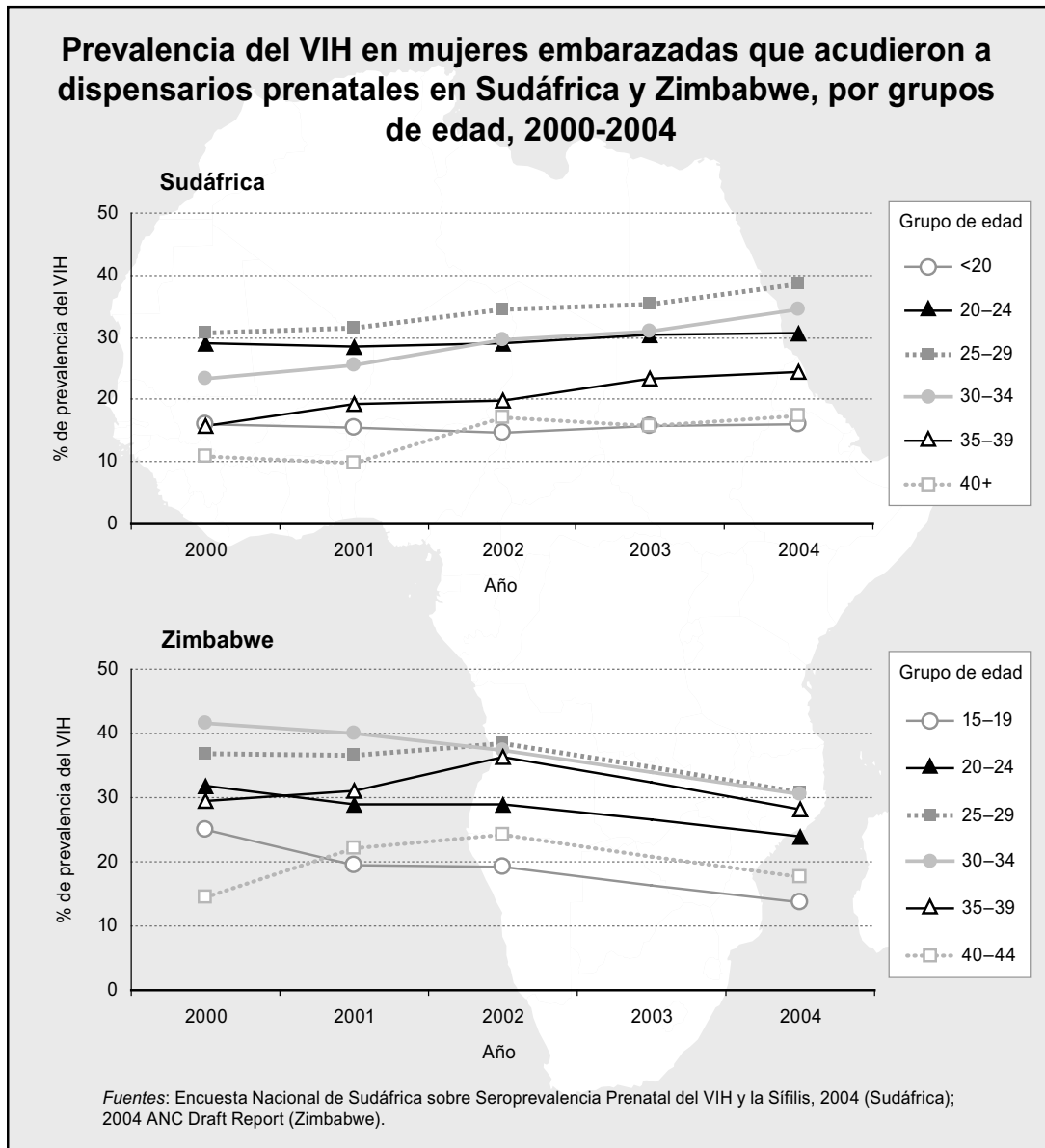


Figura 6

A pesar de todo, teniendo en cuenta que una de cada cinco mujeres embarazadas aún resulta VIH-positiva en la prueba, los niveles de infección siguen siendo de los más altos del mundo, lo que subraya la necesidad de reforzar las actividades de prevención. Resulta especialmente preocupante la posibilidad de que factores tales como la movilidad de la población, las separaciones matrimoniales y la inseguridad con respecto a los medios de vida, seguida del desplazamiento forzado de varios cientos de miles de zimbabwenses en 2005, inviertan el curso de estas recientes tendencias (Human Rights Watch, 2005).

Desgraciadamente, todavía no hay pruebas de un retroceso nacional en otras epidemias de África

meridional. Los nuevos datos de **Sudáfrica** muestran que la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas ha alcanzado los niveles más altos hasta la fecha: el 29,5% [intervalo, 28,5-30,5%] de las mujeres que acudían a los dispensarios prenatales eran VIH-positivas (Departamento de Salud de Sudáfrica, 2005). La prevalencia era muy elevada en mujeres de 25 a 34 años: se estimaba que más de una de cada tres vivía con el VIH. Entre las mujeres de 20 a 24 años, casi una de cada tres estaba infectada. En la provincia más castigada del país, KwaZulu-Natal, la prevalencia ha alcanzado el 40%, mientras que en las provincias de Eastern Cape, Free State, Gauteng, Mpumalanga y North West se ha mantenido excepcionalmente alta, entre el 27% y el 31%.

Los últimos datos ponen de manifiesto una característica destacada de la epidemia de Sudáfrica: la asombrosa velocidad con la que ha evolucionado. La prevalencia nacional del VIH en adultos de menos del 1% en 1990 se disparó a casi el 25% en diez años. Entre las muchachas embarazadas de 15 a 19 años, los niveles de infección por el VIH se han mantenido en 15-16% desde 2000, mientras que

los fallecimientos de sudafricanos responden a tendencias que coinciden estrechamente con las que se preveían en los modelos del SIDA.

En otros cuatro países de la región, **Botswana, Lesotho, Namibia y Swazilandia**, continúa registrándose una prevalencia del VIH muy alta, que a menudo supera el 30% en mujeres embarazadas. Una vez más, no hay indicios claros de un retroceso

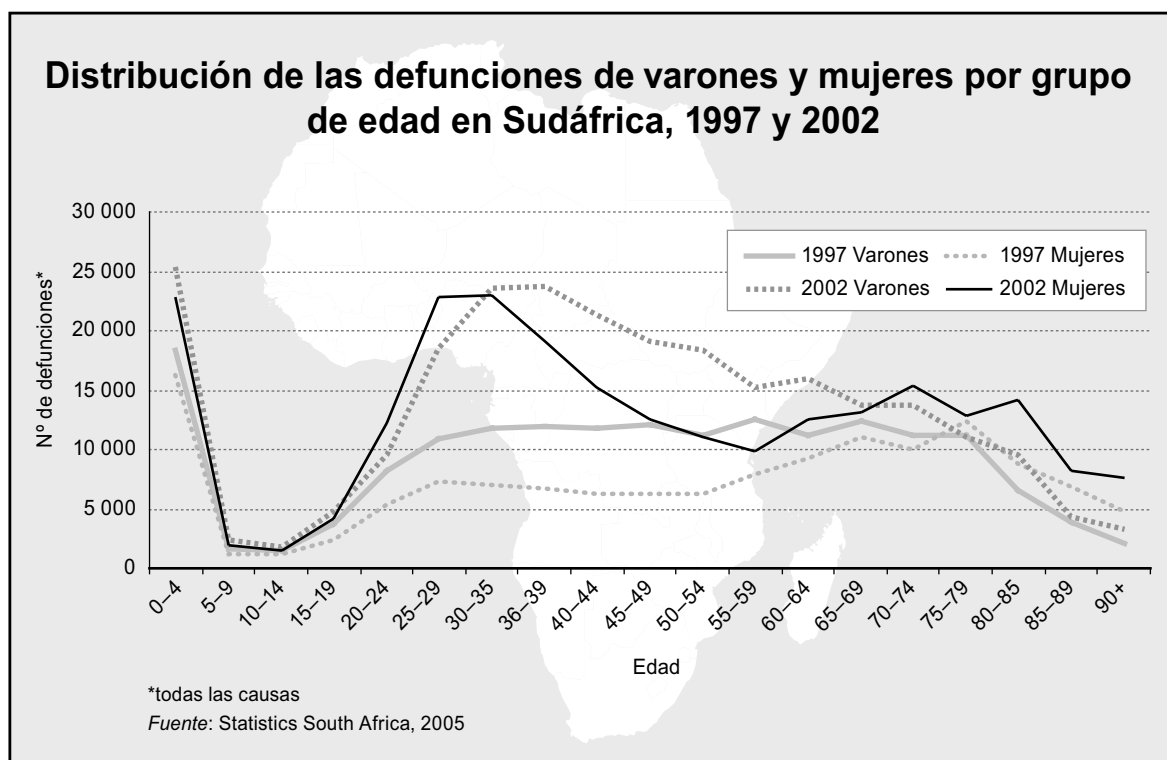


Figura 7

entre las de 20 a 24 años esos niveles permanecieron entre el 28% y el 31% en 2000-2004 (Departamento de Salud de Sudáfrica, 2005).

En Sudáfrica, donde se había quedado a la zaga de la mayoría de las epidemias de la subregión, el SIDA ahora está cobrándose un precio devastador en vidas humanas. Un reciente estudio de los datos del registro de defunciones indica que los fallecimientos de personas de 15 años y mayores aumentaron en un 62% entre 1997 y 2002, y que los de personas de 25 a 44 años eran más del doble. El estudio, basado en la información de casi 2,9 millones de certificados de defunción, demostró que más de la tercera parte de la totalidad de defunciones correspondía a personas pertenecientes a ese grupo de edad (Statistics SA, 2005). Se cree que el SIDA es responsable de buena parte de este cambio de tendencia de enormes proporciones que se muestra en la figura 7, y que

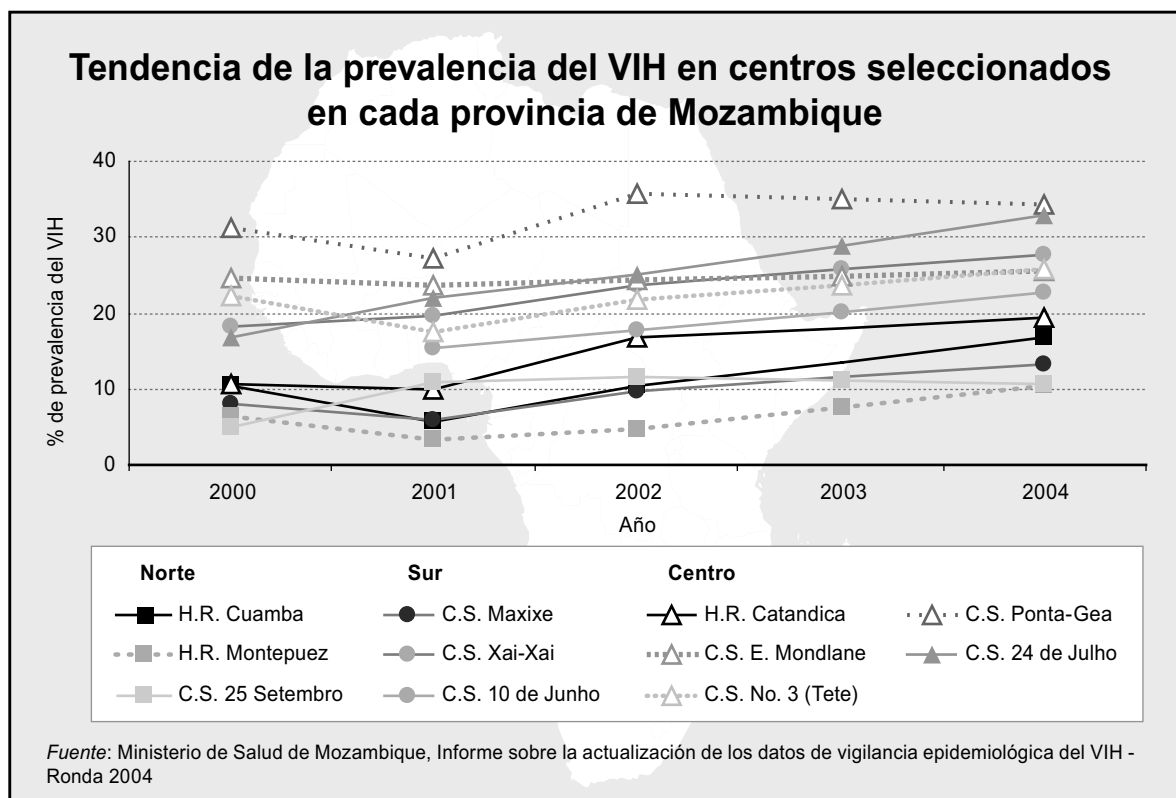
de la prevalencia. La epidemia de Swazilandia sigue su curso. La prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas aumentó vertiginosamente al 43% en 2004, del 34% registrado cuatro años antes. En 1992, se había mantenido en el 4% (Ministerio de Salud y Bienestar Social de Swazilandia, 2005). En el país hay poca variación regional en la prevalencia medida en mujeres embarazadas (Ministerio de Salud y Bienestar Social de Swazilandia, 2002), pero se observan unos pocos signos vacilantes que indican que algunas mujeres jóvenes están adoptando comportamientos más seguros (por ejemplo, parecen haber disminuido los embarazos adolescentes). Sin embargo, en una epidemia tan desenfrenada, las mujeres tienen abrumadoras posibilidades de infectarse si mantienen relaciones sexuales sin protección; entre las mujeres embarazadas de 25 a 29 años, hasta el 56% era VIH-positivo en 2004 (Ministerio de Salud y Bienestar Social de

Swazilandia, 2004). La prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas en **Lesotho**, al igual que en Swazilandia, es excepcionalmente elevada, aunque existen indicios de que podría estar estabilizándose. La prevalencia media del VIH era del 27% en la última medición efectuada entre las mujeres que acudían a dispensarios prenatales, ligeramente más baja que el 29% registrado en 2003 (Ministerio de Salud y Bienestar Social de Lesotho, 2005).

Una prevalencia nacional del VIH aparentemente estable puede ocultar características y tendencias locales muy variables, incluso en un país pequeño como **Malawi**. La prevalencia entre mujeres embarazadas iba de casi un 7% en un punto de la región central al 33% en el extremo meridional del país. Aunque la prevalencia nacional entre las mujeres que acuden a dispensarios prenatales se ha mantenido en torno al 20%, existen otras dos tendencias concretas que son motivo de preocupación. La prevalencia medida en los dispensarios de zonas rurales va en aumento (de más del 12,1% en 1999 al 14,5% en 2003), y la registrada entre mujeres jóvenes embarazadas es elevada (15% en el grupo de edad de 15 a 19 años, y 20% en el de 20 a 24 años) (Ministerio de Salud y Población de Malawi, 2003).

La epidemia de **Mozambique** —como la de Sudáfrica— va a la zaga de la de los otros países de la subregión. Sin embargo, los últimos datos muestran un grave empeoramiento de la epidemia general, con niveles de infección al alza en todas las regiones. (La prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas aumentó en 23 de los 34 dispensarios incluidos en la ronda de serovigilancia de 2004.) La prevalencia nacional del VIH en adultos subió del 14% a poco más del 16% en 2002-2004, con una propagación muy rápida en las provincias con los medios de transporte principales que conectan con **Malawi, Sudáfrica y Zimbabwe**. Entre las mujeres embarazadas de Caia (ubicada junto a la principal vía férrea que conecta con el sur de Malawi), la prevalencia del VIH aumentó casi el triple, del 7% en 2001 al 19% en 2004 (Ministerio de Salud de Malawi, 2005). En la provincia de Gaza, limítrofe con Zimbabwe y Sudáfrica (fuente importante de trabajadores migrantes para la industria y las explotaciones agrícolas sudafricanas), se registran elevados niveles de infección, así como en la provincia de Sofala, partida por la principal ruta de exportación de Zimbabwe. En general, los niveles de prevalencia del VIH más altos y que más rápidamente aumentan se encuentran en las provincias centrales y orientales mozambiqueñas,

Figura 8



donde la prevalencia nacional (ponderada) era de alrededor del 18% y el 20% respectivamente en 2004. Aunque la prevalencia es más baja en el sur, también va en aumento (Ministerio de Salud de Mozambique, 2005).

La prevalencia del VIH en **Zambia** sigue siendo elevada. La mediana nacional entre mujeres embarazadas adultas (de 15 a 44 años) se ha mantenido en un 18-20% desde 1994. Las tendencias de la prevalencia en aumento entre las muchachas de 15 a 19 años que acudieron a dispensarios prenatales en 1998-2002 (en Chilenje, Matero, Kasama, Kapiri Mposhi y

El hecho de que se haya registrado una prevalencia del 33% entre mujeres profesionales del sexo en Luanda indica que la epidemia puede avanzar de manera notable. (Grupo Temático sobre el VIH/SIDA, 2002). Un examen más detallado pone de manifiesto la acusada variación regional, con dos de las provincias más castigadas, Cunene y Kuando-Kubango, en la frontera con Namibia (en el norte del país, donde se han registrado los niveles más altos de infección por el VIH entre mujeres embarazadas).

La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas en **Namibia** varía de forma notable: del 8,5% en

*La sensibilización con respecto a la epidemia va en aumento,
pero los conocimientos específicos sobre el VIH siguen siendo insuficientes.*

Livingstone, entre otros lugares) indican que sigue habiendo tasas importantes de nuevas infecciones en partes del país (Monze, 2004). Los habitantes de las ciudades tienen el doble de probabilidades de estar infectados por el VIH que los de las zonas rurales, con los niveles de infección más altos concentrados en las ciudades y pueblos situados a lo largo de las rutas de transporte más importantes, incluidos Kabwe, Kapiri Mposhi, Livingstone y Ndola, donde entre el 22% y el 32% de las mujeres embarazadas eran VIH-positivas en 2002 (Consejo Nacional de Zambia del VIH/SIDA, 2002).

Angola, que aún está saliendo de décadas de guerra, tiene, con diferencia, la prevalencia del VIH más baja de África meridional. La última ronda de vigilancia del VIH estimó que, a nivel nacional, el 2,8% (del 2,5% al 3,1%) de las mujeres embarazadas eran VIH-positivas. (Departamento de Salud de Angola, 2004). La reciente ampliación de la vigilancia del VIH en el país (en la actualidad se recogen datos de dispensarios prenatales de 26 provincias) dificulta la comparación con estimaciones nacionales del VIH anteriores. La mejor clave para interpretar las tendencias actuales sería la prevalencia del VIH entre las mujeres de 15 a 24 años que acuden a dispensarios prenatales, y cuyas edades indicarían que la infección en la mayor parte de ellas podría haber sido relativamente reciente. La prevalencia del VIH en muchachas embarazadas estaba cerca del 3% o más en siete provincias (Cunene, Kuando-Kubango, Luanda, Lunda Norte, Lunda Sur, Namibe, Uige). Los únicos datos antiguos comparables corresponden a la capital, Luanda, donde la prevalencia se incrementó del 0,3% de mediados de los años 1980 (1986) al 4,4% en 2004.

Opuwo (en el extremo noroccidental) hasta más del 42% en Katima Mulilo (en la franja de Caprivi, situada entre Angola, Botswana y Zambia). En los puertos de Luderitz, Swakopmund y Walvis Bay, la prevalencia oscila entre el 22% y el 28%. En partes de Namibia, la epidemia es tan intensa como en las zonas más castigadas de Botswana, Sudáfrica y Swazilandia. Donde últimamente se han observado reducciones en los niveles de infección (como en Katutura y Oshakati), la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas todavía supera el 20%. En general, la ligera disminución de la prevalencia nacional registrada en la encuesta efectuada en dispensarios prenatales de 2004 no indica claramente que la epidemia del país se haya estabilizado. La interpretación tan cauta parece quedar confirmada por los niveles de infección entre las muchachas de 15 a 24 años que acudieron a los dispensarios prenatales, que indican tendencia ambivalentes, dependiendo de la ubicación. Mientras que en Andara, Nyangana, Otjiwarongo y Tsumeb ha habido una disminución significativa de la prevalencia entre las muchachas embarazadas, en lugares como Nankudu, Oshakati, Rundu y Swakopmund la tendencia ha sido exactamente la opuesta. (Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Namibia, 2004).

La epidemia de **Botswana** parece haberse estabilizado, pero la prevalencia nacional del VIH entre mujeres embarazadas se mantiene entre el 35% y el 37% desde 2001. En las muchachas embarazadas de 15 a 24 años, los niveles de infección por el VIH se mantienen estables desde 1999, pero en mujeres de más de 25 años, la prevalencia no ha parado de aumentar desde 1992 hasta alcanzar el 43% la última vez que se midió, en 2003. Los datos preliminares

de una nueva encuesta por hogares en Botswana han aportado la esperanza de que la epidemia podría ser más pequeña de lo que se indicaba anteriormente (Organismo Nacional de Botswana de Coordinación del SIDA, 2005). La encuesta estimaba en alrededor del 25% las mujeres de 15 a 49 años que vivían con el VIH, un porcentaje bastante más bajo que el 37% estimado, obtenido de los datos de los dispensarios prenatales (ONUSIDA, 2004). Sin embargo, dicha estimación debe interpretarse con prudencia, ya que la tasa tan alta de personas que no responden (el 44% de las participantes se negó a someterse a la prueba del VIH) podría haber distorsionado los resultados y llevado a subestimaciones de la prevalencia. A pesar de todo, la encuesta observó que el 6% de los niños de 18 meses a cuatro años de edad era VIH-positivo, en su mayoría debido a la transmisión maternoinfantil del virus. Los niveles de infección entre varones y mujeres mayores fueron inesperadamente elevados: 29% para el grupo de edad de 45 a 49 años, y 21% para el de poco más de 50. Las diferencias de conocimientos con respecto al VIH parecen persistir. Uno de cada cuatro encuestados no sabía que el uso sistemático del preservativo previene la transmisión, y sólo el 13% conocía tres maneras de prevenir la transmisión sexual del virus (Organismo Nacional de Botswana de Coordinación del SIDA, 2005).

La prevalencia nacional del VIH en adultos en **Madagascar** se ha elevado bruscamente en los últimos años, llegando a un 1,8% en 2005 (Ministerio de Salud de Madagascar, 2005). La epidemia está impulsada sobre todo por el contacto heterosexual sin protección. La sensibilización con respecto a la epidemia va en aumento, pero los conocimientos específicos sobre el VIH siguen siendo insuficientes. Cuando se realizó la encuesta, en 2003-2004, menos de uno de cada cuatro malgaches podía mencionar dos métodos para prevenir la transmisión sexual del

Mauricio y Seychelles hasta ahora no han experimentado epidemias de la magnitud de otras partes de la región. Sin embargo, en Mauricio el VIH se propaga entre los consumidores de drogas intravenosas. Se ha detectado una prevalencia del 10% al 20% entre dichos consumidores, y las autoridades sanitarias del país estiman que hasta 3000 consumidores de drogas intravenosas podrían estar viviendo con el VIH. También existen niveles significativos de infección (3-7%) entre mujeres profesionales del sexo. En las islas Seychelles hay una epidemia más pequeña en curso, donde se han diagnosticado menos de 400 casos de VIH desde 1987. Allí, el coito heterosexual es el modo principal de transmisión del virus, aunque desde 2000 también aumentan las cifras de los diagnósticos de VIH en varones que tienen relaciones sexuales con varones (Unidad de Control de Enfermedades Transmisibles, Seychelles, 2005). Los informes de un creciente consumo de drogas (incluida la heroína) suscitan la preocupación de que esta práctica también podría suponer una vía importante de transmisión de VIH.

ÁFRICA ORIENTAL

África oriental continua siendo el ejemplo más esperanzador de que se puede invertir el curso de las epidemias de SIDA graves. La caída nacional de la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas observada en **Uganda** desde mediados de los años 1990 se ve ahora reflejada en zonas urbanas de **Kenya**, donde disminuyen los niveles de infección, en algunos lugares de manera bastante acusada. En ambos países, es probable que los cambios comportamentales hayan contribuido a las modificaciones de la tendencia. Pero, en otros países de África oriental, la prevalencia del VIH ha descendido ligeramente o se ha mantenido estable durante los últimos años.

África oriental continúa siendo el ejemplo más esperanzador de que se puede invertir el curso de las epidemias de SIDA graves.

VIH e identificar tres ideas falsas sobre el SIDA (Ministerio de Economía, Finanzas y Presupuesto de Madagascar, 2005). Apenas el 12% de los muchachos y el 5% de las muchachas (de 15 a 24 años) dijeron que habían usado un preservativo durante la última relación sexual con una pareja ocasional (Dirección General de Lucha contra el SIDA *et al.*, 2004).

Las recientes investigaciones y los nuevos análisis permiten una mayor comprensión de la epidemia de Uganda, donde la prevalencia del VIH llegó a superar el 15% a principios de los años 1990 antes de disminuir a un ritmo constante, en parte como consecuencia de los esfuerzos nacionales de invertir el curso de la epidemia. Los datos sobre comportamientos sugieren que las tendencias de

disminución de la prevalencia del pasado podrían no continuar en el futuro sin un renovado enfoque en la prevención. Una encuesta nacional por hogares hecha en 2004-2005 detectó que los varones tenían muchas más probabilidades que las mujeres de tener parejas sexuales múltiples: el 29% de los varones y sólo el 4% de las mujeres dijeron que habían tenido más de una pareja sexual durante los últimos 12 meses. El uso del preservativo no estaba en absoluto generalizado: de los varones y mujeres que comunicaron que habían tenido relaciones sexuales

entre las personas de mediana edad y mayores era elevada; aproximadamente un 7% de los varones de 50 a 59 años estaba infectado, así como alrededor del 5% de las mujeres de la misma edad. En las zonas urbanas, la prevalencia del VIH entre las mujeres duplicaba a la de los varones (el 13% frente al 7,3%), mientras que en las zonas rurales era más o menos similar (7,2% frente al 5,6%). Se observó que los niveles de infección por el VIH, que varían mucho de una región a otra, eran más bajos en West Nile (de menos del 3%) y más altos en Kampala y

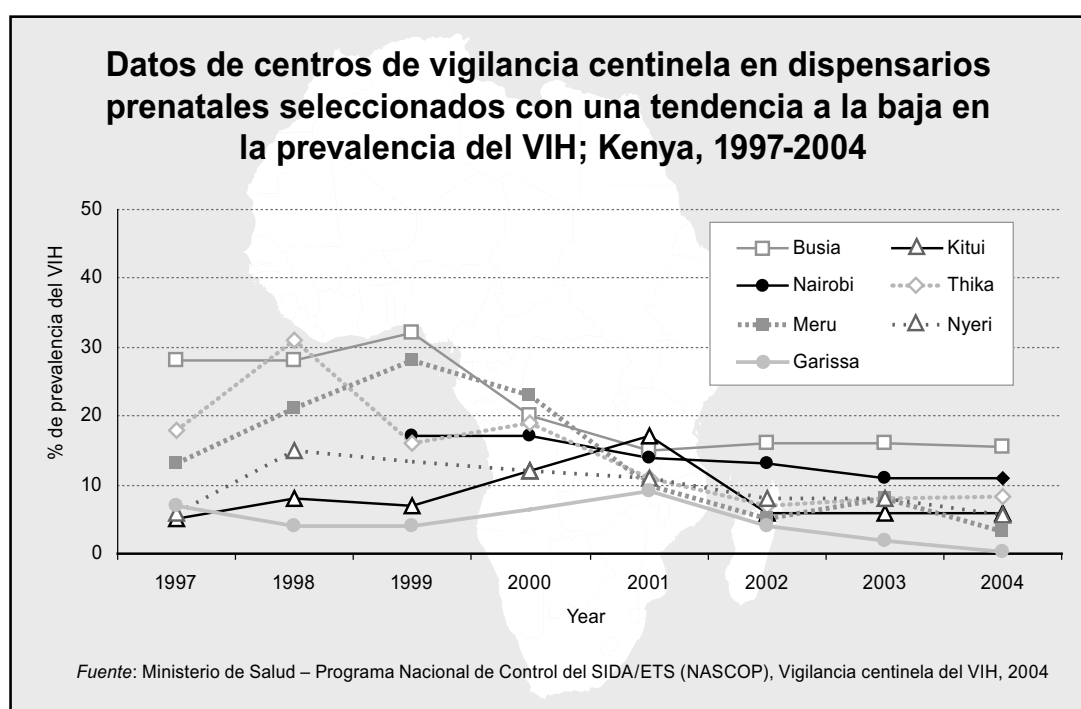


Figura 9

con una pareja ocasional durante el año anterior, aproximadamente la mitad había utilizado el preservativo con esa persona. También hay pruebas de la persistencia del estigma relacionado con el VIH: aproximadamente la mitad de los encuestados de ambos sexos respondieron que si un miembro de la familia contrajera el VIH preferirían mantenerlo en secreto (Ministerio de Salud de Uganda, 2005).

La encuesta estimó la prevalencia nacional del VIH en adultos en un 7%, más alta que las estimaciones más recientes derivadas de los datos de las pruebas del VIH efectuadas en dispensarios prenatales. (En 2003, el Ministerio de Salud de Uganda situó la prevalencia prenatal nacional del VIH en el 6,2%.) Según la encuesta, uno de cada diez ugandeses de 30 a 39 años era VIH-positivo, y la prevalencia

en las regiones del centro y centro-norte (más del 9%) (Ministerio de Salud de Uganda, 2005).

Estas conclusiones se reflejan en el estudio longitudinal en curso de Rakai, que indica que más de las dos terceras partes de las mujeres sexualmente activas de 16 a 25 años estaban casadas. No obstante, hay un gran número de mujeres de ese grupo de edad que se infectan. Más del 85% de las mujeres (y el 90% de los varones) con el VIH están o han estado casados. El hecho de que la mayoría de los varones con múltiples parejas esté casado pone de relieve la vulnerabilidad de las mujeres a la infección dentro del matrimonio (en efecto, el 45% de los varones casados habían tenido múltiples parejas sexuales en comparación con sólo el 5% de las mujeres). Para algunas muchachas, además, la abstinencia

¿Qué ha pasado en Uganda?

Las recientes conclusiones de un estudio efectuado durante varios años (1994-2003) de 44 comunidades de Rakai, en el sur del país, ha ayudado a perfeccionar los conocimientos sobre la progresión de la epidemia en Uganda. La prevalencia del VIH disminuyó bruscamente: entre las mujeres, del 20% en 1994-1995 al 13% en 2003, y entre los varones, del 15% al 9% en el mismo período. En general, esas reducciones se han atribuido al cambio comportamental. Sin embargo, en Rakai, las pruebas de dicho cambio han sido irregulares y los investigadores no han observado aumentos significativos de la abstinencia o la fidelidad. La proporción de adolescentes que mencionan haber tenido múltiples parejas sexuales prematrimoniales se ha incrementado de forma notable (de menos del 25% en 2000 a casi el 35% en 2003). El uso del preservativo con parejas ocasionales, sin embargo, ahora es más frecuente, especialmente en los varones, y posiblemente haya contribuido a reducir la prevalencia (Wawer *et al.*, 2005). Sin embargo, la mayor parte del empuje del descenso en la prevalencia de Rakai parece derivar del aumento de las tasas de mortalidad, hasta tal punto que, según los cálculos de los investigadores, aproximadamente el 5% de la disminución del 6,2% observada en la prevalencia del VIH entre 1994 y 2003 se debió al aumento de la mortalidad.

No está claro si las tendencias observadas en Rakai, ni hasta qué punto, también han tenido un papel importante en otras partes de Uganda. En el distrito de Masaka (cerca de Rakai), por ejemplo, la disminución de la incidencia del VIH en los años 1990 parece estar muy relacionada con el cambio comportamental (Mbulaiteye *et al.*, 2002). En Rakai, sin embargo (y en otras zonas del país), se observan posibles signos de un probable resurgimiento de la incidencia del VIH entre los jóvenes de ambos sexos (de 15 a 24 años). Estas tendencias subrayan la necesidad de revitalizar las estrategias de prevención del VIH (Wawer *et al.*, 2005).

sexual no era una opción: el 14% de ellas dijo que su primera experiencia sexual había sido forzada (Wawer *et al.*, 2005).

Uganda ha hecho grandes avances para ampliar el acceso al tratamiento. Se estima que la tercera parte de las personas que necesitaban terapia

zonas rurales, que luego disminuyeron aunque con una tasa más lenta que en los primeros (Ministerio de Salud de Kenya, 2005). Ésta es sólo la segunda vez durante más de dos décadas que se ha visto una reducción sostenida en los niveles de infección por el VIH nacionales en un país de África subsahariana. Los descensos más acusados en la prevalencia del

Los descensos más acusados en la prevalencia del VIH se han registrado entre las mujeres embarazadas de las zonas urbanas de Kenya.

antirretrovírica la recibía a mediados de 2005: la mejor cobertura corresponde a África subsahariana, con la posible excepción de Botswana (ONUSIDA/OMS, 2005). A pesar de los logros admirables de la última década en materia de prevención, tratamiento y atención, Uganda no ha vencido la epidemia. Las conclusiones de las investigaciones recientes recalcan la necesidad de un renovado énfasis en estrategias de prevención integrales que puedan responder a los desafíos planteados por las epidemias maduras, donde se está mejorando el acceso al tratamiento antirretrovírico.

La epidemia de **Kenya** llegó a su apogeo a finales de la década de 1990, con una prevalencia general del VIH del 10% en adultos, que se redujo al 7% en 2003. Los niveles de infección en los habitantes de las zonas urbanas alcanzaron su punto culminante a mediados de los años 1990, antes que en los habitantes de las

VIH se han registrado entre las mujeres embarazadas de las zonas urbanas de Kenya, especialmente en Busia, Meru, Nakuru y Thika, donde la prevalencia mediana del VIH cayó bruscamente de alrededor del 28% en 1999 al 9% en 2003. También ha habido descensos significativos en Garissa, Kajiado, Kisii, Kitale, Kitui y Nyeri, mientras que la prevalencia entre mujeres embarazadas también ha disminuido en la capital, Nairobi (Baltazar, 2005).

Es posible que la disminución de la incidencia y prevalencia del VIH haya sido causada en parte por el cambio comportamental, pero también puede ser que dos progresiones “naturales” del SIDA hayan reducido la prevalencia. Primero, a medida que las epidemias maduran y un mayor número de personas fallece por enfermedades relacionadas con el SIDA, las tasas de mortalidad pueden superar a las de nuevas infecciones. Como consecuencia,

disminuiría el número total de personas que viven con el VIH (y se reduciría la prevalencia), pero eso no necesariamente significa que haya disminuido la tasa de nuevas infecciones. Segundo, en las primeras etapas de la epidemia, el VIH se propaga fundamentalmente entre las personas que tienen más riesgo de contraer y transmitir el virus. Con el tiempo, su fallecimiento los elimina de los circuitos de transmisión del VIH y (como todo lo demás sigue igual) podría producir una disminución de la incidencia del VIH, lo que se traduciría también en una prevalencia más baja. El cambio comportamental, por tanto, es sólo un aspecto de lo que incide en la incidencia y prevalencia del VIH.

En el caso de **Kenya**, también se ha demostrado que un número significativo de kenyanos ha adoptado en los últimos años comportamientos sexuales más seguros. El uso del preservativo con parejas ocasionales ha aumentado, sobre todo de forma sorprendente en las mujeres: en 2003, casi el 24% (23,9%) dijo que había usado un preservativo la última vez que había mantenido una relación sexual ocasional, en comparación con el 15% cinco años antes (en 1998). Además, la proporción de varones y mujeres con más de una pareja sexual se ha reducido a más de la mitad entre 1993 y 2003, y hay más jóvenes de ambos sexos que aplazan el inicio de la actividad sexual (Cheluget *et al.*, 2004). También hay indicios de una disminución de la tasa de otras infecciones de transmisión sexual. Todo esto tiene lugar en un entorno de amplias campañas de información sobre el VIH, programas de asesoramiento y pruebas voluntarias y una mejora gradual del acceso a la terapia antirretrovírica. Sin embargo, la reducción de la prevalencia del VIH aún no es evidente en todo el país, donde todavía se observa una disparidad importante de los niveles y tendencias del VIH. En 2004, la prevalencia en los dispensarios prenatales variaba de un 2% y menos (en Bamba, Garissa y Kajiado) [1,6%, 0,4% y 2%, respectivamente] a un elevado 14% en Chulaimbo, 16% en Busia y 30% en Suba (Baltazar, 2005).

En la **República Unida de Tanzania**, alrededor del 7% de la población adulta continental vive con el VIH, según una nueva encuesta por hogares. En las ciudades y poblaciones medianas, la prevalencia media es del 11%, el doble de los niveles encontrados en las zonas rurales. Las infecciones por el VIH se han incrementado de forma notable en los grupos de edad mayores, con una prevalencia que llega al 13% en mujeres de 30 a 34 años (Comisión Nacional de

Tanzania sobre el SIDA, 2005). Las pruebas del VIH efectuadas en los dispensarios prenatales, mientras tanto, han puesto de manifiesto tendencias de infección variadas, con una prevalencia que oscila de casi el 5% (4,8%) en Kagera a más del 15% (15,3%) en Mbeya (Ministerio de Salud de la República Unida de Tanzania, 2004). Sin embargo, es importante tener en cuenta que la prevalencia media del VIH en los dispensarios prenatales de Mbeya superaba el 20% hace una década (1994), y llegaba al 36% en algunos, antes de disminuir a los niveles actuales (Jordan-Harder *et al.*, 2004).

Las tendencias de la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas indican una epidemia general relativamente estable, pero los bajos niveles de infección entre los jóvenes tanzanos y las conclusiones de las encuestas por hogares señalan una reducción de la transmisión del VIH. Las infecciones diagnosticadas en los dispensarios prenatales han bajado ligeramente en las regiones de Dar es Salaam y Mtwara desde 2002, pero aumentado en Dodoma. Al mismo tiempo, alrededor del 40% de los varones casados respondió que tenía relaciones sexuales extramatrimoniales, según un reciente estudio en zonas rurales del país (Nko S *et al.*, 2004). (Para consultar los resultados comparativos de las iniciativas de prevención en las regiones de Mbeya y Rukwa, véase *Situación de la epidemia de SIDA 2004*.)

La epidemia de **Rwanda** parece haberse estabilizado en los niveles nacionales de los últimos años, pero resultan visibles diferentes tendencias locales, con una prevalencia del VIH en mujeres embarazadas al alza en algunas zonas, estable en otras, y a la baja en unos pocos lugares (como Gikondo). En general, la prevalencia de las zonas urbanas (6,4% de prevalencia mediana en 2003) duplica la de las zonas rurales (2,6%), y la ciudad de Kigali es la más afectada con diferencia, a pesar de algunos datos que indicaban un descenso en los niveles de infección entre 1998 y 2003 en las mujeres embarazadas menores de 35 años (Kayirangwa, 2004). La ampliación del programa del SIDA en el país señala una tendencia esperanzadora. Los centros que ofrecen servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH han aumentado en una tercera parte durante el pasado año, los que ofrecen asesoramiento y pruebas voluntarias se han incrementado y el número de personas que dispone de tratamiento antirretrovírico subió de 8700 en 2004 a más de 13 000 en junio de 2005 (Binagwaho *et al.*, 2005). No hay una tendencia clara discernible en el

vecino **Burundi**, donde la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas oscila del 2% (en Kiremba) al 13% (en un suburbio de la capital, Bujumbura) y fluctúa en la mayor parte de los puntos de vigilancia centinela (Ministerio de Salud Pública de Burundi, 2004).

Aunque la tasa de prevalencia nacional del VIH en **Etiopía** es baja (estimada en un 4,4%) comparada con la de muchos otros países más meridionales (Ministerio Federal de Salud de Etiopía, 2004), el país se enfrenta a muchos desafíos para abordar el SIDA. La epidemia está concentrada sobre todo en las zonas urbanas, donde la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas era de un promedio del 12–13% desde mediados de los años 1990. En una sociedad donde el 85% de la población vive en zonas rurales, el aumento de la prevalencia en adultos en dichas zonas (de más de un 1,9% en 2000 al 2,6% en 2003) es motivo de preocupación. En efecto, una buena parte del peso del SIDA está trasladándose a las comunidades rurales, donde ahora hay más personas infectadas por el VIH que en las urbanas (Ministerio Federal de Salud de Etiopía, 2004). Con aproximadamente 1,5 millones de personas que vivían con el VIH en 2004 y más de 4,5 millones de huérfanos (incluidos los 50 000 niños, por lo menos, huérfanos por el SIDA), Etiopía se enfrenta a la enorme tarea de proveer de tratamiento, atención y apoyo adecuados a los hogares afectados (ONUSIDA, 2004). En un país en el que el SIDA causó alrededor de un 30% de todos los fallecimientos de adultos en 2003, menos del 10% de las personas que necesitaban terapia antirretrovírica la recibían a mediados de 2005 (Ministerio Federal de Salud de Etiopía, 2004; ONUSIDA/OMS, 2005).

Hay poca información nueva con respecto a la epidemia de la vecina **Eritrea**, donde la encuesta de vigilancia del VIH de 2003 indicó que estaba estabilizándose a niveles relativamente bajos (2,4% de prevalencia general del VIH en adultos). Sin embargo, los niveles de infección varían de manera considerable en el país, y van de menos del 2% en el oeste a más del 7% en el sudeste (Ministerio de Salud de Eritrea, 2004).

Hasta hace muy poco, no se sabía mucho del alcance de la transmisión del VIH en **Somalia**, pero una encuesta efectuada en 2004 indica que el virus está presente en la mayor parte del país, aunque los niveles de infección son aún bajos. Según la

encuesta, la prevalencia nacional del VIH entre mujeres embarazadas era del 0,6%, con los mayores niveles de infección registrados en la capital, Mogadishu (0,9%) y los menores en Merca (donde apenas se detectaron infecciones) (OMS 2005). Por otra parte, el hecho de que el 4% de las personas que solicitaron tratamiento para infecciones de transmisión sexual fuera VIH-positivo (y el 7% que acudió a un dispensario de Mogadishu) parece indicar que la epidemia sigue concentrada. Como el país está en proceso de reconstrucción tras un conflicto devastador, es posible que la prevención del VIH no esté entre sus prioridades más importantes. Los conocimientos sobre la transmisión del VIH son muy escasos, y el uso del preservativo es raro (el 13% de los varones de 15 a 24 años nunca había usado ninguno, así como el 5% de la muchachas) (OMS, 2005).

ÁFRICA ORIENTAL Y CENTRAL

Aunque las epidemias de África occidental varían en tamaño e intensidad, esta subregión ha estado históricamente menos castigada que otras partes de África subsahariana. La prevalencia nacional del VIH en adultos no supera aún el 10% en ningún país de África occidental, y no hay pruebas sólidas de cambios significativos en la prevalencia entre mujeres embarazadas en los últimos años.

En **Nigeria** viven más personas con el VIH que en ningún otro país del mundo, excepto Sudáfrica y la India: entre 3,2 y 3,6 millones de personas a finales de 2003 (ONUSIDA, 2004). La prevalencia mediana del VIH en mujeres embarazadas parece haberse estabilizado en alrededor del 4%. Aunque dicha prevalencia varía (del 2,3% en la zona suroccidental al 7% en el centro-norte), la estabilización de las tendencias es evidente en casi todos los dispensarios prenatales encuestados desde mediados de la década de 1980. La única excepción es el estado de Cross River, donde los niveles de infección aumentaron del 4% en 1993-1994 al 12% en 2003 (Ministerio Federal de Salud de Nigeria, 2004). Las razones de este acusado incremento no están claras.

En **Côte d'Ivoire**, la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas de zonas urbanas se ha mantenido constante en un 10% desde 1997 (y en más o menos la mitad entre las de las zonas rurales). El único cambio marcado se ha registrado entre las mujeres profesionales del sexo que, en Abidján, por ejemplo, han registrado un descenso en la prevalencia

del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, probablemente reflejo del incremento del uso del preservativo (Ekra *et al.*, 2004). Lamentablemente, el conflicto civil del país ha impedido recoger nuevos datos relacionados con el VIH.

Togo, al parecer, tiene un nivel nacional de infección por el VIH estable (aproximadamente del 4%, pero con variaciones regionales significativas). La prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas oscila del 2% en dispensarios de las regiones Central y Kara, a más del 7% en las regiones Maritime, Plateaux y Savanes, así como en la capital, Lomé (Ministerio de Salud de Togo, 2004). La epidemia de la vecina **Ghana** parece estar en el mismo camino de estabilidad, con una prevalencia del VIH medida en los dispensarios prenatales que fluctuó entre el 2,5% y el 4% durante la década pasada. Más al norte, en **Burkina Faso**, la prevalencia del VIH en los dispensarios prenatales fue del 2,7% en 2003, pero se observa una tendencia a la baja en la prevalencia entre mujeres embarazadas de 15 a 24 años en las zonas urbanas. El nivel de prevalencia del 1,9% registrado en 2003 entre mujeres jóvenes embarazadas fue de la mitad que el de 2001, de 3,9% (Presidencia de Faso, 2005). En la capital, Ouagadougou, ha habido un acusado descenso en los niveles de infección en las mujeres profesionales del sexo, el 59% de las cuales resultaron VIH-positivas cuando se sometieron a la prueba en 1994, en comparación con el 21% en 2002 (Kintin *et al.*, 2004). Son tendencias alentadoras.

Los niveles nacionales de infección en **Malí** y el **Senegal** siguen por debajo del 2% (Ministerio de Salud de Malí, 2004; Ministerio de Salud y Prevención Médica del Senegal, 2004). En el Senegal, la prevalencia del VIH no superó el 3% en ninguno de los dispensarios prenatales durante la ronda más reciente de vigilancia del VIH en 2002-2003. Sin embargo, en las Encuestas de Demografía y Salud de 2005, se registró una prevalencia del 3,4% en mujeres adultas en Ziguinchor y del 2,7% en Kolda, al sur, junto a la frontera con Guinea-Bissau (Centro de Investigaciones para el Desarrollo Humano y MEASURE DHS+, 2005). Entre los profesionales del sexo, la prevalencia se ha mantenido más o menos en los mismos niveles altos (21% en Dakar y 30% en Ziguinchor) durante cerca de una década (Gomes *et al.*, 2005).

El **Camerún** padece una de las epidemias más graves de África central, tal como ha confirmado la nueva encuesta por hogares, que estima que la prevalencia del VIH se mantuvo en el 5,5% en 2004 (Ministerio de Salud Pública del Camerún, 2004). Entre las mujeres, los niveles de infección alcanzaron o superaron el 10% en tres regiones (Adamaoua, Nororiental y Sudoriental), así como en la capital, Yaoundé. A nivel nacional, se observó que una de cada diez mujeres de 25 a 29 años vivía con el VIH. Hasta 110 000 personas (y posiblemente más) viven con el VIH en la **República del Congo**, donde la prevalencia del VIH varía notablemente de una zona del país a otra. Se han observado niveles de infección bajos de poco más del 1% en Impfondo y Djambala, pero en Sibiti, por ejemplo, la prevalencia en adultos era del 10% (Ministerio de Salud de la República del Congo, 2004).

Los progresos en la ampliación del suministro de tratamiento y atención en África subsahariana durante el pasado año han sido desparejos. Por lo menos una tercera parte de las personas que necesitan terapia antirretrovírica la recibe en países como **Botswana** y **Uganda**, mientras que en **Camerún**, **Côte d'Ivoire**, **Kenya**, **Malawi** y **Zambia**, entre el 10% y el 20% de las personas que necesitaban fármacos antirretrovíricos los recibía a mediados de 2005. Pero en la mayor parte de la región la necesidad es enorme y no se satisface. Por lo menos el 85% (casi 900 000) de los sudafricanos que necesitaban fármacos antirretrovíricos, seguían sin recibirlos a mediados de 2005; lo mismo era válido para el 90% o más en países como **Etiopía**, **Ghana**, **Lesotho**, **Mozambique**, **Nigeria**, **República Unida de Tanzania** y **Zimbabwe** (ONUSIDA/OMS, 2005).

En África meridional y oriental, así como en parte de África central, es muy probable que continúe habiendo graves epidemias de SIDA durante un tiempo. Los retrocesos en las epidemias observados en Uganda y, últimamente, en Kenya y Zimbabwe confirman que éstas pueden responder a intervenciones específicas relacionadas con el VIH. Sin embargo, en entornos de alta prevalencia, es igualmente importante que se sigan abordando las dinámicas socioeconómicas y socioculturales que crean situaciones de vulnerabilidad, de modo que la reducción se mantenga allí donde se ha iniciado y se consiga allí donde se necesita.

ASIA

Estadísticas y características del VIH y el SIDA, en 2003 y 2005

	Adultos y niños que vivían con el VIH	Número de mujeres que vivían con el VIH	Nuevos casos de infección por el VIH en adultos y niños	Prevalencia del VIH en adultos (%)	Defunciones de adultos y niños a causa del SIDA
2005	8,3 millones [5,4–12,0 millones]	2,0 millones [1,3–3,0 millones]	1,1 millones [600 000–2,5 millones]	0,4 [0,3–0,6]	520 000 [330 000–780 000]
2003	7,1 millones [4,6–10,4 millones]	1,7 millones [1,1–2,5 millones]	940 000 [510 000–2,1 millones]	0,4 [0,2–0,5]	420 000 [270 000–620 000]

Los niveles nacionales de infección por el VIH en Asia son bajos en comparación con algunos otros continentes, en particular África. Pero las poblaciones de muchos países asiáticos son tan grandes que incluso una baja prevalencia nacional supone un gran número de personas que viven con el VIH. Las últimas estimaciones indican que unos 8,3 millones [5,4 - 12 millones] de personas (2 millones [1,5 millones - 3,3 millones] de mujeres adultas) vivían con el VIH a finales de 2004, incluidos los 1,1 millones [600 000-2,5 millones] que se infectaron durante el pasado año. El SIDA se cobró unas 520 000 [350 000-810 000] vidas en 2005.

CHINA

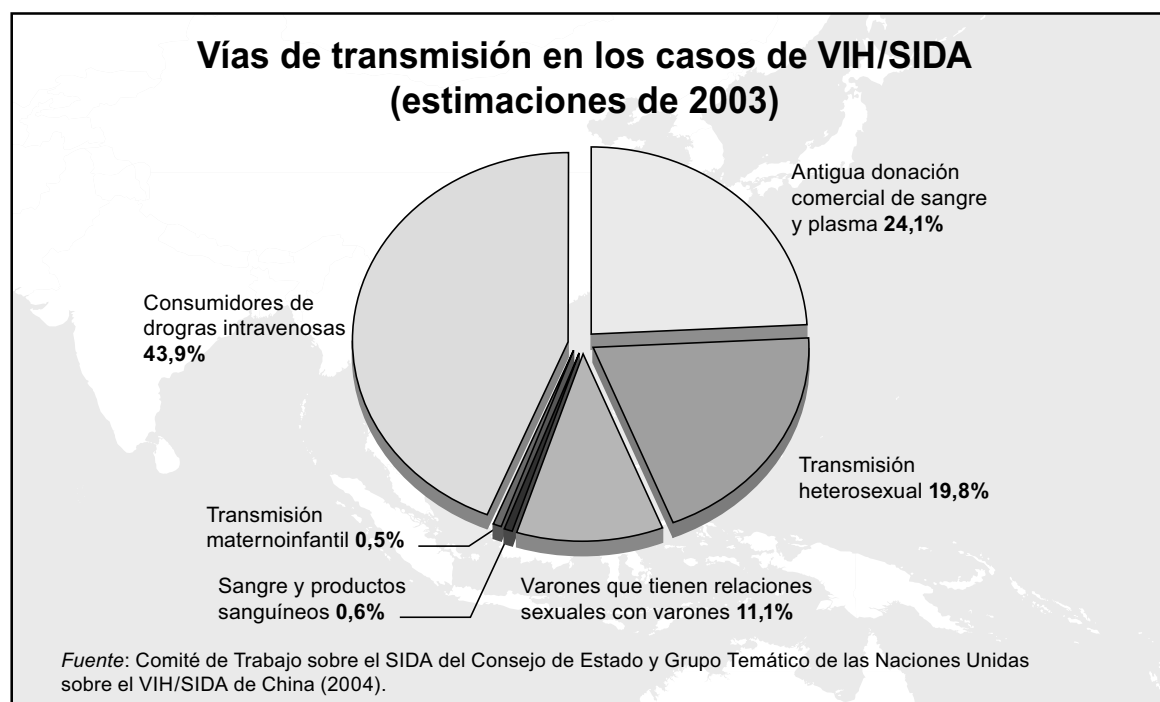
El VIH se ha detectado en el 48% de los distritos de **China** pero está presente en la totalidad de las 31 provincias del país, regiones autónomas y municipios. Serán necesarios mayores esfuerzos para contener la epidemia emergente (Comité de Trabajo sobre el SIDA del Consejo de Estado y Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2004). Hasta la fecha, las epidemias de VIH más graves de China se han concentrado en grupos específicos de población (tales como consumidores de drogas intravenosas, profesionales

Los comportamientos de riesgo —a menudo más de uno— siguen alimentando graves epidemias de SIDA en Asia.

Los comportamientos de riesgo —a menudo más de uno— siguen alimentando graves epidemias de SIDA en Asia. El núcleo de muchas de ellas radica en la interrelación entre consumo de drogas intravenosas y relaciones sexuales sin protección, remuneradas en buena parte. Sin embargo, las estrategias de protección raramente reflejan que esas combinaciones de comportamientos de riesgo existen prácticamente en todos los países de la región. Como consecuencia, muchas epidemias de Asia están en transición, incluidas las de aquellos países en los cuales la propagación del VIH se había contenido hasta la fecha.

del sexo, ex donantes de plasma, y sus parejas) y en ciertas zonas geográficas, especialmente en el sur y el oeste del país. La mayor parte de las infecciones por el VIH se ha detectado en las provincias de Yunnan y Henan y en la región autónoma de Guangxi. Por el momento, las menos afectadas son la provincia de Qinghai y la región autónoma del Tibet (Comité de Trabajo sobre el SIDA del Consejo de Estado y Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2004).

En 2002, la prevalencia del VIH en consumidores de drogas intravenosas se situó entre el 18% y el 56%

**Figura 10**

en seis ciudades de las provincias meridionales de Guangdong y Guangxi, mientras que en la provincia de Yunnan poco más del 20% de los consumidores de drogas sometidos a la prueba resultaron VIH-positivos en 2003 (Centro Nacional de China para el Control y Prevención del SIDA/ETS, 2003). China ha anunciado planes para establecer más de 1400 centros de intercambio de jeringas y más de 1500 centros de tratamiento toxicológicos en siete provincias meridionales y occidentales, donde se calcula que viven alrededor de dos millones de consumidores de drogas intravenosas (Zunyou, 2005).

Las relaciones sexuales comerciales son responsables de buena parte del 20% estimado de las infecciones en China, debidas a las relaciones heterosexuales no protegidas (Comité de Trabajo sobre el SIDA del Consejo de Estado y Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2004). También intervienen en la transmisión del virus entre varones que tienen relaciones sexuales con varones: una reciente encuesta efectuada entre varones profesionales del sexo en la ciudad meridional de Shenzhen indicó que el 5% era VIH-positivo. Sin embargo, es probable que el posible solapamiento de relaciones sexuales comerciales y consumo de drogas se convierta en el motor principal de la epidemia en China. Una reciente revisión de los estudios comportamentales llegó a la conclusión de que la mitad de las mujeres consumidoras de drogas también había mantenido en algún momento

relaciones sexuales remuneradas (Yang *et al.*, 2005). En la provincia de Sichuan, el 2,5% de las profesionales del sexo manifestó que se inyectaba drogas, al igual que el 5% de las profesionales del sexo que trabajaba en la calle. Esas últimas tenían el mayor número de clientes y los niveles más bajos de uso del preservativo (MAP, 2005a). En la misma provincia, casi una de cada dos mujeres encuestadas en la vigilancia comportamental de consumidores de drogas intravenosas manifestó que había intercambiado sexo por dinero o drogas en el mes anterior. Para agravar la situación, se añade el hecho de que las consumidoras de drogas que mantenían relaciones sexuales remuneradas sin preservativos eran las que más probabilidades tenían de utilizar material de inyección contaminado. Las personas que corren el mayor riesgo de contraer el VIH a través de las prácticas de inyección peligrosas son las que tienen también la más alta probabilidad de transmitirlo por la vía sexual, una combinación potencialmente letal que podría ser el motor de una epidemia mucho más grave (MAP, 2005a).

La mayor parte de las mujeres profesionales del sexo proceden de zonas rurales remotas, tienen un bajo nivel de educación y pocos conocimientos sobre el VIH. Los estudios comportamentales indican que muchas continúan manteniendo relaciones sexuales sin protección incluso tras haber descubierto síntomas de infecciones de transmisión sexual en ellas o sus clientes (Yang *et al.*, 2005).

Es menester realizar esfuerzos concertados para permitirles protegerse del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (Zhang *et al.*, 2004). No obstante, existen algunos signos de progreso en este frente. Aunque el uso sistemático del preservativo sigue siendo insuficiente, en Guangxi, por ejemplo, el número de profesionales del sexo que lo utilizaba siempre superó en 2003 al número de aquellos que no lo habían usado nunca (MAP, 2005b). Por otro lado, en Sichuan sólo la mitad de los profesionales

para junio de 2005: alrededor de 20 000 personas recibían los fármacos en las 28 provincias y regiones autónomas en las que se introdujo el tratamiento antirretrovírico (Ministerio de Salud de China, 2005).

Varias limitaciones dificultan una respuesta al SIDA más eficaz en China. Entre otras, una escasa sensibilización de la población con respecto a la epidemia, y el estigma y la discriminación que

La mayor parte de las mujeres profesionales del sexo proceden de zonas rurales remotas, tienen un bajo nivel de educación y pocos conocimientos sobre el VIH.

del sexo encuestados en 2002 comunicó el uso del preservativo con todos sus clientes durante el mes anterior (MAP, 2005b).

Hay indicios de que en partes del país el VIH se propaga de las poblaciones con comportamientos de alto riesgo a segmentos más amplios de la población. Las pruebas anónimas entre jóvenes solteros señalan una prevalencia del VIH del 1%, mientras que ésta alcanza un 5% entre las mujeres embarazadas en algunas zonas en las que el VIH ha arraigado entre los consumidores de drogas intravenosas y los profesionales del sexo. En partes de Yunnan y Xinjiang, se registra una prevalencia del VIH del 1,3% y el 1,2%, respectivamente, en mujeres embarazadas (Ministerio de Salud de China y Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2003).

Los datos relacionados con la transmisión del VIH entre varones que tienen relaciones sexuales con varones son muy limitados. Los pocos estudios llevados a cabo hasta ahora indican tasas bajas de uso del preservativo (alrededor del 40% de los varones no usa preservativos en Changde y Xi'an, por ejemplo, y el 33% de Shenzhen lo usa raramente o nunca) y una prevalencia significativa del VIH (en un estudio del 2001 al 2003 en Beijín, el 3% de los varones que tenía relaciones sexuales con varones era VIH-positivo) (Choi *et al.*, 2003). En China hay un número importante de varones que tienen relaciones sexuales con varones; una vez que el VIH se instale entre esta población, es probable que tenga lugar una epidemia de VIH más grave.

China ha hecho lentos progresos para cumplir su promesa de 2003 de suministrar tratamiento antirretrovírico gratuito a todos los que lo necesitan

padecen las personas que viven con el VIH. Como consecuencia, las peticiones de asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH siguen siendo bajas, y seguirán siéndolo a menos que se reduzcan el estigma y la discriminación y se amplíe la disponibilidad de los programas integrados de prevención, tratamiento y atención. Es importante que los programas de pruebas del VIH se basen claramente en el consentimiento informado, la confidencialidad y el asesoramiento.

INDIA

Hay en curso diversas epidemias en la **India**, donde se estima que 5,1 millones de personas vivían con el VIH en 2003 (NACO, 2004a). Aunque los niveles de prevalencia de la infección por el VIH parecen haberse estabilizado en algunos estados (Tamil Nadu, Andhra Pradesh, Karnataka y Maharashtra), siguen avanzando en los grupos de población de riesgo en otros estados. Como consecuencia, la prevalencia general del VIH ha seguido aumentando. La prevalencia entre las mujeres embarazadas es aún muy baja en los estados septentrionales pobres y densamente poblados de Uttar Pradesh y Bihar. Pero incluso un incremento relativamente pequeño de la transmisión del VIH podría traducirse en cantidades ingentes de personas infectadas en esos estados, ya que en ellos vive una cuarta parte de la población total de la India.

Se ha registrado una prevalencia de alrededor del 1% en las mujeres embarazadas de cuatro estados industrializados occidentales y meridionales de la India (concretamente, Andhra Pradesh, Karnataka, Maharashtra y Tamil Nadu) y en los estados nororientales de Manipur y Nagaland (NACO,

2004a). El VIH, transmitido sobre todo a través de las relaciones sexuales no protegidas y el consumo de drogas intravenosas en el noreste del país, se propaga más allá de las zonas urbanas. En Karnataka y Nagaland, más del 1% de las mujeres de las zonas rurales que se sometieron a la prueba en 2003 eran VIH-positivas. Una proporción significativa de nuevas infecciones tiene lugar en mujeres casadas, infectadas a través del esposo que frecuenta o frecuentaba profesionales del sexo. El comercio sexual (junto con el consumo de drogas intravenosas en los casos de Nagaland y Tamil Nadu) es el motor principal de las epidemias en la mayoría de las zonas de la India. La vigilancia del VIH de 2003 puso de manifiesto que el 14% de los profesionales

preservativos evitan la infección por el VIH, y en algunos estados, como Haryana, menos de la mitad de la totalidad de profesionales del sexo (de prostíbulos y de la calle) sabía que previenen el VIH. Una gran proporción de profesionales del sexo (el 42% a escala nacional) pensaba también que podía saber si un cliente tenía el VIH por su aspecto físico (MAP, 2005b).

En el noreste de la India, la transmisión del VIH se concentra sobre todo en los consumidores de drogas intravenosas y sus parejas (algunos de los cuales también practican el comercio sexual como clientes o profesionales), especialmente en los estados de Manipur, Mizoram y Nagaland, todos ellos limítrofes

Una proporción significativa de nuevas infecciones tiene lugar en mujeres casadas que se han infectado a través de sus esposos.

del sexo en Karnataka y el 19% en Andhra Pradesh estaban infectados por el VIH (NACO, 2004b). No es de extrañar el reciente dato que indica que el 26% de los profesionales del sexo en la ciudad de Mysore (Karnataka) es VIH-positivo, teniendo en cuenta que sólo el 14% de las mujeres usa sistemáticamente el preservativo con sus clientes y el 91% no lo usa nunca durante las relaciones sexuales con sus parejas habituales (Reza-Paul, 2005).

Los famosos logros obtenidos entre los profesionales del sexo de la zona de prostitución de Sonagachi en Kolkata (Bengala Occidental) han demostrado que los programas de relaciones sexuales seguras que dan capacidad de decisión a los profesionales del sexo pueden frenar la propagación del VIH. El uso del preservativo en Sonagachi ha aumentado hasta el 85% y la prevalencia del VIH entre los profesionales del comercio sexual se ha reducido a menos del 4% en 2004 (tras haber llegado al 11% en 2001). En Mumbai, por el contrario, los datos disponibles indican que los esfuerzos esporádicos e irregulares para promover el uso del preservativo durante las relaciones sexuales remuneradas no han sido tan eficaces; allí, la prevalencia del VIH entre las mujeres profesionales del sexo no baja del 52% desde 2000 (NACO, 2004b).

La información y sensibilización sobre el VIH entre los profesionales del sexo parece ser escasa, especialmente entre los que trabajan en la calle. Las encuestas efectuadas en diversos lugares de la India en 2001 indicaban que el 30% de los profesionales del sexo que trabajaba en la calle no sabía que los

con la zona de tráfico de drogas del “Triángulo de Oro” (Solomon *et al.*, 2004). Hay un solapamiento significativo entre comercio sexual y consumo de drogas intravenosas en Manipur, donde la epidemia impulsada por el consumo de drogas intravenosas es la más extendida desde hace una década. Alrededor del 20% de las mujeres profesionales del sexo comunicaron inyectarse drogas, según la vigilancia comportamental. En otros estados nororientales, alrededor de la mitad de los profesionales del sexo comunicó que se inyectaba drogas (MAP, 2005a).

Las iniciativas de reducción del daño (incluidos los programas de intercambio de agujas y jeringas y los programas limitados de sustitución de drogas) fueron introducidas más recientemente en algunos estados, como Manipur. Allí, los datos más recientes (2003) sitúan la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas en un 24%, los niveles más bajos detectados en ese estado desde 1998; si embargo, los criterios cambiantes de inclusión hacen que resulte difícil comparar directamente los datos sobre el VIH de los diversos estudios (NACO, 2004b). Las epidemias de otras partes entre los consumidores de drogas intravenosas parecen bien arraigadas, con una prevalencia del VIH que alcanzó el 14% en Nagaland de 2000 a 2003, por ejemplo.

El consumo de drogas intravenosas no se limita a los estados septentrionales del país. En el estado meridional de Tamil Nadu, ha habido un acusado aumento de las infecciones por el VIH entre los consumidores de drogas intravenosas, donde el 39% estaba infectado en 2003, en comparación con

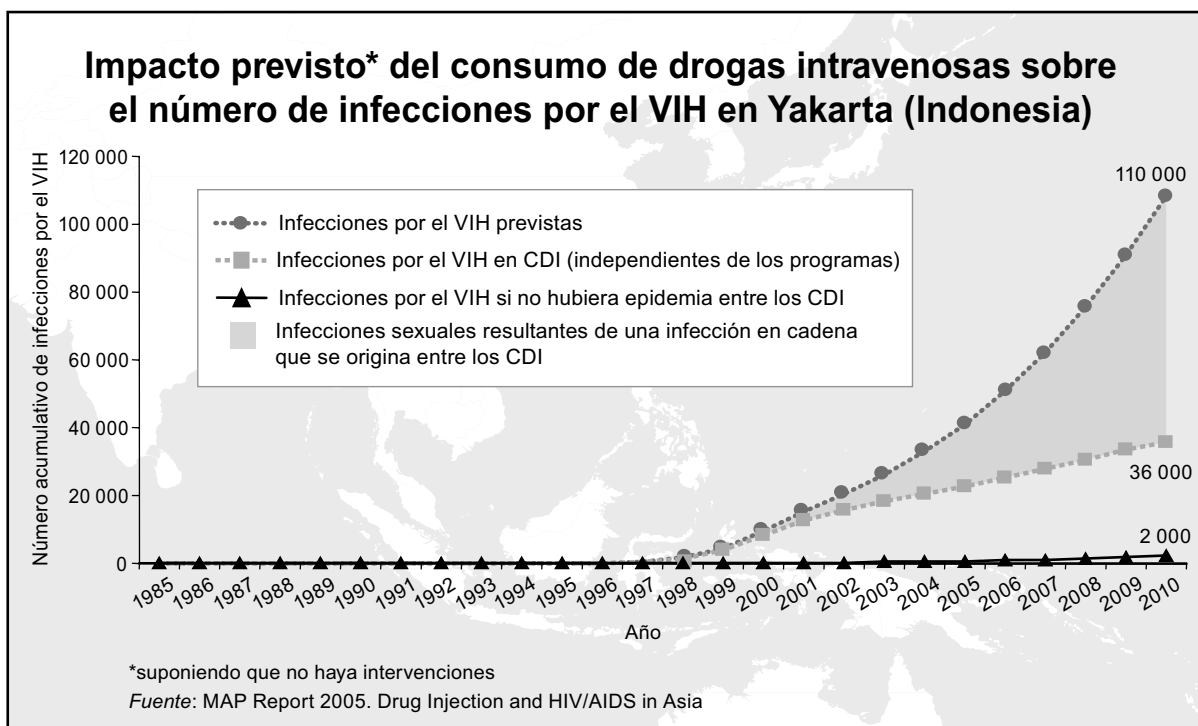


Figura 11

el 25% de 2001 (NACO, 2004b). En un estudio más pequeño efectuado en la ciudad de Chennai (en el mismo estado), casi las dos terceras partes (64%) de los consumidores de drogas intravenosas eran VIH-positivos, según la vigilancia centinela de 2003 (MAP, 2004). Como estos consumidores de drogas (sobre todo varones) pueden transmitir el virus a sus parejas sexuales, cada vez es mayor el número de mujeres infectadas.

Se sabe relativamente poco del papel de las relaciones sexuales entre varones en las distintas epidemias de la India. Los limitados estudios que han examinado esta compleja dimensión de la sexualidad en el país señalan que un número significativo de varones tiene relaciones sexuales con varones. Otro estudio, efectuado entre los residentes de los barrios pobres de Chennai, indicaba que el 6% de los varones había tenido relaciones sexuales con otros varones. Casi el 7% de los varones que había tenido relaciones sexuales con varones era VIH-positivo, y más de la mitad de ellos estaban casados (Go *et al.*, 2004)

HAY MUCHO EN JUEGO

Algunos países han evitado las epidemias de VIH durante muchos años, a pesar de tener niveles significativos de consumo de drogas intravenosas, comercio sexual y uso inconstante del preservativo. No obstante, cuando el VIH se establece de una

forma bastante firme entre los grupos de riesgo de la población, puede propagarse ampliamente entre ellos y a otros grupos, tal como se ha puesto de manifiesto en diversos países de Asia.

El consumo de drogas intravenosas es el motor inicial más poderoso de la infección por el VIH en Asia. Incluso allí donde el número de personas que se inyecta drogas es relativamente pequeño, su contribución a la epidemia general de VIH en un país puede ser considerable. La mayor parte de los consumidores de drogas intravenosas son sexualmente activos y, en algunos países, una gran proporción compra o vende relaciones sexuales a cambio de dinero. Los consumidores de drogas intravenosas infectados por el VIH, por tanto, pueden ayudar a crear una “masa crítica” de infecciones en las redes sexuales, desde donde el VIH se propaga a segmentos más amplios de la sociedad (MAP, 2005a). Esto es lo que está ocurriendo en diversos países de Asia, sobre todo en **Indonesia**, **Viet Nam** y partes de **China**. A menos que este proceso se detenga pronto, cabe esperar millones de nuevas infecciones por el VIH en estos países.

La figura 11, basada en los datos de la capital de Indonesia, Yakarta, muestra como una epidemia inicialmente en pequeña escala podría desarrollarse. Si los comportamientos de riesgo entre los consumidores de drogas intravenosas, entre los profesionales del sexo (varones, mujeres

y transexuales) y sus clientes no cambian de los niveles observados en la vigilancia efectuada en 2003, Yakarta podría padecer una epidemia grave durante esta década. (La parte sombreada del gráfico representa las infecciones por el VIH transmitidas sexualmente que tuvieron su origen en el intercambio de material de inyección no esterilizado y la subsiguiente cadena de transmisión. El VIH podría transmitirse a una mujer que no se inyecta a través de su pareja que se inyecta, o a un cliente que contrajo el virus a través de una profesional del sexo infectada a su vez por un antiguo cliente que consumía drogas intravenosas. Si ese cliente hubiera utilizado siempre equipo de inyección esterilizado para consumir drogas, casi toda la secuencia de transmisión habría podido evitarse; MAP, 2005a.)

Indonesia está al borde de una epidemia de SIDA de rápido empeoramiento. Con comportamientos de riesgo frecuentes entre los consumidores de drogas intravenosas, una epidemia sobre todo impulsada por este factor empieza a propagarse a partes lejanas del archipiélago. Los servicios de asesoramiento y pruebas del VIH creados por organizaciones no gubernamentales locales en ciudades tan distantes como Pontianak (en la isla de Borneo) se encuentran con tasas alarmantemente altas de infección: más del 70% de las personas que solicitaron la prueba

las utilice como prueba de que se inyectan drogas (lo cual es un delito penal). El encarcelamiento de los consumidores de drogas intravenosas es una faceta importante de la epidemia de Indonesia. En Yakarta, por ejemplo, entre 1997 y 2001, la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas aumentó de cero al 47%. Posteriormente, dos años más tarde, en las superpobladas cárceles de la capital, la prevalencia del VIH empezó a aumentar, de cero en 1999 al 25% en 2002 (MAP, 2005a). El acceso a los servicios de prevención y de tratamiento de sustitución suele ser muy limitado. Para que Indonesia logre controlar una epidemia cada vez mayor, es posible que haya que adaptar su entorno jurídico e institucional de modo que facilite estrategias de prevención eficaces. Más de la mitad de los consumidores de drogas intravenosas de Yakarta son sexualmente activos y uno de cada cinco es cliente de profesionales del sexo. Sin embargo, cerca de las tres cuartas partes de ellos no hacen uso del preservativo durante las relaciones sexuales remuneradas (Centro de Investigación de la Salud y Ministerio de Salud de Indonesia, 2002). En la medida que el VIH entre en las redes de comercio sexual, casi con seguridad sobrevendrá una mayor transmisión del VIH. Mientras tanto, las tasas de consumo de drogas entre los varones profesionales

Las campañas punitivas para combatir los “males sociales” tienden a alejar a los consumidores de drogas intravenosas y a los profesionales del sexo de los programas de divulgación.

estaban infectadas por el VIH. Se estima que las tres cuartas partes son consumidores de drogas intravenosas (MAP, 2005a). Al mismo tiempo, se ha comprobado que la prevalencia del VIH alcanza el 48% entre los consumidores de drogas intravenosas en los centros de rehabilitación de Yakarta (Riono y Jazant, 2004). La mayoría de ellos son jóvenes, relativamente bien educados, que viven con sus familias. (Riono y Jazant, 2004).

Será necesario algo más que sólo campañas de información y sensibilización para modificar estas tendencias. Los investigadores señalan que la mayoría de los consumidores de drogas intravenosas sabe donde encontrar agujas estériles, pero a pesar de ello cerca de nueve de cada diez (el 88%) siguen usando equipos de inyección no estériles (Pisan, 2003). Uno de los problemas es que muchos son reacios a llevar consigo agujas estériles por miedo a que la policía

del sexo son más altas que las de otros grupos de población, y muchos de ellos comercian con el sexo para poder costearse el consumo de drogas (MAP, 2005a). Un gran proporción de varones profesionales del sexo también tienen relaciones sexuales con mujeres (Riono y Jazant, 2004). El uso del preservativo, por lo general, oscila de infrecuente a raro. En Yakarta, las tasas de uso del preservativo durante las relaciones sexuales comerciales apenas han cambiado entre 1996 y 2002, cuando empezaron a aumentar ligeramente. Aun así, en 2004, las tres cuartas partes de los profesionales del sexo que trabajan fuera de las salas de masajes y clubes comunicó que no había utilizado preservativos con ninguno de sus clientes en la semana anterior. En las zonas de los prostíbulos de la ciudad, los profesionales del sexo y sus clientes eran más reacios aún al uso del preservativo, a pesar de casi una década de esfuerzos de prevención.

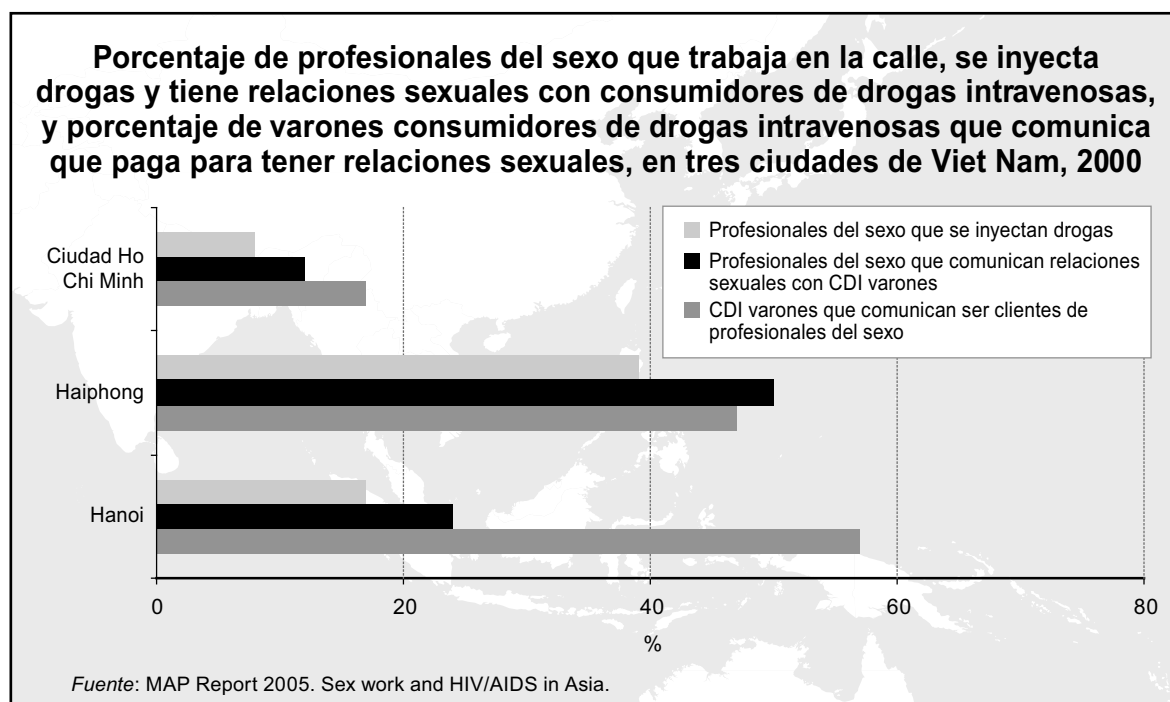


Figura 12

Por lo menos el 85% de los profesionales del sexo manifestó que no había usado preservativos con ninguno de sus clientes durante la semana anterior (MAP, 2005b). La razón, en parte, podría ser que la policía todavía detiene a las mujeres por estar en posesión de un preservativo, considerado como una prueba de prostitución (MAO, 2005b). En este contexto, no sorprende descubrir que la prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo de Sorong, por ejemplo, alcanzase el 17% en 2003 y que un promedio del 42% de los profesionales del sexo de siete ciudades de **Indonesia** tuviera blenorragia y/o estuviera infectado por chlamydia en 2003 (MAP, 2004). La intersección de redes de riesgo facilita que el VIH se propague extensamente a segmentos más amplios de la población, sobre todo en lugares donde las parejas sexuales múltiples son frecuentes, como en partes de la provincia de Papua. Allí, casi el 1% de los adultos de cinco pueblos resultaron VIH-positivos en una encuesta serológica (MAP, 2004). Existe la necesidad urgente de ampliar e intensificar la programación de la prevención del VIH en Indonesia.

Un solapamiento excepcionalmente grande de consumo de drogas intravenosas y comercio sexual está preparando el terreno para una epidemia grave en **Viet Nam**, donde el VIH ya se ha propagado a la totalidad de las 64 provincias y a todas las ciudades. El número de personas que viven con el VIH se ha duplicado desde 2000, y se estima que ha llegado a

las 263 000 [entre 218 000 y 308 000] personas en 2005 (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2005). Los consumidores de drogas intravenosas del país son sobre todo jóvenes (con una edad promedio de 25 años) y el uso de agujas no estériles es muy común; no es raro encontrar niveles de infección por el VIH del 40% entre los consumidores de drogas intravenosas. (Hien *et al.*, 2004a). Aproximadamente uno de cada tres consumidores de drogas intravenosas está infectado por el VIH, y en ciudades como Can Tho, Hai Phong, Hanoi y Ciudad Ho Chi Minh, la prevalencia del VIH es considerablemente más alta (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2005). Los profesionales del sexo que consumían drogas intravenosas en Ciudad Ho Chi Minh tenían la mitad de probabilidades de usar preservativos que los que no consumían drogas, según otro estudio (véase recuadro de la página 40) (MAP, 2004). A la inversa, menos del 50% de los consumidores de drogas intravenosas usaban sistemáticamente el preservativo con los profesionales del sexo (USAID *et al.*, 2001). Como consecuencia, la prevalencia media nacional del VIH entre los profesionales del sexo es de aproximadamente el 16% y los niveles de infección son aún más elevados en las ciudades de Hai Phong, Ho Chi Minh, Hanoi y Can Tho (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2005). Además, una encuesta efectuada en Ciudad Ho Chi Minh en 2003 halló una prevalencia del 8% en varones que tienen relaciones sexuales con varones.

Es probable que una epidemia aún mayor sea inminente, especialmente en Ciudad Ho Chi Minh (que tiene alrededor de la cuarta parte de todas las infecciones por el VIH en el país y donde la prevalencia en adultos del VIH se estimaba en 1,2% en 2003) y en ciudades de la costa septentrional como Quang Ninh y Hai Phong (donde se cree que alrededor del 1,1% de los adultos está infectado por el VIH) (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2005). Los programas para reducir el uso de equipos de inyección no estériles y los comportamientos de riesgo entre los consumidores de drogas intravenosas son fundamentales, así como las estrategias para reducir la transmisión sexual del VIH entre profesionales del sexo, sus clientes y otras parejas sexuales. Las campañas punitivas para combatir los “males sociales” tienden a alejar a los consumidores

21% de los consumidores de Karachi también se había inyectado en otras ciudades) y una proporción muy alta de ellos no usa material de inyección estéril (el 48% en Karachi durante la semana anterior). Los comportamientos de riesgo en Lahore son aún más elevados: el 82% de los consumidores de drogas intravenosas no había utilizado agujas estériles durante la semana anterior, el 35% no las usaba nunca y el 51% se había inyectado en otra ciudad durante el año anterior. (Ministerio de Salud del Pakistán *et al.*, 2005). En 2004 se informó de una epidemia de VIH entre los consumidores de drogas intravenosas en la ciudad de Larkana, de la provincia pakistaní de Sindh, donde casi el 10% de los consumidores de drogas intravenosas eran VIH positivos (Shah *et al.*, 2004). Los conocimientos sobre el VIH entre los consumidores de drogas

*Es urgente disponer de programas centrados
en la prevención para limitar la transmisión del VIH dentro y fuera de las redes de
comportamientos de alto riesgo que se entrecruzan.*

de drogas intravenosas y a los profesionales del sexo de los programas de divulgación e, inadvertidamente, pueden afianzar los comportamientos de riesgo (Hien *et al.*, 2004a). La epidemia de Viet Nam ha llegado a una fase en que cualquier demora podría desembocar en la pérdida de miles de vidas. Al mismo tiempo, el sistema de atención sanitaria del país tendrá que prepararse para atender en el futuro entre 5000 y 10 000 nuevos casos de SIDA por año (Ministerio de Salud de Viet Nam *et al.*, 2003).

La combinación de comportamientos de alto nivel de riesgo con un conocimiento limitado sobre el SIDA entre los consumidores de drogas intravenosas y los profesionales del sexo en el **Pakistán** favorece la rápida propagación del VIH, y los nuevos datos indican que el país podría estar al borde de graves epidemias de VIH (Ministerio de Salud del Pakistán *et al.*, 2005).

Ya se ha detectado una seria epidemia entre los consumidores de drogas intravenosas en Karachi, el 23% de los cuales resultó estar infectado por el VIH en 2004. (Ministerio de Salud del Pakistán, 2005). La misma comunidad, sometida a la prueba sólo siete meses antes, tenía un solo caso de VIH positivo (Altaf *et al.*, 2004). Es improbable que esa epidemia quede confinada a Karachi durante mucho tiempo. Muchos de estos consumidores de drogas intravenosas se trasladan de una ciudad a otra (el

intravenosas y los profesionales del sexo son sumamente bajos. En Karachi, más de la cuarta parte nunca había oído hablar del SIDA y otros tantos no sabían que si usaban equipo de inyección no estéril podía acabar infectados por el VIH (Ministerio de Salud del Pakistán *et al.*, 2005).

Mientras tanto, en Karachi, la ciudad comercial más importante del Pakistán, uno de cada cinco profesionales del sexo no sabe reconocer un preservativo, y las tres cuartas partes ignoran que los preservativos que previenen el VIH (de hecho, la tercera parte nunca ha oído hablar del SIDA). Por tanto, no es de extrañar que sólo el 2% de las mujeres profesionales del sexo dijera que utilizó el preservativo con todos sus clientes la semana anterior (MAP, 2005b). Además de la falta de conocimientos y del escaso uso del preservativo, existe un alto grado de interrelación sexual entre consumidores de drogas intravenosas y profesionales del sexo. Más del 20% de las mujeres profesionales del sexo de Karachi y Lahore habían tenido relaciones sexuales con clientes consumidores de drogas intravenosas, y el uso del preservativo había sido muy bajo durante esos encuentros. Entre los consumidores de drogas intravenosas de Lahore, casi la mitad había tenido relaciones sexuales con una pareja habitual durante el año anterior, un tercio había pagado por ello a una mujer (el 11% usaba preservativos

sistemáticamente) y casi una cuarta parte había pagado a un varón para tener relaciones sexuales (el 5% usaba preservativos sistemáticamente) (Ministerio de Salud del Pakistán *et al.*, 2005). Los varones profesionales del sexo también practican el comercio sexual con consumidores de drogas intravenosas; el 20% de estos últimos comunicó haber pagado para mantener relaciones sexuales anales durante el año anterior (y sólo el 3% de ellos usaba preservativos sistemáticamente). Como consecuencia, las tasas de infecciones de transmisión sexual son altas: en Karachi, el 18% de los consumidores de drogas intravenosas estaba infectado de sífilis, así como el 36% de los varones profesionales del sexo y el 60% de Hijras o personas transexuales (Ministerio de Salud del Pakistán *et al.*, 2005).

Dado el alcance de las prácticas de alto riesgo que se solapan, es muy probable que haya epidemias de VIH cada vez más graves en el Pakistán. Es urgente disponer de programas centrados en la prevención para limitar la transmisión del VIH dentro y fuera de las redes de comportamientos de alto riesgo que se entrecruzan.

En **Malasia**, también existen elementos que podrían ser la causa de que la epidemia estallara de repente. Aproximadamente 52 000 personas vivían con el VIH en 2004, la gran mayoría varones jóvenes (de 20 a 29 años) y las tres cuartas partes de ellos

consumidores de drogas intravenosas (Ministerio de Salud de Malasia y OMS, 2004; Huang y Hussein, 2004). La combinación de VIH y consumo de drogas intravenosas es más importante en la parte oriental del país. En Keleantan, se estima que la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas era del 41% en 2002, y en Johor y Terengganu del 31% y el 28% respectivamente (Ministerio de Salud de Malasia y OMS, 2004). Últimamente, se ha observado una disminución de la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas sometidos a la prueba en 27 centros y 33 prisiones, pero esa “tendencia” podría deberse a un gran aumento del número de pruebas efectuadas entre los consumidores de drogas (en 2000 se efectuaron 19 500 pruebas, pero en 2002, 50 350) (Ministerio de Salud de Malasia y OMS, 2004).

La creciente proporción de casos de VIH atribuidos a la transmisión sexual (el 17% en 2002 en comparación con el 7% en 1995) demuestra que el virus se propaga a la población general. Entre los profesionales del sexo de partes de Kuala Lumpur, por ejemplo, se ha registrado una prevalencia del VIH que llegaba al 10% (Ministerio de Salud de Malasia y OMS, 2004). Por otro lado, una reducción de número de casos notificados de sífilis y blenorragia desde finales de la década de 1990 indica que los comportamientos sexuales de riesgo podrían estar menos difundidos de lo que se temía.

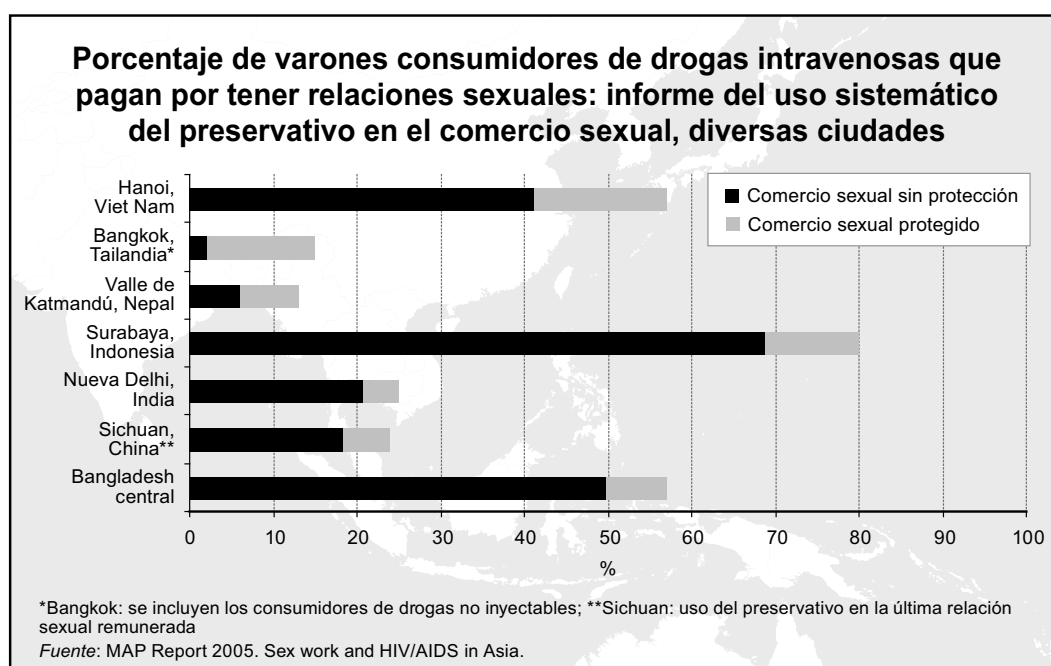


Figura 13

Consumidores de drogas intravenosas y relaciones sexuales remuneradas

Cabe la posibilidad de que una epidemia heterosexual se extienda rápidamente en los países en los que el comercio sexual es frecuente y la epidemia se establece entre los profesionales del sexo, muchos de los cuales también se inyectan drogas. O cuando un gran número de consumidores de drogas intravenosas tiene relaciones sexuales con profesionales del sexo. Otros clientes pueden transmitir el virus a más profesionales del sexo y a sus novias y esposas, lo que amplía de manera significativa las redes de transmisión del VIH.

La combinación entre consumo de drogas y comercio sexual suele ser letal. En Ciudad Ho Chi Minh (**Viet Nam**), un estudio reveló que alrededor de la mitad de los profesionales del sexo que se inyectaba drogas estaba infectado por el VIH, comparado con sólo el 8% de los que no consumían drogas. Teniendo en cuenta que el 38% de los profesionales del sexo que participaron en esa encuesta eran consumidores de drogas intravenosas, resulta clara la magnitud del problema en esa ciudad. Además, los profesionales del sexo que consumían drogas intravenosas tenían casi la mitad de probabilidades de usar preservativos que los que no se inyectaban drogas, según otro estudio amplio. Los profesionales del sexo que trabajaban en la calle y se inyectaban drogas (y utilizaban equipo de inyección contaminado) tenían sólo la sexta parte de probabilidades de hacer uso del preservativo que los que no se inyectaban. En otras palabras, los profesionales del sexo con más probabilidades de estar expuestos al VIH eran también los que menos probabilidades tenían de usar preservativos sistemáticamente.

Por lo general, aun cuando la proporción global de profesionales del sexo que se inyectan drogas sea baja, la proporción de consumidoras femeninas de drogas intravenosas que mantienen relaciones sexuales remuneradas tiende a ser alta. En la provincia **china** de Sicuani, por ejemplo, el 47% de las consumidoras femeninas de drogas intravenosas incluidas en la vigilancia comportamental comunicó haber intercambiado relaciones sexuales por dinero o drogas durante el mes anterior. Según se informó, el uso del preservativo era bastante alto en el comercio sexual (alrededor del 60%), pero con las parejas habituales descendía al 17%. En la vecina provincia de Yunnan, que tiene una epidemia establecida hace mucho tiempo entre los consumidores de drogas intravenosas, el 21% de las mujeres que se inyectaba drogas practicaba el comercio sexual (y el 88% informó que había usado un preservativo con su último cliente).

Por otra parte, es probable que los consumidores de drogas intravenosas que pagan por tener relaciones sexuales y están infectados por el VIH transmitan el virus a los profesionales del sexo, que pueden a su vez transmitirlo a otros clientes, a menos que usen preservativos sistemáticamente. Como muestra la figura 13, más arriba, salvo en Tailandia, los consumidores de drogas intravenosas tienden a evitar el uso del preservativo cuando pagan por una relación sexual. En muchos lugares, los consumidores de drogas intravenosas informaron de niveles aun más altos de parejas habituales u ocasionales y, como norma, el uso del preservativo en esas relaciones era incluso más bajo que en el comercio sexual. En la ciudad india de Chennai, por ejemplo, hasta el 46% de los consumidores de drogas intravenosas estaba casado o cohabitaba con una pareja. Lo que seguramente ha contribuido a que Chennai tenga, además, una de las tasas más altas de la India de prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas.

LA REALIDAD HOY

Una minoría de varones frecuenta a los profesionales del sexo en Asia. En una encuesta a 1200 varones adultos efectuada en establecimientos sanitarios de **Filipinas**, sólo el 6% dijo que había pagado por tener relaciones sexuales durante los seis meses anteriores, mientras que en **Myanmar** sólo el 7% de 3500 varones había pagado por tener relaciones sexuales el año anterior. En **Tailandia** central esa proporción alcanzaba el 16%. Aun así, en muchos

países asiáticos hay bastantes personas que pagan o cobran por tener relaciones sexuales —y con bastante frecuencia— lo que hace del comercio sexual un factor importante de las epidemias de la región. Camboya y Tailandia son ejemplos en los que las graves epidemias de la década de 1990 se concentraron en la industria del sexo. Los esfuerzos de prevención ulteriores en ambos países consiguieron mantener las epidemias bajo control. A principios de 2000, eran menos los varones que frecuentaban a los profesionales del sexo y las tasas

de uso del preservativo eran altas. La prevalencia del VIH entre los clientes de los profesionales del sexo descendió de forma considerable, lo que redujo mucho las posibilidades de que los profesionales del sexo, sus clientes, las esposas, novias e hijos de los clientes se infectaran (MAP, 2004b).

la incidencia del VIH entre las mujeres embarazadas ha aumentado de manera significativa (del 1,35% al 1,48% entre 1999 y 2000); también es la única región del país en la cual la incidencia del VIH entre los profesionales del sexo no ha disminuido (Saphonn *et al.*, 2005). Es posible que los elevados

Los esfuerzos de prevención se han intensificado en los últimos años, pero el VIH se propaga ampliamente en poblaciones de menor riesgo.

Tras alcanzar su nivel más alto del 3% en 1997, la prevalencia nacional del VIH en adultos en **Camboya** se redujo en un tercio, hasta el 1,9% en 2003 (Centro Nacional de VIH/SIDA, Dermatología e ITS, 2004). Hay dos razones: el aumento de la mortalidad y un descenso de la incidencia del VIH que, según recientes estimaciones, cayó bruscamente entre 1994 y 1998, antes de estabilizarse. Un examen más detenido de la incidencia del VIH entre los profesionales del sexo muestra que las tasas de nuevas infecciones, tanto entre los profesionales del sexo que trabajan en prostíbulos como fuera de ellos, disminuyó a la mitad entre 1999 y 2002 (Saphonn *et al.*, 2005; Centro Nacional de VIH/SIDA, Dermatología e ITS, 2004). Los cambios de comportamiento probablemente ayudaron a producir estas tendencias en la incidencia (véase *Situación de la epidemia de SIDA 2004*). Es necesario mantener estos cambios. Las recientes encuestas comportamentales indican que en la actualidad hay más varones que frecuentan a los profesionales del sexo. En 2001, entre el 22% y el 26% de los conductores de mototaxis y el personal policial y militar comunicó que había pagado por mantener relaciones sexuales durante los tres meses anteriores; dos años más tarde, más del 35% dijo que había pagado por mantener relaciones sexuales. Afortunadamente, el uso del preservativo es muy alto: el 80% o más de los clientes comunicó en 2003 que había usado sistemáticamente preservativos durante las relaciones sexuales remuneradas durante los tres meses anteriores, así como los profesionales del sexo. Entre estos últimos, las tasas de uso del preservativo han ido aumentando sin interrupción desde finales de la década de 1990 (Centro Nacional de VIH/SIDA, Dermatología e ITS, 2004). Mientras tanto, la tasa nacional de nuevas infecciones entre las mujeres embarazadas parece haberse estabilizado en los últimos años. Sin embargo, hay una anomalía que asegura motivos de preocupación. En Camboya occidental (a lo largo de la frontera con Tailandia),

índices de migración interna sean unos de los factores causantes de esta tendencia.

La experiencia de **Tailandia** ha sido ampliamente reconocida como un éxito en la respuesta al SIDA. Para 2003, se estimaba que la prevalencia nacional estimada del VIH en adultos había caído a su nivel más bajo, aproximadamente al 1,5% (ONUSIDA, 2004).

Sin embargo, la epidemia en Tailandia está lejos de acabarse. El hecho de que los niveles de infección en las poblaciones de mayor riesgo sean mucho más altos sirve de recordatorio de que los logros deben mantenerse activamente. Algo más del 10% de las mujeres profesionales del sexo que trabajan en los prostíbulos estaban infectadas por el VIH en 2003, así como el 45% de los consumidores de drogas intravenosas que acudieron a los dispensarios de tratamiento.

Existen algunos indicios de que los esfuerzos de prevención están disminuyendo o su eficacia y pertinencia están en peligro. Entre los varones de Tailandia septentrional que comunicaron haber pagado por tener relaciones sexuales, sólo el 55% dijo que había usado preservativos en todas las ocasiones (Lertpiriyasuwat *et al.*, 2003). En los varones jóvenes de la misma región, las tasas de uso del preservativo eran incluso inferiores: menos de la tercera parte de los que pagaban por tener relaciones sexuales manifestó que siempre usaba preservativos. Otro estudio efectuado en cuatro ciudades (incluidas Bangkok y Chiang Mai) mostró que los profesionales del sexo indicaban que usaban preservativos sólo el 51% del tiempo, y sobre todo con extranjeros, una gran diferencia en comparación con la notable tasa del 96% resultante en un estudio hecho en Bangkok en 2000. Sólo uno de cada cuatro clientes tailandeses tenían probabilidades de usar un preservativo (Buckingham y Meister, 2003; PNUD, 2004).

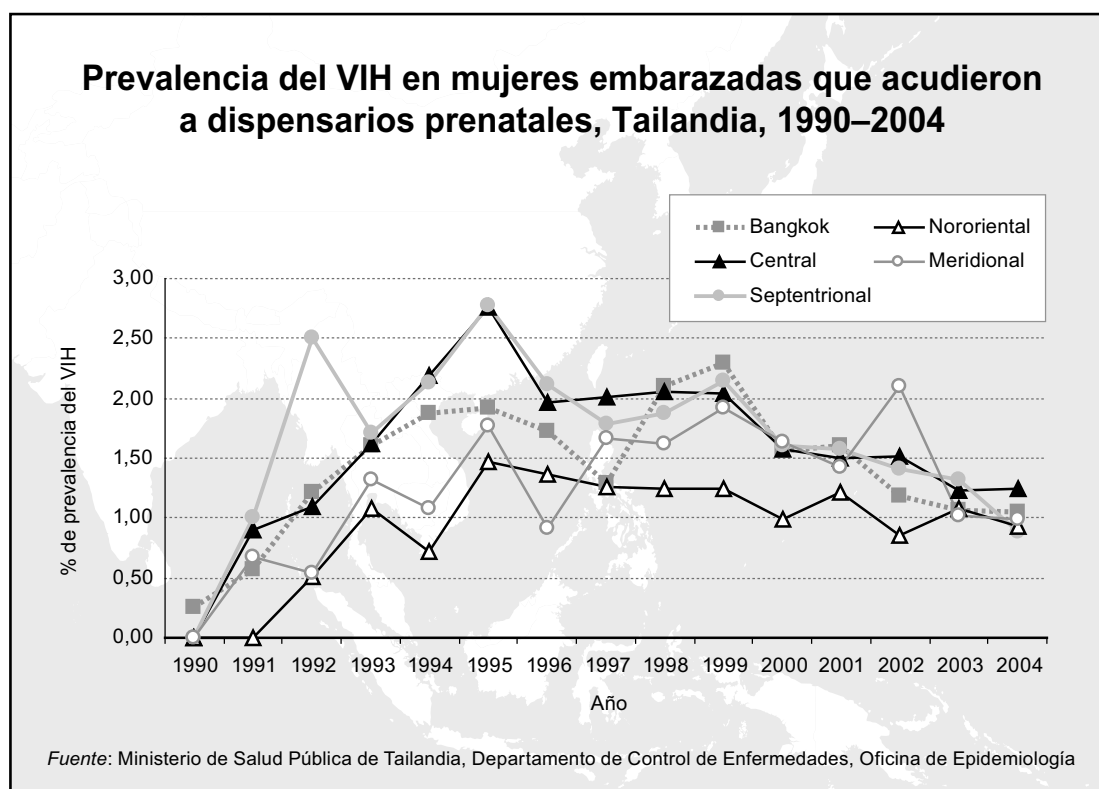


Figura 14

El desafío de Tailandia ahora es revitalizar y adaptar las estrategias de prevención para que estén a la altura de los cambios que registre la epidemia. Esto exigirá la modernización de las campañas de relaciones sexuales seguras en un contexto en el que los esquemas del comercio sexual han cambiado. Ha habido un enorme aumento del número de establecimientos de servicios sexuales “indirectos”, como salones de masajes (de unos 8000 en 1998 a 12 200 en 2003). Sólo en Bangkok, se calculaba que en 2003 unas 34 000 mujeres comerciaban con el sexo en lugares de ese tipo, fuera de los prostíbulos. Reglamentar estas formas de trabajo sexual según el criterio del Programa de uso sistemático del preservativo es difícil; los programas de divulgación para canalizar los conocimientos y la posible solidaridad entre los profesionales del sexo podrían ser más convenientes para acceder a esta población (PNUD, 2004).

La epidemia de Tailandia es más diversa que hace una década. Los clientes varones de los profesionales del sexo están infectando a sus esposas y novias, con el resultado de que cada año hasta la mitad de las nuevas infecciones ocurren dentro del matrimonio o de relaciones de pareja habituales, en las que el uso del preservativo tiende a ser muy bajo (Grupo

Tailandés de Trabajo sobre Proyecciones del VIH/SIDA, 2001). En general, existen pruebas de que más jóvenes tailandeses, en especial mujeres, tienen relaciones sexuales prematrimoniales. Entre ellos, el uso del preservativo tampoco es la norma; apenas entre un 20% y 30% de los jóvenes sexualmente activos usaban preservativos sistemáticamente (Punpanich *et al.*, 2004; PNUD, 2004).

El sexo entre varones es otra faceta, que en general se pasa por alto, de la epidemia de Tailandia. En un estudio reciente efectuado en Bangkok, el 17% de los varones que tenía relaciones sexuales con varones era VIH positivo; casi la cuarta parte de ellos también había tenido relaciones sexuales con mujeres durante los seis meses anteriores (Van Griensven *et al.*, 2005).

Uno de los aspectos descuidados de la epidemia de Tailandia ha sido el papel de los consumidores de drogas intravenosas. Cuando se compara la prevalencia del VIH entre ese grupo de población y los profesionales del sexo, emergen dos tendencias. El porcentaje de estos últimos infectado por el VIH disminuyó significativamente a partir de 1995. En los consumidores de drogas intravenosas, sin embargo, sucedió lo contrario. La prevalencia del VIH entre

ellos aumentó en todas las regiones del país. Llegó hasta el 61% en la región meridional (en 2000), y se mantuvo en el 45% o más en Bangkok y las regiones del centro y el sur en 2003 (Poshyachinda, 2005). Se calcula que hasta la quinta parte de las nuevas infecciones de esta década, hasta ahora, se debieron a la inyección peligrosa de drogas (Grupo Tailandés de Trabajo sobre Proyecciones del VIH/SIDA, 2001). Sin embargo, apenas una pequeña proporción de los esfuerzos de prevención de Tailandia se centran en este terreno.

Como ya se ha visto con Indonesia, el encarcelamiento parece ser un factor de riesgo significativo para la infección por el VIH entre consumidores de drogas intravenosas en **Tailandia**. En el norte del país, más de la cuarta parte (27%) de los consumidores de drogas intravenosas dijo que habían estado en prisión, incluso ante los esfuerzos especiales

comportamiento de riesgo principal relacionado con el VIH para muchas de las mujeres que vive ahora con el virus fue haber tenido relaciones sexuales sin protección con sus esposos o novios que, a su vez, se habían infectado a través del consumo de drogas intravenosas o el sexo comercial. Los niveles de prevalencia del VIH sistemáticamente altos entre los profesionales del sexo han agravado la epidemia de Myanmar. Uno de cada cuatro (27%) profesionales del sexo que se sometieron a la prueba resultaron VIH positivos en 2004, y la prevalencia del VIH entre ellos no baja del 25% desde 1997. Entre los consumidores de drogas intravenosas se han encontrado niveles muy altos de infección por el VIH: en 2004, el 60% de los consumidores de drogas intravenosas de Lacio que se sometieron a la prueba resultó positivo, así como el 47% en Myitkyeena, y el 25% y el 30%, respectivamente, en las ciudades las más importantes del país,

*Los países de la región deben seguir el ejemplo de aquellos
que han optado por prestar servicios de prevención amplios y a gran escala a
las personas que más los necesitan.*

del gobierno para parar el consumo y tráfico de drogas (MAP, 2005a). Entre los consumidores de drogas intravenosas que nunca habían estado en la cárcel, la prevalencia del VIH era del 20%. Sin embargo, entre los que habían estado en prisión y dijeron que se habían inyectado drogas en la cárcel, la prevalencia del VIH se elevaba al 49%. Estos datos sugieren que es muy probable que muchos de ellos se hubieran infectado en prisión. Otro estudio tailandés ha demostrado que el uso de material de inyección no estéril en las celdas de las dependencias policiales, antes del traslado a la cárcel, duplica las probabilidades de infección por el VIH (Buavirat *et al.*, 2003).

Mientras Camboya y Tailandia planificaban e introducían estrategias para invertir el curso de la propagación del VIH en la década de 1990, otra epidemia grave ganaba terreno en el vecino **Myanmar**. Allí, los esfuerzos limitados de prevención hicieron que el VIH se propagara libremente, al principio dentro de los grupos de máximo riesgo y después fuera de ellos. Por consiguiente, Myanmar tiene una de las epidemias de SIDA más graves de la región, con una prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas estimada en el 1,8% en 2004. (Departamento de Salud de Myanmar, 2004). El

Yangon y Mandalay. La prevalencia nacional del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas fue del 34% en 2004, un descenso con respecto a 2001 (Departamento de Salud de Myanmar, 2004 y 2005).

Los esfuerzos de prevención se han intensificado en los últimos años, pero el VIH se propaga ampliamente en poblaciones de menor riesgo. En 8 (de 29) sitios centinela, la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas superó el 3%, y entre los varones que solicitaron tratamiento para otras infecciones de transmisión sexual excedió el 5% en otras tantas ciudades en 2003, mientras que el 1,4% y el 1,8% de los nuevos reclutas del ejército resultaron VIH positivos en Yangon y Mandalay respectivamente (Departamento de Salud de Myanmar, 2004). Aunque una proporción significativa de varones jóvenes frecuente profesionales del sexo, hay una falta de datos nacionales sobre las tasas de uso del preservativo durante las relaciones sexuales comerciales. La limitada información comportamental disponible en la actualidad muestra un panorama ambiguo; hay, no obstante, unos pocos signos que indican que el programa de uso del preservativo al 100% lanzado en 2001 (que, según se informa, llegó a

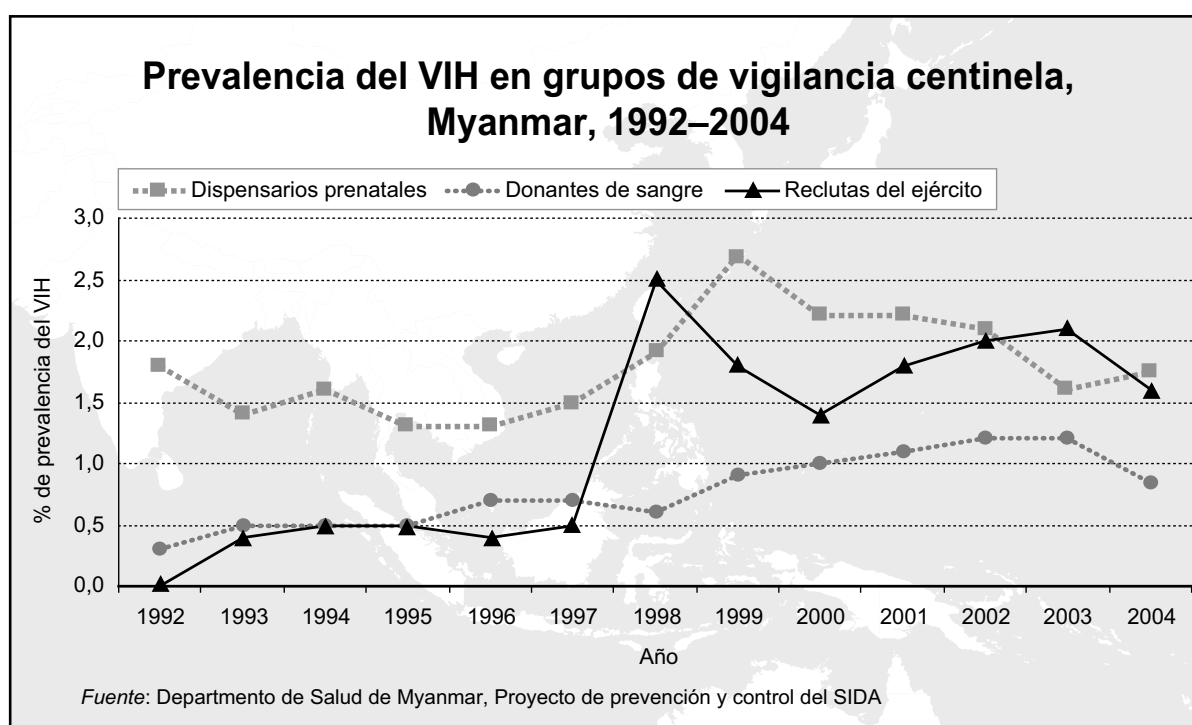


Figura 15

58 municipios) podría estar produciendo algunos avances (Thwe, 2004). Harán falta esfuerzos de prevención mucho más sólidos (incluido un amplio programa para los consumidores de drogas intravenosas) para que Myanmar se enfrente a una epidemia de SIDA que ya se sitúa entre las más graves de toda la región.

En 2004, la prevalencia nacional media del VIH entre las mujeres que acudieron a dispensarios prenatales fue del 1,5% (del 0% en Bago al 5% en Muse). La prevalencia se mantuvo bastante constante durante los cinco años anteriores en la mayor parte de las zonas urbanas, pero registró una clara disminución en los jóvenes de 15 a 19 años. Entre los reclutas del ejército, la prevalencia de la infección por el VIH ha oscilado del 1,4% al 2,5% desde 1998; la medición de principios de 2004 arrojó un resultado de 1,6%. (Departamento de Salud de Myanmar, 2004).

La mayoría de los países de Asia todavía tiene la oportunidad de prevenir epidemias mayores. **Bangladesh**, donde la prevalencia nacional del VIH en adultos está muy por debajo del 1%, empezó a poner en marcha programas de prevención del VIH en las primeras fases de su epidemia. En parte debido a los esfuerzos centrados en la prevención, la prevalencia del VIH en las mujeres

profesionales del sexo se ha mantenido baja (del 0,2% al 1,5% en diferentes sitios centinela), y la prevalencia de otras enfermedades de transmisión sexual se redujo del 30% en 1999 a menos del 10% en 2002 (Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de Bangladesh, 2004). Sin embargo, es necesario fortalecer la calidad y cobertura de estas iniciativas para impedir una transmisión más rápida del VIH. Los profesionales del sexo de Bangladesh tienen la rotación de clientes más alta de todos los países de Asia meridional, y el uso sistemático del preservativo durante las relaciones sexuales remuneradas es raro (dependiendo de la región, del 0 al 12% de los profesionales del sexo dijeron que usaban preservativos con los clientes nuevos). Además, las prácticas de riesgo de consumo de drogas intravenosas han hecho que los niveles de infección por el VIH se duplicaran, del 1,7% al 4% entre 2000-2001 y 2002-2003. Teniendo en cuenta que por lo menos la mitad de los consumidores de drogas intravenosas de tres regiones comunicó que no había usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó, esas tendencias del VIH podrían mantenerse. En efecto, en una zona de la capital, Dhaka, el 9% de los consumidores de drogas intravenosas sometidos a la prueba resultó VIH positivo en 2003-2004 (la prevalencia general

fue de un 4% entre los consumidores de drogas intravenosas de la ciudad). (Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de Bangladesh, 2004). Una gran proporción de consumidores de drogas intravenosas (hasta uno de cada cinco en algunas regiones) informó de haber pagado para tener relaciones sexuales remuneradas y, entre ellos, menos de uno de cada diez había usado sistemáticamente el preservativo durante las relaciones de comercio sexual el año anterior (Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de Bangladesh, 2004).

Mientras tanto, en **Filipinas**, la prevalencia nacional del VIH en adultos se ha mantenido baja, incluso entre las poblaciones de riesgo (Mateo *et al.*, 2004). Sin embargo, hay indicios de que esto podría cambiar. El uso del preservativo durante el comercio sexual es infrecuente (especialmente entre los profesionales del sexo que no trabajan en prostíbulos), la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual ha aumentado, y en algunas partes del país se han registrado altas tasas de uso de agujas no estériles entre los consumidores de drogas intravenosas (77% en Cebu City) (Mateo *et al.*, 2004; Wi *et al.*, 2002; Departamento de Salud de Filipinas, 2003). Es probable que un sistema sólido de análisis sistemático de detección de infecciones de transmisión sexual junto con otros servicios de prevención del VIH para los profesionales del sexo hayan ayudado a mantener bajas las tasas de infección por el VIH entre ellos (MAP, 2005b). Sin embargo, siguen existiendo varias deficiencias en la respuesta del país. La información y educación con respecto al SIDA tiene que intensificarse: según una encuesta importante efectuada en 2003, más del 90% de los encuestados todavía creía que el VIH podía transmitirse compartiendo una comida con una persona seropositiva.

Existe una situación claramente similar en la **RDP Lao**, donde alrededor de las dos terceras partes de los casos de VIH se han registrado en dos zonas (la capital, Vientiane, y Savannakhet). La prevalencia del VIH en general es baja, pero hay algunos signos de peligro. Entre las mujeres que trabajan en establecimientos que también ofrecen servicios sexuales, la prevalencia de la blenorragia es elevada (13-14%) y, en Vientiane y Savannakhet, alrededor del 1% de las mujeres que se ha sometido a la prueba resultó VIH-positiva ((Phimphachanh y Sayabounthavong, 2004). En Vientiane, en los últimos años, los varones jóvenes han empezado a ser sexualmente más activos, según un reciente

estudio comportamental. Cerca del 60% había tenido una o dos parejas femeninas en los primeros seis meses de 2004, casi el 10%, una o más parejas masculinas, y el 30% había pagado para tener relaciones sexuales por lo menos una vez (Toole *et al.*, 2005). La mayor parte de los varones que tienen relaciones sexuales con varones también las tienen con mujeres. Estos datos subrayan la necesidad de una estrategia amplia de prevención del VIH que incluya servicios mejorados de tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.

En **Japón**, el número anual de casos de VIH notificados se ha más que duplicado desde 1994-1995, hasta alcanzar los 780 en 2004, la cifra más elevada hasta la fecha. Buena parte de esta tendencia se debe a las infecciones en aumento de los varones que tienen relaciones sexuales con varones. El sexo entre varones fue responsable del 60% de los nuevos casos de VIH en 2004. Alrededor de la tercera parte de la totalidad de casos de ese año se registró entre personas menores de 30 años, lo que parece confirmar informes previos que indican un aumento de la actividad sexual y de las relaciones sexuales sin protección entre los jóvenes, varones y mujeres. (Ono-Kihara *et al.*, 2001; Nemoto, 2004).

SIN DEMORA

Los países de la región deben seguir el ejemplo de aquellos que han optado por prestar servicios de prevención amplios y a gran escala a las personas que más los necesitan. En todos estos casos, los programas apuntaban a los comportamientos y contextos que causaban la mayor parte de las nuevas infecciones. Lo que significa que los profesionales del sexo (varones y mujeres) y sus clientes tienen que saber protegerse del VIH, los clientes deben disponer un acceso fácil a los preservativos y siempre se les ha de exigir que los usen. Es necesario que los profesionales del sexo puedan acceder con regularidad a servicios de atención de alta calidad de las infecciones de transmisión sexual. Los consumidores de drogas intravenosas deben disponer de un mejor acceso a los servicios de reducción del daño y de tratamiento toxicológico, y los programas tienen que abordar el vínculo entre consumo de drogas intravenosas y comercio sexual. Por último, el entorno político, jurídico e institucional debe apoyar la prestación de servicios de prevención del VIH apropiados a aquellos que más riesgo corren.

Las epidemias de SIDA están cambiando en varios países de Asia, incluidos los que consiguieron restringir las epidemias de VIH en fases más tempranas. Entre estos últimos, **Camboya** y **Tailandia**, por ejemplo, deben enfrentarse a epidemias cambiantes con mayor audacia. Esto exigirá la planificación y aplicación de programas que limiten la transmisión del VIH entre los grupos de riesgo (como los consumidores de drogas intravenosas, los profesionales del sexo, incluidos los que no trabajan en prostíbulos, y los varones que tienen relaciones sexuales con varones) que hasta ahora no han aparecido de manera central en las respuestas de muchos países.

En cuanto a **Indonesia** y **Pakistán**, el tiempo es fundamental. Ambos países necesitan urgentemente

ampliar sus respuestas para evitar graves epidemias de VIH. Las epidemias antiguas que padecen algunos otros países implican un nuevo reto: ofrecer tratamiento y atención a las miles de personas infectadas. En 2005, se estimaba que 1,1 millones de personas necesitaban tratamiento antirretrovírico, el segundo número mayor del mundo. La provisión de tratamiento ha aumentado de forma considerable desde principios de 2004, triplicándose de 55 000 a 155 000 a mediados de 2005. Buena parte de ese empuje se debió a **Tailandia** (donde más de la mitad de las personas que necesita los fármacos los recibe) y **China**. Pero un desafío enorme queda pendiente: alrededor del 85% de las personas que necesitan tratamiento seguían sin recibirlo a mediados de 2005 (ONUSIDA/OMS, 2005)

EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL

Estadísticas y características del VIH y el SIDA, en 2003 y 2005

	Adultos y niños que vivían con el VIH	Número de mujeres que vivían con el VIH	Nuevos casos de infección por el VIH en adultos y niños	Prevalencia del VIH en adultos (%)	Defunciones de adultos y niños a causa del SIDA
2005	1,6 millones [990 000–2,3 millones]	440 000 [300 000–620 000]	270 000 [140 000–610 000]	0,9 [0,6–1,3]	62 000 [39 000–91 000]
2003	1,2 millones [740 000–1,8 millones]	310 000 [210 000–430 000]	270 000 [120 000–680 000]	0,7 [0,4–1,0]	36 000 [24 000–52 000]

Las epidemias de **Europa oriental** y **Asia central** continúan creciendo y están afectando a partes de la sociedad cada vez más amplias de esta región. Se estima que el número de personas que vive con el VIH en la región ha llegado a 1,6 millones [990 000–2,3 millones] en 2005 —es decir, que se ha multiplicado casi veinte veces en menos de diez años. El SIDA se cobró casi el doble de vidas en 2005 que en 2003, y se estima que fallecieron 62 000 [39 000–91 000] adultos y niños como consecuencia de esa enfermedad. El año pasado se registraron unas 270 000 [140 000–610 000] nuevas infecciones por el VIH. La abrumadora mayoría de las personas que viven con el VIH en esta región son jóvenes; el 75% de las infecciones notificadas entre 2000 y 2004 corresponden a menores de 30 años (en Europa occidental, la cifra correspondiente fue del 33%) (EuroHIV, 2005).

Las características de las epidemias están cambiando en varios países, y los casos de VIH por transmisión sexual forman una parte de los diagnósticos en aumento. En 2004, el 30% o más de todas las nuevas infecciones por el VIH notificadas en **Kazajstán** y **Ucrania**, y el 45% o más de las notificadas en **Belarús** y **Moldova**, se debieron a relaciones sexuales sin protección (EuroHIV, 2005). Cada vez es mayor el número de mujeres afectadas; muchas de ellas contraen el VIH de su pareja de sexo masculino, que, a su vez, lo ha contraído a través del consumo de drogas intravenosas.

La mayor parte de las personas que viven con el VIH en esta región se concentra en dos países, a saber: la **Federación de Rusia** y **Ucrania**. La epidemia de Ucrania continúa creciendo, con más nuevos diagnósticos de VIH cada año, mientras que la Federación de Rusia tiene la mayor epidemia de SIDA de toda Europa. Ambas epidemias han madurado hasta el punto de constituir enormes desafíos en materia de prevención, tratamiento y atención.

El VIH ha consolidado su presencia en todas las partes de la antigua Unión Soviética con excepción de **Turkmenistán** (donde se dispone de escasa información sobre la epidemia). Varias repúblicas centroasiáticas y caucásicas están experimentando las primeras fases de la epidemia, y los considerablemente altos niveles de comportamiento de riesgo en el sureste de Europa sugieren que el VIH podría reforzar su presencia en la región a menos que se intensifiquen los esfuerzos de prevención.

FEDERACIÓN DE RUSIA

A finales de 2004 se habían notificado oficialmente alrededor de 300 000 casos de VIH en la **Federación de Rusia** desde el comienzo de la epidemia (Centro Federal de Rusia sobre el SIDA, 2005; EuroHIV, 2005). El número total actual de infecciones es muy superior: se estima que 860 000 personas (420 000–1 400 000) vivían con el VIH en la Federación de

Rusia a finales de 2003 (ONUSIDA, 2004). El marcado descenso del número de nuevos casos en 2001–2003 (véase *Situación de la epidemia de SIDA 2004*) no prosiguió en 2004, año en que se diagnosticaron poco menos de 34 000 nuevas infecciones (EuroHIV, 2005). Dicho descenso no parece haber representado una disminución real de la epidemia; antes bien, reflejaba cambios en las políticas sobre pruebas del VIH, un menor número de pruebas realizadas en los grupos de población con comportamiento de alto riesgo (en especial, los consumidores de drogas intravenosas y los presos) y escasez de estuches de pruebas del VIH (Pokrovskiy, 2005).

Los jóvenes se llevan la peor parte de las nuevas infecciones por el VIH. Cada año, más de tres cuartas partes de los nuevos diagnósticos se dan en personas de entre 15–29 años (Pokrovskiy, 2005; EuroHIV, 2005; Field, 2004). En el centro de la epidemia de este país están los grupos extraordinariamente grandes de jóvenes que consumen drogas intravenosas. A finales de 2004 eran más de 340 000 los consumidores de drogas intravenosas registrados en la Federación de Rusia, aunque el número real podría ser de cuatro a diez veces superior (Servicio Federal de la Federación de Rusia sobre Protección

et al., 2005). Estas cifras no son sorprendentes si se tienen en cuenta los altos niveles de comportamiento de riesgo entre los consumidores de drogas intravenosas; en Cherepovets, el 73% de ellos había utilizado agujas y jeringas usadas (Smolskaya *et al.*, 2005).

En marcado contraste se sitúan los resultados de una evaluación de programas de reducción del daño llevada a cabo en 2003–2004 en las ciudades de Paskov (en el noroeste) y Tomsk (en el noreste). Se estima que el programa, ya consolidado, de Paskov, creado en 1998, llegó al 80% de consumidores de drogas intravenosas de la ciudad, mientras que el de Tomsk, más reciente, sólo llegó a alrededor del 10%. De los consumidores de drogas intravenosas que participaron en los programas de reducción del daño en Paskov y Tomsk, sólo el 6% y el 8%, respectivamente, dijeron haber utilizado jeringas no esterilizadas el mes anterior al estudio. De los consumidores de drogas intravenosas que no tomaron parte en los programas, el 19% en Paskov y el 30% en Tomsk habían utilizado jeringas no esterilizadas, como el 31% de los consumidores de drogas intravenosas de la ciudad de Novgorod (que no contaba con un programa de reducción del daño). El uso del preservativo fue también considerablemente

Los jóvenes se llevan la peor parte de las nuevas infecciones por el VIH.

de los Derechos del Consumidor y Bienestar Social, 2005; ONUDD, 2005). A principios de 2004, más del 80% de todos los casos de VIH oficialmente notificados desde comienzos de la epidemia ocurrieron entre consumidores de drogas intravenosas (Centro Federal de Rusia sobre el SIDA, 2004). Las prácticas de inyección peligrosas siguen dando cuenta de la mayoría de casos de transmisión del VIH; se estima que el 30–40% de los consumidores de drogas intravenosas no utiliza agujas ni jeringas esterilizadas. A consecuencia de ello, se siguen notificando grandes epidemias de VIH entre consumidores de drogas intravenosas de varias regiones. Dos estudios recientes realizados en San Petersburgo, por ejemplo, dieron como resultado que más del 30% de consumidores de drogas intravenosas eran seropositivos (Verevchkin *et al.*, 2005), mientras que en ciudades de provincia como Cherepovets y Velikiy Novgorod se registró una prevalencia del VIH del 12% y el 15% entre consumidores de drogas intravenosas (Smolskaya

más alto entre los participantes en el programa. En Paskov, el 43% de los participantes había utilizado el preservativo la última vez que había tenido relaciones sexuales (en comparación con el 28% de los que no participaron); en Tomsk, la cifra correspondiente fue del 58% (y del 30% entre los no participantes). Los niveles de infección por el VIH entre los consumidores de drogas intravenosas de Paskov y Tomsk fueron mínimos comparados con los de Novgorod (0,3% y 2,1%, respectivamente, en comparación con el 14,7%) (Eroshina *et al.*, 2005a). Dichos resultados concuerdan con los de una reciente evaluación relámpago de programas de reducción del daño llevada a cabo en 15 ciudades de la Federación de Rusia. En todas esas ciudades, salvo una, el uso de agujas no esterilizadas fue menor entre los consumidores de drogas intravenosas que habían participado en los programas, comparado con los resultados registrados entre los que no habían participado, y en varios casos con un margen muy amplio (Eroshina *et al.*, 2005b).

Pese a ciertas medidas para introducir algunas iniciativas de prevención destinadas a los presos, el sistema penitenciario de la Federación de Rusia se ha visto desproporcionadamente afectado por la epidemia de VIH. Se estima que la prevalencia del VIH en las cárceles es al menos cuatro veces superior a la que registra el conjunto de la población (Ministerio de Justicia de la Federación de Rusia, Departamento de Correccionales y Centro Federal de Rusia sobre el SIDA, 2004). En un estudio reciente realizado entre menores detenidos, personas sin hogar y mujeres de un centro de detención temporal de Moscú, más de la mitad de las presas jóvenes estaban afectadas por una infección de transmisión sexual, como casi dos terceras partes de las mujeres del centro de detención temporal y tres cuartas partes de las mujeres sin hogar. Entre los presos de sexo masculino, el 2,9% era seropositivo, y también lo era el 4% de las mujeres del centro de detención y el 1,8% de las mujeres sin hogar. La mayoría de las personas que viven con el VIH parece haberse infectado al mantener relaciones sexuales sin protección o por el consumo de drogas intravenosas. La prevalencia del VIH en estas poblaciones resultó ser 30-120 veces superior a la de la población general, y no fue mucho más baja que la notificada para los consumidores de drogas intravenosas de la ciudad (6%) (Shakarishvili *et al.*, 2005). Las reformas de la política sobre drogas iniciadas en 2004 han cambiado algunas de las leyes rusas en

Nizhny Novgorod determinaron que más del 80% de los consumidores de drogas intravenosas de sexo masculino no había utilizado sistemáticamente un preservativo el mes anterior (Lowndes *et al.*, 2002; Filatov and Suharsky, 2002; Rhodes *et al.*, 2004). En Cherepovets y Veliki Novgorod, alrededor de la mitad de los consumidores de drogas intravenosas sexualmente activos no utilizaban un preservativo con su pareja ocasional (Smolskaya *et al.*, 2005). Por consiguiente, se ha observado un considerable aumento de la transmisión sexual. En 2001, aproximadamente el 6% de las infecciones registradas estaban relacionadas con la transmisión sexual; en 2004, dicho porcentaje había aumentado hasta alcanzar el 25% (Servicio Federal de la Federación de Rusia sobre la Protección de los Derechos del Consumidor y Bienestar Social, 2005). Cada vez son más las mujeres que contraen el VIH. Si bien la mayoría de las personas que viven con el VIH en la Federación de Rusia son varones, alrededor del 38% de todos los casos de VIH registrados son mujeres, un porcentaje más alto que hasta la fecha. En términos generales, los niveles de infección por el VIH medidos entre mujeres embarazadas aumentaron de menos del 0,01% en 1998 al 0,11% en 2003.

Varios factores adicionales —la mayoría de ellos debidos a los cambios socioeconómicos que siguen registrándose en el país— también contribuyen al

Inicialmente concentrada alrededor de los consumidores de drogas intravenosas, la epidemia ha encontrado ahora un empuje adicional entre los profesionales del sexo y sus clientes.

este ámbito (que preveían penas de larga duración por la posesión incluso de cantidades mínimas de drogas prohibidas). Más de 32 000 infractores acusados de cometer un delito relacionado con las drogas han sido puestos en libertad o han visto reducida su condena, lo cual podría ayudar a reducir la transmisión del VIH en las cárceles y centros de detención.

Entre tanto, la epidemia sigue madurando. La mayor parte de los consumidores de drogas intravenosas es sexualmente activa y, si están infectados por el VIH, dichos consumidores pueden transmitir sexualmente el virus a su pareja ocasional o habitual (puesto que muchos de ellos no tienen relaciones sexuales con protección). Estudios realizados en Togliatti y

aumento de las infecciones de transmisión sexual. Dichos factores incluyen el continuo crecimiento de la industria del sexo, la emergencia de una considerable fuerza de trabajo móvil y generalmente femenina en la economía informal, y el creciente número de mujeres que migran en busca de trabajo. Esta feminización gradual de la epidemia es visible entre mujeres muy jóvenes. En 2004, las mujeres que se acercaban al final de la adolescencia (15–20 años) dieron cuenta de un porcentaje mayor de los casos de VIH recientemente notificados que los varones del mismo grupo de edad. Algunas de ellas se infectaron por el consumo de drogas intravenosas; el número de mujeres consumidoras de drogas intravenosas ha aumentado de modo considerable en la última década. No obstante, muchas de las mujeres

contrajeron el VIH al mantener relaciones sexuales sin protección con varones infectados (Servicio Federal de la Federación sobre la Protección de los Derechos del Consumidor y Bienestar Social, 2005). Inicialmente concentrada alrededor de los consumidores de drogas intravenosas, la epidemia ha encontrado ahora un empuje adicional entre los profesionales del sexo y sus clientes, y también entre las parejas ocasionales o habituales no consumidoras de los usuarios de drogas intravenosas.

Esta nueva fase de la epidemia de la Federación de Rusia es más evidente en las regiones en las que se observó por primera vez el VIH (entre otras, Kaliningrado, Krasnodarski Krai, Nizhniy Novgorod y Tver). No obstante, también es visible en lugares con epidemias relativamente recientes, como Moscú, Novgorod, Orenburg, Rostov, Volgogrado, y en las repúblicas de Chechenia, Ingusetia y Kabardino-Balkarsk, en todas las cuales los nuevos casos registrados de VIH en 2004 se produjeron por

Jugando al escondite

Fomentada por la agitación socioeconómica y sociopolítica de los años 1990, la epidemia de SIDA en Rusia está impulsada principalmente por los números extraordinariamente elevados de personas que consumen drogas intravenosas, muchas de ellas jóvenes y desocupadas. Más del 80% de todas las infecciones por el VIH registradas corresponde a consumidores de drogas intravenosas, una parte significativa de los cuales son consumidores de larga duración. Mientras algunos consumidores experimentan con las drogas intravenosas breves períodos antes de abandonar esa práctica, otros se vuelven drogodependientes. Más de la mitad de los consumidores de drogas intravenosas que participan en un estudio en la ciudad de Togliatti, por ejemplo, se inyecta desde hace más de cinco años, y una cuarta parte lleva haciéndolo ya de tres a cinco años (Rhodes *et al.*, 2004a). Las estimaciones varían, pero al menos el 1% y posiblemente hasta el 2% de la población del país esté formada por consumidores de drogas intravenosas, y se estima que un 5–8% de todos los varones menores de 30 años ha consumido drogas intravenosas (Molotilov *et al.*, 2003).

El paso del consumo de drogas caseras al consumo de polvo de heroína por vía intravenosa ha sido notorio en muchas ciudades rusas desde finales de los años 1990. No obstante, la práctica de inyectarse en grupos —y la múltiple reutilización de equipos de inyección— han continuado, como también la práctica del *front-loading* y el *back-loading* (pasar soluciones de drogas de una jeringa a otra) (Rhodes *et al.*, 2004a). Se ha demostrado que ambas prácticas aumentan considerablemente el riesgo de transmisión del VIH.

Hay suficientes datos procedentes de todo el mundo que demuestran que un acceso más fácil a las agujas y las jeringas reduce las probabilidades de transmisión del VIH (Rhodes *et al.*, 2004a; Des Jarlais *et al.*, 2002; Gibson *et al.*, 2001). El estudio de Togliatti citado anteriormente estableció que había 12 veces menos probabilidades de que los consumidores de drogas intravenosas que compraban sus equipos en farmacias utilizaran, o dejaran que otros utilizaran, agujas y jeringas no esterilizadas, en comparación con aquellos que recibían el equipo de amigos o de otros consumidores (Rhodes *et al.*, 2004a). Los programas de intercambio de jeringas han aumentado en la Federación de Rusia en los últimos años, pero aún son demasiado escasos para limitar de manera significativa el crecimiento de la epidemia de SIDA. Aunque es legal adquirir el equipo de inyección en farmacias, muchos consumidores de drogas intravenosas siguen sin utilizar equipo esterilizado. Las estrategias de control policial pueden tener como efecto animar a utilizar equipo no esterilizado. En un estudio realizado en cinco ciudades, el 40% de los consumidores de drogas intravenosas que acudían a puestos de intercambio de jeringas afirmó no llevar equipo encima para evitar enfrentamientos con la policía. Las investigaciones llevadas a cabo en otros lugares del mundo sugiere que las estrategias policiales muy visibles se asocian a una renuencia, entre los consumidores de drogas intravenosas, a llevar equipo de inyección, y también a reducir las visitas a los puntos de intercambio de jeringas y a un mayor comportamiento de riesgo (Aitken *et al.*, 2002; Grund *et al.*, 2001). En efecto, en la ciudad de Togliatti, los consumidores de drogas intravenosas que habían sido arrestados por posesión de drogas tenían cuatro veces más posibilidades de utilizar equipos no esterilizados que aquellos que nunca habían sido arrestados. Estos resultados subrayan la necesidad de ampliar la cobertura de distribución de jeringas entre los consumidores de drogas intravenosas, junto con un mayor acceso al tratamiento de base comunitaria y a los servicios de prevención del consumo de drogas. Para conseguirlo será necesario desarrollar asociaciones innovadoras entre las instancias encargadas de hacer cumplir la ley y los organismos de salud pública, que podrían ayudar a crear un entorno que a largo plazo propicie la prevención del VIH (Rhodes *et al.*, 2004a).

relaciones sexuales sin protección (Servicio de la Federación de Rusia sobre la Protección de los Derechos del Consumidor y Bienestar Social, 2005). Las campañas pro-relaciones sexuales seguras se han intensificado en los últimos años, pero una reciente encuesta realizada entre jóvenes de Moscú sugiere que tales campañas tendrán que intensificarse de manera considerable tanto en número como en magnitud antes de que consigan un impacto visible. La encuesta no observó cambios positivos en el comportamiento sexual; sí, en cambio, que el uso del preservativo disminuye ligeramente entre los jóvenes de entre 20 y 30 años (Fundación FOCUS-MEDIA para la Salud Pública y el Desarrollo Social, 2005).

Mientras tanto, son cada vez más los niños de madre seropositiva, lo cual convierte en una prioridad la transmisión maternoinfantil. Los casos notificados de mujeres embarazadas que viven con el VIH han aumentado mucho en los últimos seis años, y el número total de niños de madre VIH-positiva supera hoy los 13 000 (Centro Federal de Rusia sobre el SIDA, 2005). No obstante, según una reciente encuesta, las mujeres y los niños seropositivos se enfrentan a una discriminación muy extendida, también por parte de los profesionales de la salud (Human Rights Watch, 2005).

A menos que se amplíen los esfuerzos de prevención eficaces —particularmente entre los consumidores de drogas intravenosas y sus parejas sexuales, así como entre los profesionales del sexo y sus clientes—, la epidemia de SIDA de la Federación de Rusia seguirá creciendo. Es particularmente urgente encontrar una respuesta integral a los desafíos combinados del VIH y el consumo de drogas intravenosas, sobre todo entre los jóvenes. Los servicios relacionados con las drogas, incluidos la prevención del consumo, los servicios de tratamiento y los programas de reducción del daño (incluidos el intercambio de agujas y jeringas, la terapia de sustitución, los preservativos, etc.) son parte insustituible de dicha respuesta. Esto se aplica también a aquellas regiones en las que el consumo de drogas intravenosas es endémico pero en las que la prevalencia del VIH entre los consumidores todavía es comparativamente baja. Como era de esperar, la epidemia parece estar reforzando su presencia más allá de los 10 territorios en los que se ha dado más de la mitad de todos los casos de VIH notificados. Se han registrado fuertes aumentos del número de diagnósticos del VIH en los oblastis de Ivanovo, Perm y Tjumen, y también en la República

de Tatarstán, por ejemplo (Servicio Federal de la Federación de Rusia sobre la Protección de los Derechos del Consumidor y Bienestar Social, 2005). Se necesitan esfuerzos de prevención oportunos para evitar que la epidemia siga propagándose.

Junto a la necesidad de programas de prevención más eficaces se sitúa la responsabilidad de asegurar servicios de tratamiento y atención al creciente número de rusos que viven con el VIH, incluidos aquellos que pertenecen a poblaciones marginadas. En este frente, los progresos siguen siendo insuficientes. A mediados de 2005 recibía terapia antirretrovírica menos del 10% (apenas 4000–6500 personas) de los que la necesitaban (ONUSIDA/OMS, 2005).

Hay indicios de que el Gobierno ruso reconoce cada vez más que el continuo crecimiento de la epidemia exige una respuesta aún más enérgica. Se ha puesto a disposición una considerable financiación internacional para ampliar los programas de reducción del daño (la mayoría de ellos destinados a los diez *oblastis* más afectados) y servicios de tratamiento de la drogadicción. No obstante, la terapia de sustitución con metadona (que puede fomentar la observancia del tratamiento antirretrovírico, y también mejorar la salud y la estabilidad social de los consumidores de drogas intravenosas), sigue siendo ilegal, y es escaso el número de proyectos de reducción del daño. Así y todo, el proceso de reformas de la política sobre drogas, iniciado en 2004, podría ser un paso adelante en este frente. El gasto nacional en SIDA también parece aumentar; gran parte de los fondos adicionales se destinan a un programa más amplio de tratamiento y atención. Se requieren un liderazgo y una coordinación más fuertes de la respuesta al SIDA para dirigir a los distintos actores, incluidas las personas que viven con el VIH, en un esfuerzo concertado.

UCRANIA

Ucrania, donde se estima que la prevalencia del VIH en adultos es del 1,4%, sigue siendo el país más afectado de Europa. Alimentada por el consumo peligroso de drogas intravenosas y las relaciones sexuales sin protección, la epidemia de ese país no da señales de estar cediendo. El número anual de nuevos casos de VIH sigue aumentando, y superó los 12 000 en 2004, casi 25% más de los 10 000 casos diagnosticados en 2003 y casi el doble de los diagnosticados en 2000 (Centro de Ucrania

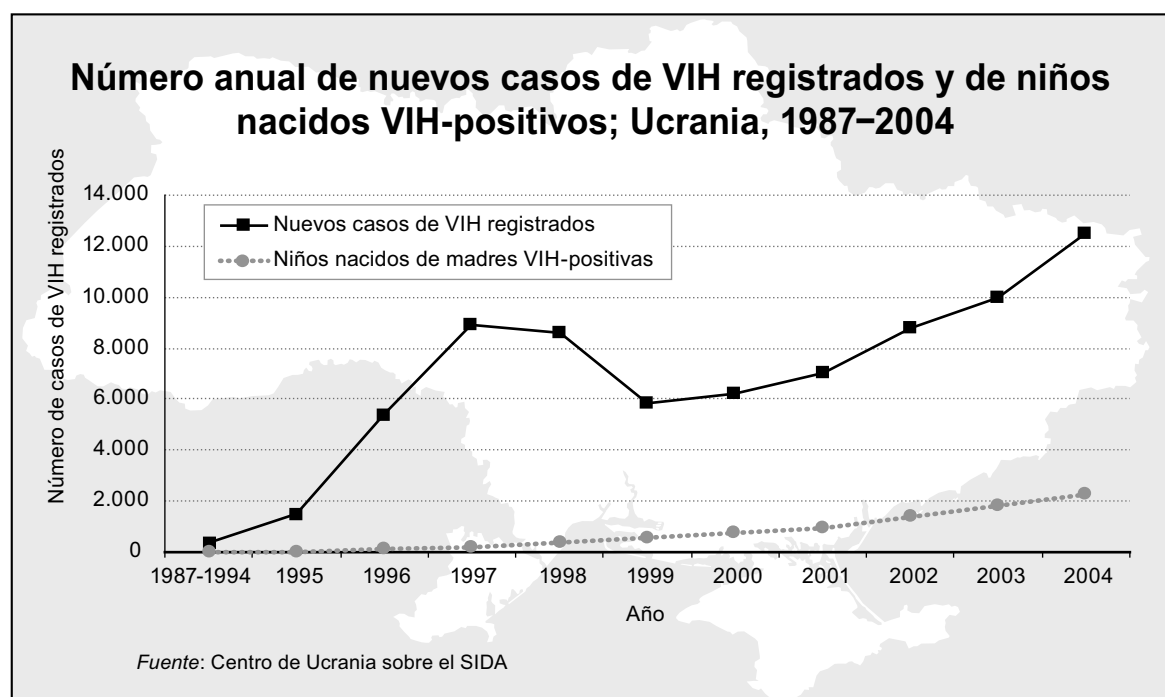


Figura 16

sobre el SIDA, 2005a; EuroHIV, 2005). Estas cifras subestiman por un amplio margen la magnitud real de la epidemia, puesto que sólo reflejan las infecciones de las personas que han estado en contacto directo con los centros oficiales de pruebas del VIH.

La epidemia se propaga rápidamente más allá de las diez regiones meridionales y orientales de Ucrania, donde hasta la fecha se han notificado más de los dos terceros partes de casos de VIH. En las regiones centrales de Ucrania, anteriormente consideradas mínimamente afectadas, se producen bruscos aumentos en el número de nuevas infecciones notificadas. Existe un riesgo creciente de que la epidemia se propague rápidamente en estas y otras regiones a menos que se introduzcan esfuerzos de prevención oportunos y eficaces en gran escala.

Contra el telón de fondo de un consumo de drogas generalizado, el consumo de drogas intravenosas sigue siendo un factor clave en la epidemia de Ucrania. El número notificado de nuevas infecciones por el VIH entre consumidores de drogas intravenosas sigue creciendo (Centro de Ucrania sobre el SIDA, 2005a). Aunque la mayoría de consumidores de drogas intravenosas son jóvenes del sexo masculino, un porcentaje importante

(23%) de los diagnosticados con el VIH en 2004 estaba formado por mujeres. Un estudio realizado en las ocho regiones más afectadas determinó que la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas llegaba al 58% en Odessa y al 59% en Simferopol (Centro de Ucrania sobre el SIDA, 2005b). El comportamiento de riesgo entre los consumidores de drogas intravenosas sigue estando muy extendido. Un reciente estudio nacional encontró que solamente el 20% de dichos consumidores afirmaba evitar el equipo de inyección no esterilizado y practicaba relaciones sexuales protegidas (Ministerio de Salud de Ucrania, 2005). El comportamiento más seguro era más común entre los clientes de los programas de reducción del daño —el 24% de ellos utilizaba preservativos sistemáticamente y evitaba utilizar equipo de inyección no esterilizado, en comparación con el 16% de los consumidores que no participaban en dichos programas (Ministerio de Salud de Ucrania, 2005). Actualmente, esos programas se ejecutan en varias regiones de Ucrania con alta prevalencia del VIH. No obstante, su cobertura sigue siendo baja. Los programas de reducción del daño llegan sólo al 10% de los 560 000 consumidores de drogas intravenosas estimados actualmente en el país

(Balakireva *et al.*, 2003). También se ponen práctica ahora programas piloto para la terapia de sustitución entre consumidores de drogas intravenosas, pero dichos servicios tendrán una cobertura limitada.

La epidemia cobra aún un mayor impulso por la superposición entre el consumo de drogas intravenosas y el comercio sexual. En Odessa, el 67% de los profesionales del sexo que también consumían drogas intravenosas eran seropositivos, mientras en Donetsk, Lutsk, Poltava y Simferopol la cifra correspondiente iba del 35% al 50%. La prevalencia del VIH entre las profesionales del sexo no consumidoras de drogas intravenosas era mucho más baja, situándose en el 17% (Centro de Ucrania sobre el SIDA, 2005b). El porcentaje de personas infectadas por transmisión sexual del VIH

los varones que tienen relaciones sexuales con varones. A finales de 2004, aproximadamente 12 700 presos tenían diagnóstico VIH-positivo en el sistema penitenciario del país; de ellos, más de 3500 seguían aún entre rejas. El conocimiento sobre el VIH que tienen los presos es deficiente: según una encuesta reciente, solamente el 39% sabía cómo prevenir la transmisión sexual del VIH. Sin embargo, entre los presos a los que se había llegado con programas de prevención en la cárcel, el 67% sabía cómo protegerse contra la infección por el VIH (Ministerio de Salud de Ucrania, 2005). Poco conocida aún es la epidemia entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones; en 2004 sólo se notificaron oficialmente nueve nuevos casos de VIH considerados infecciones sexuales entre varones. Con todo, hay indicios de que en ese

Se necesitan mayores esfuerzos para llegar a otras poblaciones vulnerables, como los presos y los varones que tienen relaciones sexuales con varones.

ha aumentado del 14% de nuevos casos (1999–2003) a más del 32% en 2004 (Centro de Ucrania sobre el SIDA, 2005a). Muchas de esas personas contrajeron la infección de una pareja sexual que probablemente había contraído el VIH a través del consumo peligroso de drogas intravenosas. No obstante, una proporción cada vez mayor de nuevos casos del VIH por transmisión sexual se da en personas cuya pareja sexual no tiene antecedentes como consumidor de drogas intravenosas (Grund *et al.*, 2005). Este dato subraya la naturaleza difusa de la epidemia de Ucrania, donde ahora el VIH circula en el conjunto de la población y donde cada vez es mayor el número de mujeres infectadas. En 2004, las mujeres eran el 42% de las personas con nuevo diagnóstico de infección por el VIH (Centro de Ucrania sobre el SIDA, 2005a). A resultas de ello, el número de niños nacidos de madres seropositivas sigue aumentando, y fue de más de 2200 en 2004, como lo muestra la figura 16 (Centro de Ucrania sobre el SIDA, 2005a). Sin embargo, Ucrania avanza en este frente. La tasa de transmisión maternoinfantil del VIH ha disminuido del 28% en 2001 a menos del 10% en 2003, siendo ahora una de las más bajas de Europa oriental (Ministerio de Salud de Ucrania, 2005).

Se necesitan mayores esfuerzos para llegar a otras poblaciones vulnerables, como los presos y

grupo de población la prevalencia podría ser muy alta. En la primera vigilancia centinela realizada entre varones que tienen relaciones sexuales con varones, siete de 25 varones de Odessa dieron seropositivo, igual que dos de los 22 que se hicieron la prueba en Mykolaiv (Centro de Ucrania sobre el SIDA, 2005b). El conocimiento y la conciencia del SIDA entre esta población son también deficientes, y al parecer está muy extendido el comportamiento de riesgo. En un estudio realizado en siete ciudades de Ucrania, sólo el 55% de los varones afirmó haber utilizado un preservativo la última vez que había tenido relaciones sexuales con un varón (Ministerio de Salud de Ucrania, 2005). En consecuencia, cabe intensificar y ampliar las actividades de prevención entre los presos y los varones que tienen relaciones sexuales con varones.

En términos generales, en algunas regiones de Ucrania los proyectos piloto parecen estar alentando comportamientos más seguros. No obstante, esos proyectos son escasos en número y limitados en su alcance, de modo que la magnitud de la epidemia eclipsa su eficacia. En ausencia de una respuesta nacional ampliada a los desafíos combinados del VIH, el consumo de drogas intravenosas y el comportamiento sexual de riesgo, cabe esperar que la epidemia de SIDA de Ucrania continúe propagándose.

Ampliación del acceso al tratamiento

Junto a la necesidad de programas de prevención más numerosos y más eficaces figura la urgente y cada vez mayor necesidad de aumentar el tratamiento y la atención del número, en rápido aumento, de ucranios que viven con el VIH, especialmente de aquellos que pertenecen a las poblaciones vulnerables. Se estima que en Ucrania más de 17 000 personas necesitan tratamiento antirretrovírico (OMS, 2005). Apoyada por el Fondo Mundial, Ucrania está ampliando rápidamente el acceso a dicho tratamiento. A partir de septiembre de 2004, más de 2400 nuevos pacientes se han puesto en tratamiento en el plazo de un año; el 90% sigue con vida y en tratamiento a los seis meses. Es necesario ampliar dichos programas cuanto antes: 1138 personas con SIDA murieron en los primeros siete meses de 2005, casi una quinta parte del número total de defunciones relacionadas con el SIDA que se han registrado hasta la fecha en Ucrania (Centro de Ucrania sobre el SIDA 2005a). La asequibilidad del tratamiento antirretrovírico sigue siendo un factor clave. Los tratamientos de primera línea en Ucrania están actualmente entre los más baratos de Europa, con precios tan bajos como US\$ 260 por paciente y año. Mantener bajo el precio de los medicamentos antirretrovíricos determinará si el tratamiento puede ser sostenido y ampliado en Ucrania.

En los Estados bálticos, la epidemia continúa creciendo, si bien a un ritmo más lento que a principios de la década actual. El número total de infecciones por el VIH notificadas sigue siendo bajo. Así y todo, el número total de casos de VIH notificados en **Estonia**, el más afectado de los países bálticos, llegó a 442 en 2004. Hasta 1999 se diagnosticaban anualmente en Estonia una docena o menos de nuevos casos de VIH, pero en 2004 se comunicaron 743 nuevos diagnósticos. Una parte creciente de las infecciones se produce entre mujeres, que en 2004 dieron cuenta del 33% de los nuevos casos de VIH (EuroHIV, 2005; Dirección General de Protección de la Salud de Estonia, 2005). **Letonia** asiste también a un aumento constante del número total de casos de VIH, que a mediados de 2005 era más de seis veces superior al registrado en 1999 (3169, en comparación con 492). No obstante, hay indicios de que en Letonia el ritmo de la epidemia se atenúa; el número de nuevas infecciones por el VIH disminuye sistemáticamente desde 2001. Las mujeres resultan cada vez más afectadas (el 36% de las nuevas infecciones en 2004) y la epidemia se concentra mayormente entre personas menores de 30 años. Llama la atención que en Letonia un 16% de los diagnósticos de VIH se haya dado en adolescentes (15–19 años) (Centro de Prevención del SIDA de Letonia, 2005). El brote de nuevos casos de SIDA notificados en **Lituania** en 2002 (cuando los nuevos diagnósticos se multiplicaron por cinco en un año) parece haber cedido en cierta

medida. El año pasado se notificaron 135 nuevas infecciones, la gran mayoría de ellas atribuibles al consumo de drogas intravenosas (Centro del SIDA de Lituania, 2005).

En **Belarús** (donde más de 6200 personas fueron diagnosticadas con el VIH a finales de 2004) y **Moldova** (donde la cifra era de más de 2300), la epidemia no da señales de ralentizarse. La transmisión sexual del VIH se ha vuelto mucho más importante en **Belarús**, donde da cuenta de la mitad de los nuevos casos de VIH registrados en 2004 (Ministerio de Salud de Belarús, 2005a). El consumo de drogas intravenosas sigue siendo también un factor de peso, y los estudios recientes realizados entre consumidores de dichas drogas muestran una prevalencia del VIH del 26% en Soligorsk, del 31% en Minsk y del 34% en Zhlobin (Ministerio de Salud de Belarús, 2005b). Como en otros lugares de la región, más de tres cuartas partes de los nuevos casos de VIH corresponden a jóvenes (de 30 años o menos). Los estudios sugieren que el comportamiento de alto riesgo es común: un 30% de los consumidores de drogas intravenosas sigue usando jeringas no esterilizadas y más del 50% utiliza las jeringas ya utilizadas por otros, y se inyecta en grupos (Ministerio de Salud de Belarús, 2005b). La **República de Moldova** también presenta una disminución de las tasas de transmisión del VIH entre consumidores de drogas intravenosas. En 2004, los consumidores de drogas intravenosas fueron el

42% de los diagnósticos de HIV, en comparación con el 78% en 2001; en 2004, más de la mitad de nuevos diagnósticos (55%) se produjeron por coito heterosexual. También hay indicios de que el VIH circula en diversas redes sociales. En estudios de vigilancia centinela realizados en Chisinau, por ejemplo, casi el 5% de los profesionales del sexo resultó VIH-positivo, como poco menos del 2% de varones que tienen relaciones sexuales con varones (OMS-EURO e Instituto Pasteur, 2003).

Entre las repúblicas de **Asia central**, la que experimenta la epidemia más dinámica es **Uzbekistán**. En 1999, en ese país sólo se notificaron 28 diagnósticos de VIH; el año pasado hubo 2016 nuevas infecciones, lo cual lleva a más de 5600 el número total de casos de VIH (EuroHIV, 2005). El consumo de drogas intravenosas, el motor de la epidemia, tiene su epicentro en Tashkent, la capital, y en los distritos de los alrededores. También alimenta la epidemia la superposición entre el consumo de drogas intravenosas y el comercio sexual. En un estudio reciente entre las profesionales del sexo de Tashkent se encontró una prevalencia del VIH del 10%, y de entre las mujeres que intercambiaban drogas por sexo, el 28% estaba infectada por el VIH (Todd *et al.*, 2005). También la epidemia de **Kazajstán** se centra en los jóvenes que consumen drogas intravenosas, algunos de los cuales comercian igualmente con el sexo. En ese país se notificaron casi el 47% de los casos de VIH a finales de 2004, eso es, más de tres veces el total de apenas cuatro años antes (EuroHIV, 2005). Es necesario invertir esta tendencia por medio de esfuerzos encaminados a fomentar el conocimiento sobre el VIH y un menor comportamiento de riesgo entre los consumidores de drogas intravenosas. En los estudios de vigilancia centinela, menos de la mitad de los consumidores de drogas intravenosas conocía las principales vías de transmisión del VIH, y casi el 60% de ellos utilizaba el equipo de inyección no esterilizado. Son pocos los programas que previenen la propagación del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas de Kazajstán, y más allá de ellos; según algunas estimaciones, éstos podrían llegar a ser 200 000 (Centro del SIDA de Kazajstán). El riesgo sexual está también muy extendido. Sólo el 53% de los consumidores de drogas intravenosas afirmó haber usado un preservativo la última vez que había tenido relaciones sexuales, y en los profesionales del sexo

se halló una prevalencia del SIDA del 25%. No se sabe cuán extendidas están las relaciones sexuales entre varones, pero en la ciudad de Almaty los varones que tienen relaciones sexuales con varones tienden a no utilizar el preservativo de un modo sistemático: casi una tercera parte (32%) afirmó no haber utilizado nunca un preservativo durante las relaciones sexuales con penetración (Centro del SIDA de Kazajstán, 2005). El VIH ha hecho avances menos espectaculares en **Kirguistán** (donde se ha diagnosticado una media anual de 150 nuevas infecciones desde 2000) y en **Tayikistán** (donde más de la mitad de todos los diagnósticos de VIH hasta la fecha se produjeron en 2004, principalmente a consecuencia del aumento del número de pruebas del VIH) (EuroHIV, 2005).

Mientras tanto, en el Cáucaso se registran epidemias medidas y todavía relativamente estables en **Armenia** y **Azerbaiyán**. En ninguno de estos dos países puede excluirse, no obstante, la posibilidad de un repentino aumento de la transmisión del VIH. Bakú, la capital de Azerbaiyán, ha revelado tener una importante prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas y los profesionales del sexo que trabajan en la calle (Oficina Regional de la OMS para Europa, 2004). Se ha notificado un pronunciado cambio en las vías de transmisión del VIH en Armenia, donde, hasta hace muy poco, la mayoría de las infecciones notificadas se atribuía a las relaciones sexuales sin protección (Centro Nacional de Armenia sobre el SIDA, 2005). Sin embargo, en 2004, dos terceras partes de los nuevos casos estuvieron relacionadas con el consumo de drogas intravenosas sobre un fondo de aumento general del consumo de dichas drogas en el país (EuroHIV, 2005).

Aunque son pocos los nuevos diagnósticos de VIH notificados en el sureste de Europa, el consumo de drogas intravenosas y el comportamiento sexual de riesgo en varios países podría acelerar la propagación del VIH una vez que el virus afiance aún más su presencia. El país más afectado de esta subregión es **Rumania**, donde las nuevas infecciones se atribuyen a las relaciones sexuales sin protección, la mayoría de ellas heterosexuales (EuroHIV, 2005).

En general, en Europa oriental y Asia central, los actuales datos del VIH reflejan la situación casi exclusivamente entre las personas que han estado

en contacto con programas de pruebas del VIH. En consecuencia, no es suficiente lo que se sabe de la propagación del VIH entre las personas que no interactúan con las autoridades o los servicios de pruebas. Así, por ejemplo, el papel de las relaciones sexuales sin protección entre varones sigue siendo, en gran medida, una conjetura. Se han realizado pocos estudios entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones, quienes, en cuanto grupo, se enfrentan a la discriminación y el estigma en esta región. La investigación disponible apunta a la existencia de altos niveles de relaciones sexuales

sin protección. Además, un importante porcentaje de varones que tienen relaciones sexuales con varones también tiene relaciones sexuales con mujeres (Oficina Regional de la OMS para Europa, 2004).

El número total de personas que recibe tratamiento antirretrovírico se ha casi duplicado en los doce meses anteriores a mediados de 2005, pasando de 11 000 a 20 000, pero sigue estando muy por debajo del número de personas que necesita dicho tratamiento; la mayor carga de morbilidad recae sobre la Federación de Rusia y Ucrania.

CARIBE

Estadísticas y características del VIH y el SIDA, en 2003 y 2005

	Adultos y niños que vivían con el VIH	Número de mujeres que vivían con el VIH	Nuevos casos de infección por el VIH en adultos y niños	Prevalencia del VIH en adultos (%)	Defunciones de adultos y niños a causa del SIDA
2005	300 000 [200 000–510 000]	140 000 [88 000–240 000]	30 000 [17 000–71 000]	1,6 [1,1–2,7]	24 000 [16 000–40 000]
2003	300 000 [200 000–510 000]	140 000 [87 000–250 000]	29 000 17 000–68 000]	1,6 [1,1–2,7]	24 000 [16 000–41 000]

Se estima que la epidemia de SIDA se ha cobrado la vida de unas 24 000 [16 000–40 000] personas en el Caribe en 2005, lo que la convierte en la primera causa de mortalidad entre adultos de 15 a 44 años. Un total de 300 000 [200 000–510 000] personas viven con el VIH en el Caribe, incluidas las 30 000 [17 000–71 000] nuevas infecciones de 2005. En la región de la Comunidad del Caribe (CARICOM), 240 000 [150 000–450 000] personas viven con el VIH, incluidas las 25 000 [12 000–65 000] que contrajeron el virus en 2005. Más de 20 000 [13 000–36 000] personas fallecieron a causa del SIDA durante el año pasado en la región¹.

La situación del Caribe como segunda región más afectada del mundo enmascara diferencias importantes en el alcance e intensidad de las epidemias. La prevalencia promedio del VIH en adultos sobrepasa el 1% en **Barbados, República Dominicana, Jamaica y Suriname**, el 2% en **Bahamas, Guyana y Trinidad y Tabago**, y excede del 3% en Haití. En Cuba, por el contrario, la prevalencia aún no ha alcanzado el 0,2%.

Aunque unos pocos países han hecho progresos en el seguimiento y abordaje de sus epidemias, la vigilancia insuficiente del VIH dificulta

la interpretación detallada de las recientes tendencias epidemiológicas en algunos países. Lamentablemente, esto es válido también para países que, en el pasado, tenían tasas alarmantes de infección por el VIH en mujeres embarazadas, como las **Bahamas** y la **Guyana Francesa**. Las razones de tales deficiencias son, entre otras, la limitación de recursos, aunque otro factor también podría ser la renuencia de los funcionarios públicos a informar del alcance de sus epidemias de SIDA.

Las epidemias de la región están impulsadas sobre todo por el coito heterosexual (el modo de transmisión documentado de las tres cuartas partes o más de todos los casos de SIDA notificados hasta la fecha), con el comercio sexual como factor destacado, en un entorno de pobreza severa, desempleo elevado y desigualdades por razón del sexo. Sin embargo, la investigación profunda de la interrelación de la industria del sexo y la transmisión del VIH sigue siendo limitada en el Caribe. Más infrecuente aún es el reconocimiento del importante papel que tienen las relaciones sexuales entre varones en muchas de las epidemias nacionales del Caribe. De las infecciones por el VIH comunicadas, el porcentaje total que se atribuye a las relaciones sexuales entre varones es de aproximadamente un 12%, pero la

¹ La CARICOM comprende: Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Montserrat, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Suriname, y Trinidad y Tabago.

homofobia y unos arraigados tabúes socioculturales que estigmatizan las relaciones entre personas del mismo sexo significan que la proporción real podría ser algo más alta. (Inciardi *et al.*, 2005). Actualmente, el consumo de drogas intravenosas es responsable de la minoría de las infecciones por el VIH; sólo contribuye de forma significativa a la propagación del VIH en **Bermudas** y **Puerto Rico**.

Las nuevas infecciones por el VIH entre las mujeres superan a las de los varones. Las mujeres jóvenes, en concreto, tienen muchas más probabilidades de infectarse que los varones jóvenes. En **Trinidad y Tabago**, por ejemplo, los niveles de infección por el

grupo de edad (MAP, 2003). La vulnerabilidad fisiológica de las muchachas y las mujeres jóvenes es responsable en parte de estas discrepancias, pero también es importante la práctica relativamente común de que mujeres más jóvenes tengan relaciones con varones mayores que ellas (los cuales, debido a la edad, es más probable que estén infectados por el VIH). En algunos países, la actividad sexual empieza comparativamente pronto: la cuarta parte de las mujeres encuestadas de 15 a 29 años en **Barbados** respondieron que eran sexualmente activas al cumplir los 15. Y casi la tercera parte de los varones de 15 a 29 años informaron de múltiples

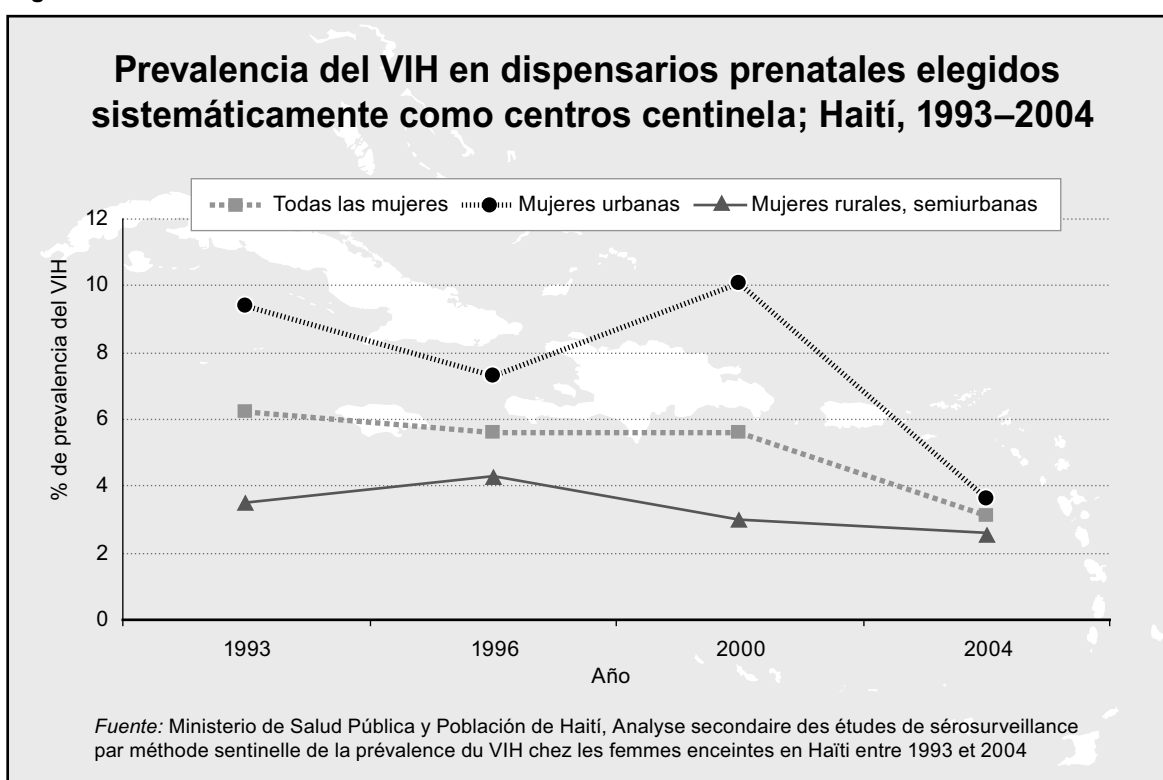
Algunos avances recientes en el Caribe pueden ser motivo de un prudente optimismo.

VIH son seis veces más altos entre las muchachas de 15 a 19 años que entre los varones de la misma edad (Inciardi *et al.*, 2005). Algunos estudios anteriores indicaban que en la **República Dominicana** las mujeres menores de 24 años tenían casi el doble de probabilidades de estar infectadas por el VIH que sus homólogos masculinos, y en **Jamaica**, las adolescentes tenían una probabilidad 2,5 veces mayor de estar infectadas que los muchachos de su mismo

parejas sexuales durante el año anterior, según la misma encuesta (Grupo Técnico de Expertos del Caribe, 2004). Estas tendencias probablemente den un empuje a la epidemia.

Al mismo tiempo, algunos avances recientes en el Caribe pueden ser motivo de un prudente optimismo. La epidemia de **Haití**, una de las más antiguas del mundo, podría haber empezado a mejorar. En

Figura 17



¿Mejora la situación en Haití?

En general, la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas en Haití ha disminuido desde mediados de los años 1990, pero las tendencias en las zonas urbanas y rurales del país muestran claras diferencias. Los datos de cinco centros centinela (distribuidos en todo el país) con datos comparables de 1993 a 2003-2004 indican que la prevalencia del VIH cae marcadamente del 9% al 3,7% entre las mujeres de zonas urbanas. Los datos de 1996 a 2003-2004 de otro nueve centros también muestran un pronunciado descenso en los niveles de infección por el VIH en las mujeres de zonas urbanas, del 8% al 4% (Gaillard *et al.*, 2004b). Esto indica que la prevalencia del VIH en las zonas urbanas posiblemente alcanzó su punto máximo a mediados de la década de 1990, cuando empezó a disminuir gradualmente. Sin embargo, entre las mujeres semiurbanas y rurales, los cambios son mucho menos evidentes. Para ellas, la prevalencia del VIH en los cinco centros con datos comparables fue sólo ligeramente inferior en 2003-2004 en comparación con 1993 (2,6% frente a 3,5%).

¿A qué podrían deberse estas tendencias? Por un lado, una proporción significativa de haitianos ha informado de cambios en sus comportamientos sexuales. En 2000, por ejemplo, en comparación con 1994, casi el doble de varones y mujeres dijo que se abstenía de tener relaciones sexuales (11% frente a poco menos del 7%). Además, hubo más personas que señalaron que tenían una sola pareja (el 45% de los varones y el 32% de las mujeres en 2000, comparados con el 37% y 20%, respectivamente, de 1994).

Asimismo, se han observado cambios de comportamiento que podrían señalar un riesgo mayor de transmisión del VIH. Por ejemplo, los jóvenes haitianos inician su actividad sexual más pronto. La edad promedio de la primera relación sexual era de 19,8 años para los varones y 18,3 para las mujeres en 1994; seis años más tarde, las edades eran de 18,2 y 17,5 respectivamente (Gaillard *et al.*, 2004b). De la misma manera, el porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que comunicó que nunca había tenido relaciones sexuales disminuyó en un 66% para las mujeres y un 48% para los varones en ese grupo de edad (comparado con el 71% y 53%, respectivamente, en 1994) (Gaillard *et al.*, 2004b). El uso del preservativo entre los jóvenes haitianos (de 15 a 24 años) también ha disminuido. Sólo el 28% de las mujeres jóvenes haitianas (de 15 a 24 años) dijo en 2003 que había usado un preservativo en su última relación sexual, al igual que el 37% de los varones de la misma edad. Es posible que los haitianos mayores de esa edad hayan tomado más precauciones para evitar la infección. La disminución de la prevalencia del VIH parece ser más pronunciada entre las mujeres mayores de 24 años.

Sin embargo, es muy probable que la mortalidad a causa del SIDA sea responsable de una parte importante de la disminución observada en los niveles de infección. Si las defunciones a causa del SIDA contribuyen a hacer que la prevalencia del VIH sea más baja, el ligero descenso en el nivel de infecciones observado en las zonas *rurales* podría significar que la incidencia del VIH sigue siendo notable. En ese caso, un número ingente de personas estaría contrayendo el VIH, mientras el SIDA continúa acabando con la vida de muchos, lo que hace que el número total de personas que viven con el VIH se mantenga estable o disminuya ligeramente. Por otra parte, la agitación sociopolítica de los últimos años podría estar creando las condiciones (tales como desplazamientos, inestabilidad social, inseguridad con respecto a los medios de vida) que permiten una rápida propagación del VIH. Por tanto, si no se cuenta con unos programas de prevención del VIH sólidos y sostenidos, no hay garantías de que la disminución de la prevalencia del VIH observada en las zonas urbanas continúe o se extienda a las zonas rurales. Estos esfuerzos deben tener en cuenta el hecho de que la prevalencia entre las mujeres embarazadas varía notablemente (del 1,8% a casi el 7% en diferentes zonas) (Ministère de la santé publique et de la population d'Haïti *et al.*, 2004).

general, el porcentaje de mujeres embarazadas que resultaron VIH-positivas en la prueba se redujo a la mitad de 1993 a 2003-2004 (del 6,2% al 3,1%). La tendencia ha sido más pronunciada en las zonas urbanas (donde la prevalencia del VIH disminuyó del 9,4% en 1993 al 3,7% en 2003-2004), especialmente entre las personas de 15 a 24 años, lo que indica que se está registrando una reducción importante de

nuevas infecciones por el VIH en las ciudades del país (Gaillard *et al.*, 2004b). El descenso parece estar ligado a cierto cambio comportamental. La mortalidad por causa del SIDA es casi con certeza un factor importante que contribuye a dicho descenso (véase recuadro más arriba). En las zonas rurales, la disminución ha sido mucho más modesta. Como Haití tiene el mayor número de personas que viven con el

VIH (se estimaba en 173 000 en 2004; Gaillard *et al.*, 2004a), resulta imperativa la intensificación de la prevención del VIH en el país.

La **República Dominicana**, que comparte con Haití la isla La Española, también parece obtener algunas recompensas como resultado de su respuesta al SIDA. Los niveles de infección entre las mujeres embarazadas disminuyen desde finales de la década de 1990, con una prevalencia general en mujeres embarazadas más o menos estable en el 1,4%, medido en la ronda de vigilancia centinela de 2004. Sin embargo, en algunos lugares (como San Juan de la Maguana) la prevalencia del VIH en los dispensarios prenatales era del 2,7% (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana, 2005b). En la capital, Santo Domingo, en 2004 la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas era del 1,3% en el dispensario prenatal más importante de la ciudad, un cambio significativo frente a más del 2% de 1995 (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana, 2005b; ONUSIDA/OMS, 2004). No obstante, los niveles de infección por el VIH en mujeres embarazadas son mucho más altos en otras zonas: 2,3% en San Juan, en la parte occidental del país, y 2,5% en La Romana, en la parte oriental, por ejemplo. Y en algunos *bateyes* (comunidades muy pobres de trabajadores fundamentalmente haitianos que prestan servicios en los molinos azucareros) se han detectado niveles de infección del 5,5% en varones y el 4,7% en mujeres.

Es probable que los bajos niveles de infección por el VIH del 3-4% registrados entre los profesionales del sexo en Santo Domingo reflejen los esfuerzos para fomentar el uso sistemático del preservativo y otros comportamientos más seguros en ese colectivo. El 87% de los profesionales del sexo encuestados respondió que había usado un preservativo en la última relación sexual remunerada, y el 76% dijo que siempre usaba preservativos durante el comercio sexual (Ministerio de Salud de la República Dominicana, 2005b). Como en otros países del Caribe, las relaciones sexuales entre varones parecen tener un papel importante en la epidemia de la República Dominicana, aunque inadecuadamente reconocido. Un estudio reciente efectuado en tres ciudades (Puerto Plata, Samaná y Santo Domingo) entre varones que tienen relaciones sexuales con varones indicó que el 11% vivía con el VIH (Toro-Alfonso y Varas-Díaz, 2004). En otro estudio, alrededor de la tercera parte de los varones

que tienen relaciones sexuales con varones dijo que también se había acostado con mujeres durante los seis meses anteriores, y sólo la mitad de ellos comunicó que había usado preservativos durante ese período.

Los niveles de infección han disminuido en las **Bahamas**, lo que indica que los esfuerzos ampliados de prevención del VIH podrían ser responsables en parte de esa tendencia. Las nuevas infecciones por el VIH comunicadas se redujeron de 409 en 2000 a 275 en 2003 (una disminución del 32%), mientras que la prevalencia del VIH medida en mujeres embarazadas ha seguido un camino semejante (un descenso del 4,6% en 1993 al 3% en 2002); los niveles de VIH en pacientes de los dispensarios de infecciones de transmisión sexual también se redujeron (Grupo Técnico de Expertos del Caribe, 2004; Departamento de Salud Pública de las Bahamas, 2004). La gestión clínica mejorada y el tratamiento del SIDA a nivel de la comunidad han reducido drásticamente la transmisión maternoinfantil. Es probable que el número de defunciones anuales atribuidas al SIDA en el país (de 272 en 2000 a 185 en 2003) también haya contribuido a esa disminución (Centro Epidemiológico del Caribe, OPS, OMS, 2003). Se estima que por lo menos el 30% de las personas con el VIH recibía la atención clínica adecuada en los dispensarios comunitarios en 2003.

La intensificación de los esfuerzos para enfrentarse a la epidemia más pequeña de **Barbados** aparentemente también está dando sus frutos. Los nuevos diagnósticos de VIH en mujeres embarazadas disminuyeron a la mitad entre 1999 y 2003 (con una prevalencia que oscila del 0,7% al 0,3%) (Kumar y Singh, 2004), mientras que la ampliación de los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias y el suministro de tratamientos de prevención con antirretrovíricos ha reducido la transmisión maternoinfantil del VIH (St John *et al.*, 2003). Un acceso más amplio a la terapia antirretrovírica redujo las defunciones a la mitad entre 1998 y 2003, una tendencia también observada en **Bermudas** en 2000-2002 (Centro Epidemiológico del Caribe, OPS, OMS, 2003).

En **Jamaica**, la mayor parte de las infecciones por el VIH ocurren en las zonas urbanas, y las parroquias de Kingston, St. Andrews y St. James son las más castigadas. La prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas se ha mantenido entre el 1% y el 2% desde mediados de los años 1990, aunque la reciente

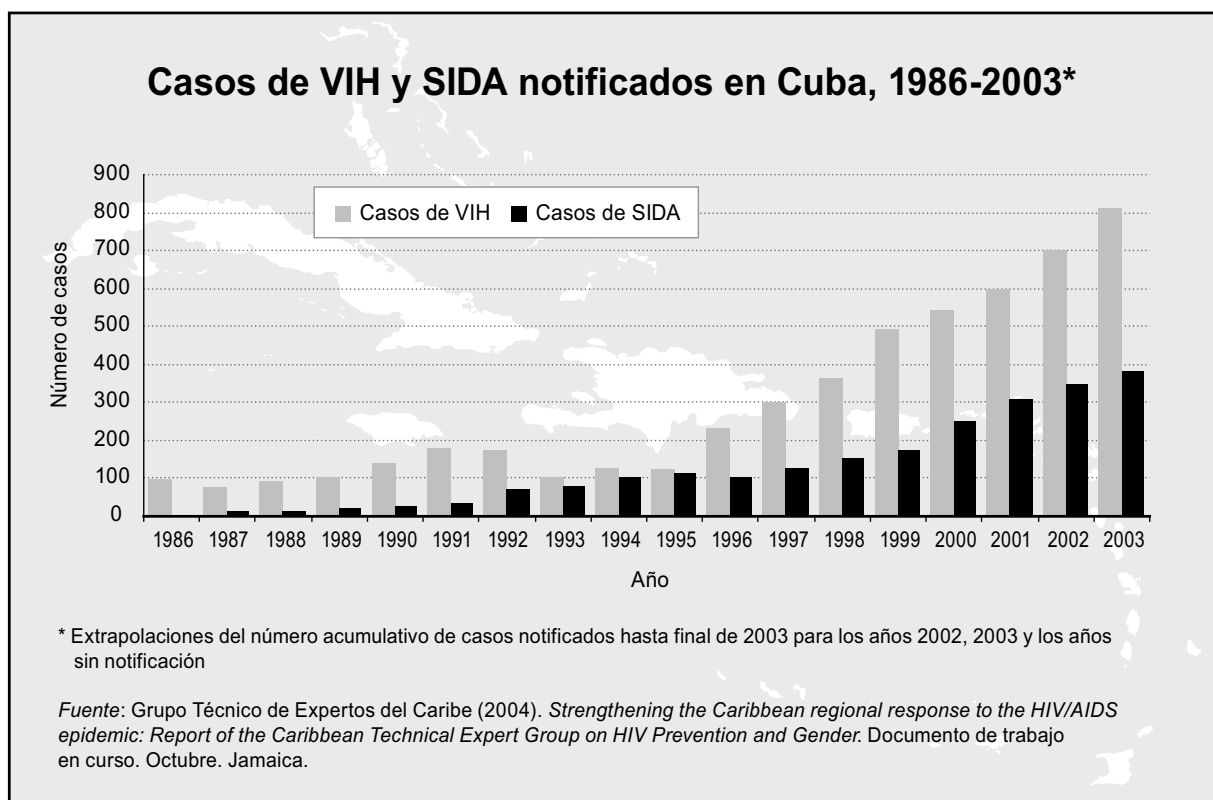
vigilancia del VIH en los dispensarios prenatales indica que podría estar disminuyendo ligeramente en algunas zonas del país (por ejemplo, en las parroquias de St. Ann y St. James) (Ministerio de Salud de Jamaica, 2004). Hay algunos indicios que sugieren que una gran parte de los jamaicanos toman precauciones para protegerse de la infección por el VIH. En encuestas efectuadas durante la pasada década, alrededor de las tres cuartas partes de los varones dijeron que habían usado un preservativo la última vez que habían tenido una relación sexual con una pareja ocasional. El porcentaje de mujeres que informaba del mismo comportamiento casi se duplicó entre 1992 y 2000 (Grupo Técnico de Expertos del Caribe, 2004). Tal como en Jamaica, el coito heterosexual sin protección es el factor impulsor de la epidemia en **Trinidad y Tabago**, donde la prevalencia nacional estimada del VIH en adultos se acercaba al 3% en 2003. En un estudio recientemente publicado efectuado entre mujeres parturientas en Tabago se puso de manifiesto que el 2,6% eran VIH-positivas; y entre las menores de 25 años, la prevalencia era del 3,8%. Un gran porcentaje de mujeres también estaba infectado por el HSV2, una infección de transmisión sexual que, como han demostrado los estudios hechos en África, aumenta

de manera significativa el riesgo de transmisión del VIH (Duke *et al.*, 2004; Weis *et al.*, 2001).

Guyana y Suriname están experimentando epidemias graves de SIDA. La prevalencia nacional del VIH en **Guyana** se estimaba en un 2,5% al final de 2003, y el SIDA se ha convertido en la causa principal de mortalidad en personas entre 25 y 44 años (ONUSIDA/OMS, 2004). El notable incremento de los casos de VIH notificados oficialmente durante la pasada década sugiere un empeoramiento de la epidemia, con una alta prevalencia del VIH registrada entre los pacientes atendidos en dispensarios de infecciones de transmisión sexual (15% en varones y 12% en mujeres en 2002) (Grupo Técnico de Expertos del Caribe, 2004). Pero la información sobre el VIH fuera de las ciudades del país es limitada, lo que dificulta medir la magnitud real de la epidemia.

Algo menos del 2% de la población adulta de **Suriname** vivía con el VIH a final de 2003. Las nuevas infecciones registradas se han triplicado desde mediados de los años 1990 (de 104 en 1996 a 371 en 2003), pero es probable que buena parte de esa tendencia se deba al aumento de las pruebas. Los altos niveles de infección por el VIH encontrados en

Figura 18



varones que tienen relaciones sexuales con varones (7% en un estudio de 2005) indican que las relaciones sexuales entre varones son una característica de la epidemia de Suriname; las investigaciones anteriores indicaban que alrededor de la tercera parte de los varones que tiene relaciones sexuales con varones también las tenía con mujeres (CAREC/OPS, 2005b; Del Prado *et al.*, 1998). Los conocimientos sobre el VIH parecen ser altos entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones (alrededor del 80% conocía por lo menos tres formas de protegerse de la infección). Aunque el 70% dijo que siempre usaba preservativos durante las relaciones sexuales comerciales, otro estudio descubrió que más de uno de cada tres profesionales del sexo varones eran VIH-positivos (CAREC/OPS, 2005a y 2005b). Teniendo en cuenta que la prevalencia del VIH también es muy alta entre las profesionales del sexo femeninas (del 21% según un estudio de 2005), la actividad sexual remunerada tal vez desempeñe un papel fundamental en la epidemia de Suriname (CAREC/OPS, 2005b).

La epidemia de **Cuba** sigue siendo con diferencia la más pequeña del Caribe, con una prevalencia del VIH en adultos estimada en menos de un 0,1% (Grupo Técnico de Expertos del Caribe, 2004). Sin embargo, las nuevas infecciones por el VIH están en aumento y las medidas preventivas de Cuba parecen no ir a la par de las condiciones que favorecen la propagación del VIH, incluidas las desigualdades de renta cada vez mayores y la creciente industria del sexo (Camara *et al.*, 2003; Inciardi *et al.*, 2005). Por otro lado, el programa cubano de prevención de la transmisión maternoinfantil sigue siendo muy

eficaz. Todas las mujeres embarazadas se someten a la prueba del VIH, y las que resultan positivas reciben fármacos antirretrovíricos. Como resultado de esta política y las bajas tasas generales de infección, en 2004 nacieron menos de 20 niños infectados por el VIH (Susman, 2003; Grupo Técnico de Expertos del Caribe, 2004). Además, el acceso universal y gratuito a la terapia antirretrovírica ha permitido mantener bajo el número de casos de SIDA y fallecimientos.

La vigilancia mejorada del VIH y del comportamiento es fundamental para lograr y sostener estrategias eficaces de prevención en el Caribe. Hace falta concretamente información fiable y actualizada sobre las pautas de comportamiento y las tendencias en segmentos de riesgo de la población, tales como los profesionales del sexo y los varones que tienen relaciones sexuales con varones, y sobre las maneras en que dichos comportamientos podrían intervenir en la transmisión del VIH. La persistente escasez de datos de vigilancia del VIH de alta calidad se interpone en el camino de los programas de prevención potencialmente eficaces y dificulta la introducción exitosa del tratamiento antirretrovírico, que sigue siendo de lo más despareja en la región. Mientras que Cuba ha logrado el acceso universal al tratamiento, y en las **Bahamas** y **Barbados** la cobertura es relativamente alta, el acceso al tratamiento es deficiente en tres de los países más castigados del Caribe. Alrededor de la tercera parte de las personas que necesitaban fármacos antirretrovíricos en **Trinidad y Tabago** los recibían en septiembre de 2005, apenas un 12% en **Haití** y un 10% en la **República Dominicana** (OPS, 2005).

AMÉRICA LATINA

Estadísticas y características del VIH y el SIDA, en 2003 y 2005

	Adultos y niños que vivían con el VIH	Número de mujeres que vivían con el VIH	Nuevos casos de infección por el VIH en adultos y niños	Prevalencia del VIH en adultos (%)	Defunciones de adultos y niños a causa del SIDA
2005	1,8 millones [1,4–2,4 millones]	580 000 [420 000–770 000]	200 000 [130 000–360 000]	0,6 [0,5–0,8]	66 000 [52 000–86 000]
2003	1,6 millones [1,2–2,1 millones]	510 000 [370 000–680 000]	170 000 [120 000–310 000]	0,6 [0,4–0,8]	59 000 [46 000–77 000]

Se estima que el número de personas que viven con el VIH en América Latina ha aumentado a 1,8 millones [1,4 millones–2,4 millones]. En 2005, aproximadamente 66 000 [52 000–86 000] personas fallecieron a causa del SIDA, y se registraron 200 000 nuevos casos de infección por el VIH [130 000–360 000]. Entre los jóvenes de 15–24 años, se estima que el 0,4% [0,3–0,8%] de las mujeres y el 0,6% [0,4–1,1%] de los varones vivían con el VIH en 2005.

Básicamente a causa del gran número de habitantes que tienen, la **Argentina**, el **Brasil** y **Colombia** son los países sudamericanos que presentan las

(tanto entre varones como entre varones y mujeres) y consumo de drogas intravenosas; por su parte, el papel de las relaciones sexuales entre varones en la transmisión del VIH es un factor más destacado de lo que normalmente se reconoce. En casi todos los países latinoamericanos, los niveles más altos de infección por el VIH se encuentran entre varones que tienen relaciones sexuales con varones. Según una reciente recopilación de estudios transversales, el segundo lugar lo ocupan los profesionales del sexo. La prevalencia del VIH entre varones que tienen relaciones sexuales con varones era del 2% al 28% en distintas zonas, mientras que la prevalencia entre profesionales del sexo era del 0% al 6,3%

En esta región, alimentan la epidemia combinaciones variables de relaciones sexuales sin protección (tanto entre varones como entre varones y mujeres) y consumo de drogas intravenosas.

mayores epidemias en la región. Solamente el Brasil da cuenta de más de una tercera parte de los 1,8 millones de personas que viven con el VIH en América Latina. No obstante, la prevalencia más alta del VIH se encuentra en los países más pequeños, **Belice**, **Guatemala** y **Honduras**, donde cerca del 1% o más de los adultos estaban infectados por el VIH a finales de 2003.

En esta región, alimentan la epidemia combinaciones variables de relaciones sexuales sin protección

(Montano *et al.*, 2005). Se estima que corresponden a las relaciones sexuales entre varones el 25–35% de los casos notificados de SIDA en países como Argentina, Bolivia, Brasil, Guatemala y Perú.

El **Brasil**, que es, de lejos, el país más extenso y poblado de la región, presenta una epidemia diversa que ha penetrado en los 26 estados que lo forman. Aunque la prevalencia nacional del VIH entre mujeres embarazadas ha permanecido por debajo del 1%, una parte creciente de las nuevas

infecciones por el VIH se produce entre mujeres; las que viven en condiciones de carencia parecen estar desproporcionadamente expuestas al riesgo de infección (Marins *et al.*, 2003). En algunos estados se ha encontrado una alta prevalencia entre las mujeres embarazadas; por ejemplo, hasta del 3-6% en lugares del estado de Rio Grande do Sul, al sur del país (ONUSIDA/OMS, 2003).

Hay ciertos datos que señalan que el comportamiento sexual entre los jóvenes brasileños podría estar cambiando, con una tendencia a una actividad sexual más precoz. Según una encuesta realizada en 2004, un mayor número de jóvenes inician su vida sexual a una edad más temprana y con un mayor número de parejas. Más de una tercera parte (36%) de los jóvenes de entre 15–24 años había tenido relaciones sexuales antes de cumplir 15 años (en comparación con el 21% de los que tenían entre 25–39 años); el 20% afirmó haber mantenido relaciones sexuales con más de diez parejas hasta ese momento de su vida, y el 7% había tenido relaciones sexuales con más de cinco parejas el año anterior. Con todo, los conocimientos sobre el VIH eran escasos. Solamente el 62% de los jóvenes de entre 15–24 años sabía cómo se transmite el VIH. Los jóvenes con un nivel educativo inferior fueron los que menos sabían sobre la epidemia. Por otra parte, el porcentaje de jóvenes que afirmó utilizar preservativos la primera vez que mantuvieron relaciones sexuales aumentó de menos del 10% en 1986 a más del 60% en 2003 (Ministerio de Salud del Brasil, 2005). Esta reciente tendencia puede estar atenuando el efecto de la transmisión del VIH por comportamiento de riesgo anteriormente notificada. La prevalencia del VIH entre reclutas militares se ha mantenido constantemente baja (0,08% en 2002, la misma que en 1998) (Ministerio de Salud del Brasil, 2005).

Entre tanto, en las ciudades del Brasil, la contribución del consumo de drogas intravenosas a la transmisión del VIH parece haber disminuido. Parte de este éxito podría atribuirse a los programas de reducción del riesgo (para más detalles, véase *Situación de la epidemia de SIDA 2004*). Las estimaciones oficiales procedentes del sistema nacional de vigilancia del VIH indican que tres cuartas partes de los 200 000 consumidores de drogas intravenosas que se calcula existen hoy en el Brasil no utilizan jeringuillas esterilizadas. No obstante, en algunas zonas, los consumidores de drogas intravenosas son todavía al menos la mitad de todos los casos de SIDA. Los datos disponibles indican niveles relativamente bajos de

infección por el VIH entre mujeres profesionales del sexo, con una prevalencia del VIH del 6,1% entre las casi 3000 profesionales del sexo que participaron en una importante encuesta (Chequer, 2005).

En la **Argentina**, al principio el VIH circuló principalmente entre varones consumidores de drogas intravenosas y sus parejas sexuales, y también entre varones que tienen relaciones sexuales con varones. Esta tendencia fue cambiando gradualmente a medida que más varones infectados por el VIH pasaron el virus a su esposa o novia. La mayoría de las nuevas infecciones se ha producido durante relaciones heterosexuales sin protección, con un creciente número de mujeres infectadas por el VIH. La razón varón-mujer entre los casos de SIDA notificados se redujo de 15:1 en 1988 a 3:1 en 2004, con un número desproporcionado de infecciones en las zonas urbanas pobres (Ministerio de Salud de la Argentina, 2004). Mientras tanto, el consumo de drogas intravenosas y las relaciones sexuales entre varones siguen impulsando la propagación del VIH, especialmente en las zonas urbanas de las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe, donde se ha producido un estimado 80% de los casos de SIDA. Como resultado de las pruebas efectuadas en la ciudad de Buenos Aires se encontró que un 44% de los consumidores de drogas intravenosas era positivo, mientras que, en varios estudios, se halló una prevalencia del VIH del 7-15% entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones (Weissenbacher *et al.*, 2003; Pando *et al.*, 2003; Segura *et al.*, 2005; Montano *et al.*, 2005; Bautista *et al.*, 2004).

En **Chile** y el **Uruguay**, la mayoría de las infecciones por el VIH se concentran en zonas urbanas (Comisión Nacional del SIDA de Chile, 2003; Programa Nacional del SIDA del Uruguay, 2005). Aproximadamente un tercio de los casos de VIH notificados en el Uruguay se han producido en la capital, Montevideo, y alrededores, mientras que Antofagasta, Santiago, Tarapaca y Valparaíso son las zonas más afectadas de Chile. Sin embargo, el VIH ha penetrado en las zonas rurales del Paraguay, especialmente en la frontera con la Argentina y el Brasil (Programa Nacional del SIDA del Paraguay, 2005). El consumo de drogas intravenosas y las relaciones sexuales entre varones parecen ser los factores más destacados de la epidemia del Uruguay, donde alrededor de una cuarta parte de los casos de VIH notificados se dan entre consumidores de drogas intravenosas (muchos de ellos menores

de 25 años); una tercera parte de los diagnósticos de VIH se atribuye a las relaciones sexuales entre varones (Osimani, 2003).

En la región andina, las relaciones sexuales remuneradas sin protección y las relaciones sexuales entre varones son las principales vías de propagación del VIH. Sin embargo, a medida que aumenta el número de varones que transmite el virus a su esposa o novia, las vías de transmisión se diversifican. La epidemia en **Bolivia** sigue siendo pequeña (gran parte de ella se concentra en zonas urbanas como La Paz y Santa Cruz) y parece impulsada en buena

Si bien es necesario mantener los esfuerzos de prevención entre profesionales del sexo, es vital que las actividades preventivas, así como el diagnóstico del VIH y los servicios de tratamiento, se amplíen entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones, pues continúan enfrentándose al estigma social y la discriminación. Las relaciones sexuales entre varones parecen ser un factor importante también en la creciente epidemia del **Ecuador**, donde los nuevos casos de VIH se han casi duplicado desde 2001, llegando a 573 en 2004 (Ministerio de Salud del Ecuador, 2005). Más de dos terceras partes de

Es vital que las actividades preventivas, así como el diagnóstico del VIH y los servicios de tratamiento, se amplíen entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones.

parte por el comercio sexual y las relaciones sexuales entre varones (Ministerio de Salud de Bolivia y OPS/OMS, 2003; Khalsa *et al.*, 2003). Mientras que la prevalencia del VIH entre las mujeres que acuden a dispensarios prenatales se ha mantenido por debajo del 1%, los niveles de infección en grupos de varones que han tenido relaciones sexuales con varones ha alcanzado el 15% en La Paz y casi el 24% en Santa Cruz (Montano *et al.*, 2005). La vulnerabilidad de los niños y niñas de la calle a la infección por el VIH no se había detectado hasta hace muy poco en Bolivia. Un estudio realizado en la ciudad de Cochabamba ha demostrado que el 3,5% de los niños de la calle que participaron en dicho estudio vivían con el VIH; la mayoría se había infectado por contacto sexual (Lambert *et al.*, 2005). En general, las profesionales del sexo han logrado evitar la infección: en Cochabamba, Oruro y Tarija, por ejemplo, la prevalencia fue del 1% en 2002; en cambio, fue del 0,5% en La Paz (donde las autoridades sanitarias calculan que el 70% de los profesionales del sexo utiliza regularmente el preservativo) (Carcamo, 2004). No obstante, dichos niveles de infección se registraron entre profesionales del sexo (principalmente en burdeles) que visitan periódicamente los dispensarios de atención de las ETS para hacerse una revisión. En otros lugares de América Latina, los patrones de comportamiento sugieren que los profesionales del sexo son las personas más expuestas al riesgo de infección. No obstante, hasta la fecha son pocos los estudios que sigan la pista de la posible propagación del VIH entre profesionales del sexo, no sólo en Bolivia, sino en América Latina en general.

los casos de VIH notificados se han registrado entre varones, y se ha encontrado una prevalencia del VIH del 17% y el 23% en Quito Pichincha y Guayaquil Guayas, respectivamente, entre varones que tienen relaciones sexuales con varones. La prevalencia entre las profesionales del sexo fue baja (por debajo del 2%) (Ministerio de Salud del Ecuador, 2005). Al parecer, un gran número de las mujeres que viven con el VIH han sido infectadas por su esposo o por una pareja regular que había contraído el virus al mantener relaciones sexuales con otros varones.

En **Colombia**, el VIH afectó al principio básicamente a los varones, hasta tal punto que forman el 83% de todos los casos de SIDA notificados hasta la fecha a las autoridades sanitarias nacionales. Como en varios otros países de la región, la prevalencia del VIH registrada en grupos de varones que tienen relaciones sexuales con varones (de hasta el 20% en Bogotá) ha superado la prevalencia encontrada entre las profesionales del sexo en Colombia (0,8% en 2001-2002 en Bogotá, por ejemplo) (Montano *et al.*, 2005; Khalsa *et al.*, 2003; Mejía *et al.*, 2002). No obstante, una proporción importante de varones que tienen relaciones sexuales con varones también mantienen relaciones sexuales con mujeres. A consecuencia de ello, el comportamiento de la epidemia ha ido cambiando, y se ha registrado un aumento del número de mujeres infectadas, especialmente a lo largo de la costa del Caribe y en el noreste del país. La mayoría ha contraído el VIH de su esposo o novio infectado que mantenía relaciones sexuales sin protección con varones o mujeres. Así, de las mujeres que han dado positivo

en el marco de proyectos encaminados a prevenir la transmisión materno-infantil del VIH, el 72% tenían relaciones estables y el 90% se definió como “ama de casa” (García *et al.*, 2005).

Hay indicios recientes de una importante propagación del VIH en Colombia: la prevalencia encontrada entre jóvenes (de edad comprendida entre los 15-24 años) y las mujeres embarazadas iba del 1,2-1,3% en Santander y Valle al 2,4% en Atlántico (Prieto *et al.*, 2004). Además de las generalizadas desigualdades por razón del sexo, es posible que el desplazamiento forzoso provocado por el largo conflicto civil de este país pueda estar aumentando el riesgo de que las mujeres contraigan el VIH (García, 2005).

Donde ha mejorado notablemente el acceso al tratamiento antirretrovírico, la mortalidad por SIDA parece estar disminuyendo.

Un cambio positivo ha sido la iniciativa nacional tendente a reducir la transmisión materno-infantil del VIH, que figura entre los componentes más fuertes de su programa para el SIDA. Según un estudio, dicha iniciativa ha reducido el riesgo de transmisión perinatal del VIH del 40% a menos del 4% (García *et al.*, 2005).

A nivel nacional, los niveles de infección por el VIH entre mujeres embarazadas en el **Perú** se ha mantenido bajo (0,2% en 2002, según los últimos datos disponibles) (Ministerio de Salud del Perú, 2004). No obstante, se ha registrado una prevalencia del VIH mucho más elevada entre varones que tienen relaciones sexuales con varones: del 6–12% en las ciudades de Arequipa, Iquitos, Pucallpa y Sullana, y de hasta el 23% en Lima, según un estudio realizado en 2002 (Ministerio de Salud del Perú, 2005). En todas esas ciudades, salvo en las dos primeras, los niveles de infección han aumentado desde 2000. Dado que una proporción muy grande de los varones que tienen relaciones sexuales con varones (más de las tres cuartas partes, según algunos estudios en zonas urbanas) también tienen relaciones sexuales con mujeres, la posibilidad de transmisión del VIH a las esposas y novias es elevada (Guanira *et al.*, 2004). El comercio sexual es otro factor destacado. Casi la mitad de los varones (44%) de entre 18–29 años, en 24 zonas suburbanas, afirmó haber tenido relaciones sexuales remuneradas; el uso del preservativo era, por regla general, inconstante.

En **América Central**, el VIH está propagándose entre los grupos más vulnerables y, en algunos países, entre el conjunto de la población. El virus se transmite principalmente durante las relaciones sexuales sin protección (entre varones y mujeres y también entre varones). Si bien la información relativa a la vigilancia del VIH sigue siendo incompleta, los datos disponibles muestran que la epidemia se concentra básicamente en, y alrededor de, las principales zonas urbanas y las rutas de transporte, salvo excepciones importantes.

El VIH ha adquirido una presencia variada pero firme en **Honduras**, subregión donde aproximadamente una tercera parte de la población vive con el VIH. Con

una prevalencia nacional estimada de poco menos del 2% en la población adulta, el SIDA es la principal causa de fallecimiento entre las mujeres hondureñas, y se cree que es la segunda causa de hospitalización y defunción en todo el país (ONUSIDA/OMS, 2004). Ya en 1999, los niveles medios de infección por el VIH entre las mujeres embarazadas iban del 2,9% en zonas urbanas al 3,6% en algunas zonas rurales, indicio éste de una epidemia relativamente madura, con el VIH circulando entre la población general. El comercio sexual y las relaciones sexuales entre varones, no obstante, siguen siendo los principales motores de la epidemia. Entre las profesionales del sexo de Tegucigalpa, se registró en 2001 una prevalencia media del VIH del 8–9%, mientras que en San Pedro Sula fue del 13%. Entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones en las zonas urbanas más importantes, el 12% vivía con el VIH en 2002 (ONUSIDA/OMS, 2004; Secretaría de Salud de Honduras, 2003). Estos datos, junto con las altas tasas de otras infecciones de transmisión sexual, señalan que las condiciones favorecen el crecimiento continuo de la epidemia en Honduras.

Otras epidemias de América Central están fuertemente relacionadas con el comercio sexual y las relaciones sexuales entre varones. Aunque los niveles de infección por el VIH entre los profesionales del sexo acusan variaciones importantes, son sistemáticamente más altos entre los que trabajan en la calle, y a los que, por tanto, es más difícil de llegar con servicios de prevención del VIH. En

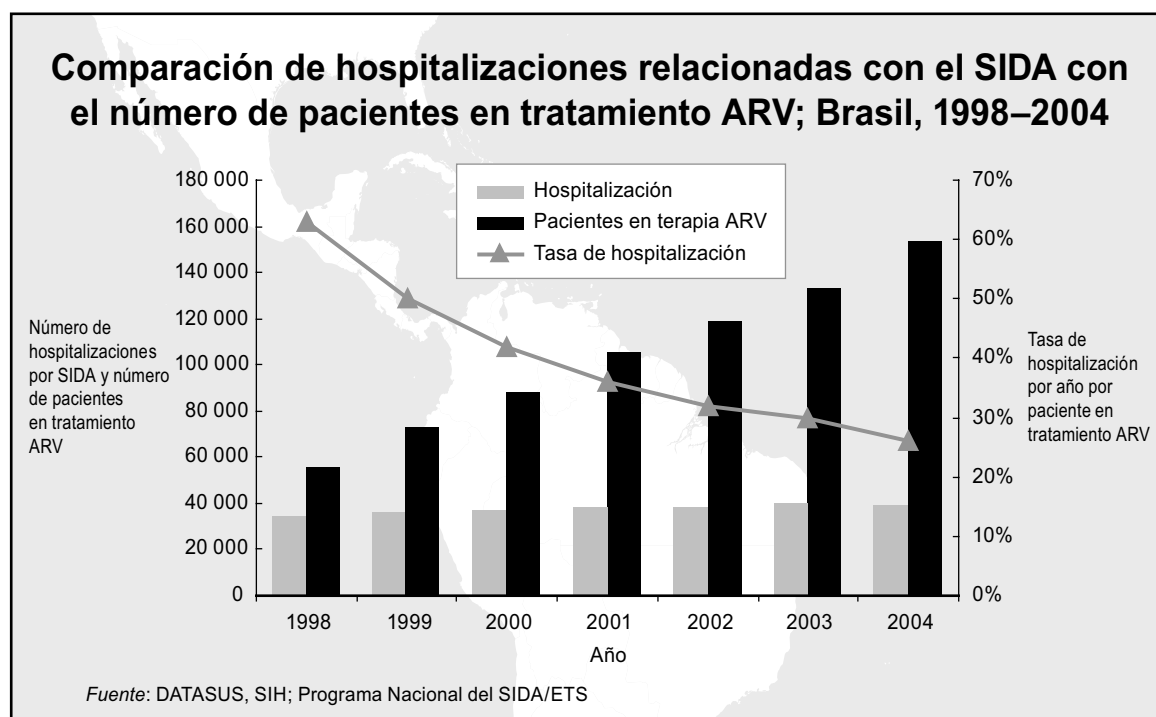


Figura 19

San Salvador y Puerto de Acajutla (**El Salvador**), por ejemplo, el 16% de profesionales del sexo ha resultado seropositivo (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, 2003). Puesto que el uso del preservativo tiende a ser menor entre las parejas sexuales estables, es probable que los clientes varones de los profesionales del sexo transmitan el virus a su esposa o novia. Lo mismo ocurre con los varones que tienen relaciones sexuales con varones y mujeres. A las mujeres, la fidelidad les ofrece poca protección contra la infección, como ha puesto de manifiesto un estudio realizado en Chinandegas (**Nicaragua**). Allí, en comparación con las profesionales del sexo, las mujeres casadas tenían el doble de probabilidades de estar viviendo con el VIH (ONUSIDA/OMS, 2004).

La epidemia de **Guatemala** rivaliza con la de **Honduras** en magnitud, pero la recopilación de datos sobre el VIH ha sido demasiado intermitente para permitir una evaluación fiable de las últimas tendencias. La información disponible sugiere una propagación desigual del VIH; las tierras altas son posiblemente las menos afectadas. La mayoría de casos de VIH parece concentrarse en zonas urbanas y a lo largo de las rutas comerciales y de transporte que atraviesan el país. La vigilancia del VIH en

algunos dispensarios de atención de las ETS no ha revelado casos de VIH; en otras se ha encontrado una prevalencia de hasta el 9% (en Izabal, por ejemplo). Entre las mujeres embarazadas, los niveles de VIH han variado de casi el 0% a más del 1% (en Retalhuleu y San Marcos) (ONUSIDA/OMS, 2004; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2003). También aquí el comercio sexual parece desempeñar un papel destacado: se ha registrado una prevalencia del VIH de hasta el 15% entre las profesionales del sexo que trabajan en la calle. No obstante, las relaciones sexuales entre varones podrían ser un factor más importante de lo que suele suponerse (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2003). En la Ciudad de Guatemala se han detectado niveles de infección por el VIH de casi el 12% entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones; uno de cada cinco de ellos tenía también relaciones sexuales habituales con mujeres (ONUSIDA/OMS, 2004).

Las relaciones sexuales entre varones figuran también en las epidemias menores de **El Salvador**, **Nicaragua** y **Panamá**, donde se ha encontrado una prevalencia del 18%, 9% y 11%, respectivamente, entre los varones que tienen relaciones sexuales

con varones. En **Costa Rica**, las relaciones sexuales entre varones son claramente el motor de la epidemia en este país; los varones que tienen relaciones sexuales con varones constituyen más de las dos terceras partes de todos los casos de SIDA notificados (ONUSIDA/OMS, 2004).

La prevalencia nacional del VIH en la población adulta de **México** ha permanecido muy por debajo del 1%, pero la epidemia presenta tendencias variadas en este inmenso país. Casi el 90% de los casos de SIDA notificados oficialmente se han atribuido a las relaciones sexuales sin protección, y alrededor de la mitad de ellas a las relaciones sexuales entre varones (CENSIDA, 2003). Se estima que 160 000 personas vivían con el VIH a finales de 2003; dos terceras partes de ellas son varones que, al parecer, se infectaron al mantener relaciones sexuales con otro varón (ONUSIDA, 2004; Magis-Rodríguez *et al.*, 2002). Es posible que dicha tendencia ilustre los crecientes indicios de transmisión heterosexual del VIH, puesto que cada vez se infectan más mujeres al mantener relaciones con una pareja masculina (bisexual) (Magis *et al.*, 2000). Es difícil de determinar el papel del consumo de drogas intravenosas en la epidemia de México, pero a lo largo de la frontera con los Estados Unidos de América se ha observado una relación con el consumo de drogas intravenosas (Minichiello *et al.*, 2002; Magis-Rodríguez *et al.*, 1997).

El posible papel de la migración en la epidemia de México ha sido objeto de muchas especulaciones, pero aún no pueden sacarse conclusiones seguras. Un estudio reciente ha mostrado que los varones migrantes internacionales, por término medio, tuvieron casi el doble de parejas sexuales el año anterior, en comparación con sus iguales no migrantes. Al mismo tiempo, se estableció que el uso del preservativo era mucho más frecuente entre

los migrantes internacionales (Magis-Rodríguez *et al.*, 2004). Así y todo, el más alto número de casos de SIDA en algunas zonas rurales de México apunta a un posible nexo entre infección por el VIH y migración a los Estados Unidos de América (Magis-Rodríguez *et al.*, 2004).

El acceso al tratamiento antirretrovírico en América Latina se ha ampliado considerablemente, aunque los logros del **Brasil** en este frente siguen siendo únicos. En virtud de la política de ese país de proporcionar medicamentos antirretrovíricos a todos los que los necesiten, las personas con infección por el VIH avanzada tienen derecho a recibir medicamentos antirretrovíricos a través del sistema sanitario nacional. El número de brasileños que siguen tratamiento antirretrovírico ha continuado aumentando y ha alcanzado aproximadamente las 170 000 personas en septiembre de 2005. La tasa de observancia del tratamiento entre pacientes con tratamiento antirretrovírico se ha estimado del 75%. La cobertura del tratamiento también es elevada en Argentina, Chile, **Cuba**, **México**, **Uruguay** y **Venezuela** (OPS, 2005), aunque las condiciones en las que se proporciona no son tan favorables como las del Brasil. En Costa Rica y Panamá, donde ha mejorado notablemente el acceso al tratamiento antirretrovírico, la mortalidad por SIDA parece estar disminuyendo. Pero en otras partes, especialmente en los países más pobres de América Central y la región andina de Sudamérica, los progresos han sido más lentos. Menos de 1000 ecuatorianos recibían tratamiento antirretrovírico en 2004 (Ministerio de Salud del Ecuador, 2004), por ejemplo, mientras que los esfuerzos para lanzar el tratamiento en **El Salvador**, **Guatemala**, **Honduras**, **Nicaragua** y **Paraguay** siguen demorándose (OPS, 2005).

AMÉRICA DEL NORTE, EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL

Estadísticas y características del VIH y el SIDA, en 2003 y 2005

	Adultos y niños que vivían con el VIH	Número de mujeres que vivían con el VIH	Nuevos casos de infección por el VIH en adultos y niños	Prevalencia del VIH en adultos (%)	Defunciones de adultos y niños a causa del SIDA
2005	1,9 millones [1,3–2,6 millones]	490 000 [340 000–670 000]	65 000 [35 000–140 000]	0,5 [0,3–0,7]	30 000 [19 000–42 000]
2003	1,8 millones [1,3–2,5 millones]	450 000 [320 000–620 000]	63 000 [34 000–140 000]	0,4 [0,3–0,6]	30 000 [19 000–42 000]

El número de personas que vivía con el VIH en América del Norte, Europa occidental y central se elevó a 1,9 millones [1,3–2,6 millones] en 2005, con aproximadamente 65 000 personas que contrajeron el VIH durante el año pasado. El acceso generalizado a la terapia antirretrovírica ha contribuido a mantener bajas las cifras de defunciones a causa del SIDA, en alrededor de 30 000.

A final de 2003, los casos de VIH se estimaron entre 1,04 y 1,2 millones. Este incremento refleja el hecho de que el tratamiento antirretrovírico prolonga la vida de las personas infectadas por el VIH, así como los fallos para adaptar y sostener los éxitos en materia de prevención logrados durante los primeros 10-15 años de la epidemia. En 2003 se registraron aproximadamente 32 000 nuevos casos

En general, los esfuerzos de prevención están quedándose atrás de las epidemias en evolución de algunos países en los que los patrones principales de transmisión del VIH han ido cambiando.

En general, los esfuerzos de prevención están quedándose atrás de las epidemias en evolución de algunos países en los que los patrones principales de transmisión del VIH han ido cambiando. Aunque las relaciones sexuales entre varones y, en una minoría de países, el consumo de drogas intravenosas siguen siendo importantes vías de transmisión, cada vez más personas se infectan a través del coito heterosexual.

Se estima que el número de personas que vivía con el VIH en los **Estados Unidos de América** a final de 2003 superó por primera vez el millón, por encima de la cifra correspondiente de 850 000–950 000 en 2002 (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, 2004a).

de VIH en los 33 estados con notificación nominal confidencial, un número que se ha mantenido estable desde finales de los años 1990. (En esos 33 estados no se incluyen California y Nueva York, que tienen el mayor número de personas que viven con el VIH.)

La mayoría de las personas que viven con el VIH en los Estados Unidos son varones que tienen relaciones sexuales con varones, por lo que la actividad sexual entre varones sigue siendo el modo de transmisión predominante, responsable del 63% de los nuevos casos de infección por el VIH diagnosticados en 2003, según los datos disponibles más recientes (Centros de Control y Prevención de Enfermedades

de los Estados Unidos, 2004a). Los informes sobre el aumento de los comportamientos de riesgo se han incrementado en los últimos años, algunos de ellos aparentemente relacionados con el consumo recreativo de drogas. Pero un nuevo estudio efectuado en cinco ciudades ha puesto de manifiesto una diversidad de tendencias (las ciudades eran Baltimore, Los Angeles, Miami, Nueva York y San Francisco).

La incidencia entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones en San Francisco, por ejemplo, parece ahora menor que la estimada anteriormente (el 1,2% en el estudio de 2004–2005 en comparación con las estimaciones anteriores oficiales del 2,2%). Pero en Baltimore, se ha observado una incidencia del VIH del 8% en varones que tienen relaciones sexuales con varones. El 40% de los varones que

las mujeres VIH-positivas tenían muchas más probabilidades de estar desempleadas, necesitar asistencia pública o intercambiar sexo por dinero o regalos (Leone *et al.*, 2005)

Sin embargo, para las mujeres que viven con el VIH, el coito heterosexual sin protección ha sido el principal modo de transmisión: se estima que el 73% contrajo el virus de esa manera en 2003. La proporción de mujeres entre las nuevas infecciones anuales, después de haber aumentado a finales de los años 1990, se ha estabilizado en aproximadamente el 25% (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, 2004a). El principal factor de riesgo para que las mujeres contraigan el VIH sigue siendo el comportamiento de riesgo, a menudo no revelado, de sus parejas masculinas, como el consumo de drogas intravenosas

Como en otros países, la epidemia en los Estados Unidos con frecuencia aprovecha situaciones de carencias sociales.

participaron en el estudio resultaron VIH-positivos en la prueba, y el 62% no sabía que estaba infectado (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, 2005). En general, se cree que la cuarta parte de las personas que viven con el VIH en los Estados Unidos ignoran si están infectadas. La falta de conocimientos sobre el propio estado serológico con respecto al VIH resulta particularmente evidente entre los varones afroamericanos que tienen relaciones sexuales con varones: en el estudio realizado en las cinco ciudades se detectó que alrededor de las dos terceras partes de los varones afroamericanos VIH-positivos que tienen relaciones con varones ignoran su estado serológico.

El consumo de drogas intravenosas sigue siendo un factor prominente de transmisión del VIH, también entre mujeres. Alrededor del 20% de los estadounidenses que vivían con el VIH en 2003 se habían infectado por esa vía, así como el 25% de los nuevos casos de infección por el VIH diagnosticados en mujeres en 2003. Entre las mujeres amerindias y nativas de Alaska, esa proporción fue del 33% en 2003 (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, 2004a).

Como en otros países, la epidemia en los Estados Unidos con frecuencia aprovecha situaciones de carencias sociales. Un reciente estudio efectuado en Carolina del Norte, por ejemplo, observó que

y las relaciones sexuales con otro varón (McMahon *et al.*, 2004; Valleroy *et al.*, 2004; Montgomery *et al.*, 2003).

Una de las facetas más asombrosas de la epidemia en los Estados Unidos es la concentración de las infecciones por el VIH entre los afroamericanos. A pesar de que constituyen sólo el 12,5% de la población del país, representaron el 48% de los nuevos casos de VIH en 2003 (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, 2004a). Aunque los varones constituyen la mayoría de los afroamericanos que viven con el VIH, las mujeres también se ven desproporcionadamente afectadas. Según varias estimaciones, las probabilidades de infectarse por el VIH de las mujeres afroamericanas superan en más de doce veces a las de sus homólogos masculinos. En los varones jóvenes (de 23 a 29 años) que tienen relaciones sexuales con varones, la prevalencia del VIH entre los afroamericanos (32%) es más de cuatro veces mayor que las de sus homólogos blancos (7%), y el doble que la de sus homólogos hispanos (14%). La mitad de las personas que fallecieron a causa del SIDA en 2003 era afroamericanas (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, 2004a).

Se estima que el número anual de nuevos casos de VIH en los Estados Unidos se ha mantenido más o menos estable en 40 000 desde 2000 (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los



Figura 20

Estados Unidos, 2005). Sin embargo, es preciso hacer más esfuerzos para alcanzar el objetivo que se fijó el Gobierno hace cuatro años de reducir a la mitad la tasa de nuevas infecciones. El acusado descenso en la mortalidad relacionada con el SIDA a partir de la introducción de la terapia antirretrovírica en los Estados Unidos empezó a estabilizarse a finales de la década de 1990, y desde 2000 se mantiene en un promedio anual de 17 500–18 500 (véase figura 20) (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, 2004a). Aunque la terapia para el SIDA ha salvado casi dos millones de años de vida, según un cálculo reciente, los afroamericanos parecen no beneficiarse de la

a 34 es la causa de mortalidad número uno (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, 2004b).

En el **Canadá**, donde se habían notificado menos de 58 000 diagnósticos de VIH a final de 2004, la epidemia también está cambiando. El número de nuevas infecciones por el VIH anuales notificadas ha aumentado en un 20% durante los últimos cinco años (de 2111 en 2000 a 2529 en 2004); las mujeres constituyen ya más de la cuarta parte de los nuevos diagnósticos (comparados con menos del 10% de 1995). Entre ellas, las mujeres de 15 a 29 años parecen ser las que corren un mayor riesgo; las de ese

Más de medio millón de personas vive con el VIH en Europa occidental.

misma manera de este tratamiento que prolonga la vida (Walensky *et al.*, 2005). Por ejemplo, tienen la mitad de probabilidades de acceder al tratamiento antirretrovírico que otros grupos de población, según otro estudio reciente (McQuillan *et al.*, 2004). En 2003, fallecieron a causa del SIDA casi el doble de afroamericanos que de estadounidenses blancos (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, 2004a). El SIDA se ha convertido en una de las tres primeras causas de mortalidad para los varones afroamericanos de 25 a 54 años, y para las mujeres afroamericanas de 25

grupo de edad representaron el 42% de los nuevos diagnósticos en 2004 (comparados con el 13% en 1985–1994). Estas tendencias corresponden a la creciente proporción (30% en 2004) de diagnósticos de VIH atribuibles a la transmisión heterosexual, prueba de la heterogeneidad y madurez de la epidemia en el país. Entre los nuevos diagnósticos debidos a la transmisión heterosexual, la cuarta parte corresponde a personas procedentes de países de alta prevalencia de África subsahariana y el Caribe (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2003). Al mismo tiempo, el consumo de drogas intravenosas

sigue siendo una causa importante de infecciones por el VIH en mujeres, y representaron el 32% de los nuevos diagnósticos efectuados entre mujeres en 2004. En general, la actividad sexual entre varones continúa siendo el motor más importante de la epidemia en el Canadá, y fue responsable del 45% de los nuevos diagnósticos de VIH el año pasado. Aunque el número anual de diagnósticos de SIDA ha descendido notablemente (de 1776 en 1994 a 237 en 2004), una parte creciente de ellos corresponde a canadienses negros y aborígenes. La proporción de diagnósticos entre canadienses negros aumentó de 8,3% a 15,5%, y entre los canadienses aborígenes, de 2,3% a 14,8% en 1994–2004 (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2005).

Más de medio millón de personas vive con el VIH en Europa occidental, y el número sigue aumentando, con indicios de un resurgimiento de los comportamientos sexuales de riesgo en varios países. El cambio mayor en Europa occidental ha sido la aparición del contacto heterosexual como causa predominante de las nuevas infecciones por el VIH en algunos países. De los más de 20 000 nuevos casos de infección por el VIH diagnosticados en 2004 (excluyendo a **Italia, Noruega y España**, donde no había datos disponibles), más de la tercera parte correspondió a mujeres. Una proporción importante de esos nuevos diagnósticos se hizo en personas procedentes de países con epidemias graves, sobre todo de África subsahariana (Hamers y Downs, 2004).

Existen varias razones por las cuales se han duplicado los nuevos diagnósticos de VIH en el **Reino Unido** desde 2000 (de 3499 en ese año a 7258 en 2004). El incremento del número de pruebas es una de ellas: la notificación clínica de los diagnósticos de VIH entró en vigor en 2000 y ha disparado el número de infecciones registradas oficialmente (EuroHIV, 2005). Pero dicho incremento se debe en su mayor parte a un brusco aumento del número de infecciones contraídas por vía heterosexual, el grueso de las cuales (aproximadamente el 80%) a su vez habían sido contraídas en países de alta prevalencia. La mayoría de las aproximadamente 4000 infecciones por el VIH contraídas por vía heterosexual y diagnosticadas en 2004 se habían producido en África subsahariana (EuroHIV, 2005; Dougan *et al.*, 2005). Las mujeres se ven especialmente afectadas. Fuera de Londres, por

ejemplo, la prevalencia de las infecciones por el VIH no diagnosticadas previamente en mujeres era del 11% en los dispensarios de medicina genitourinaria en 2003 (Grupo Colaborador del Reino Unido sobre Vigilancia del VIH y las ITS, 2004). Estos patrones de nuevos casos de infección por el VIH diagnosticados plantean un gran desafío.

Al mismo tiempo, los diagnósticos de VIH en personas heterosexuales que contrajeron el virus en el Reino Unido se duplicaron entre 1999 y 2003 (de 158 a 341). También han aumentado los casos de otras infecciones de transmisión sexual diagnosticadas. En 2003, los diagnósticos de sífilis en Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte fueron un 28% y un 32% más altos que en 2002, en varones y mujeres respectivamente (Grupo Colaborador del Reino Unido sobre Vigilancia del VIH y las ITS, 2004; Dougan *et al.*, 2005).

En cuanto al modo principal de transmisión, las relaciones sexuales entre varones siguen siendo responsables de la cuarta parte de los nuevos diagnósticos de VIH en el Reino Unido (1900 casos en 2004). Un estudio efectuado en 1998–2004 ha puesto de manifiesto que la proporción de varones que mantenían relaciones sexuales con varones sin protección creció notablemente entre 1998 y 2001 (del 6,7% al 15,2%) (Elford *et al.*, 2005a). Otro estudio efectuado en Londres ha observado una incidencia del VIH en aumento entre los varones mayores que tienen relaciones sexuales con varones, pero no entre sus homólogos más jóvenes (Elford *et al.*, 2005b). En una encuesta comunitaria realizada en Brighton, Londres y Manchester, se vio que entre el 9% y el 14% de los varones que tenía relaciones sexuales con varones vivía con el VIH, y por lo menos la tercera parte de los que habían resultado VIH-positivos ignoraba su estado serológico (Dodds *et al.*, 2005). Las actividades de prevención destinadas a los varones que tienen relaciones sexuales con varones deben tener en cuenta estas conclusiones y reflejar especialmente los distintos perfiles de riesgo de los grupos destinatarios, incluidos el estado serológico con respecto al VIH, la situación socioeconómica y las identidades socioculturales (Elford *et al.*, 2004). Además, son necesarias iniciativas para diagnosticar y tratar a una proporción mayor de varones infectados, dado el gran porcentaje (superior al 20%, según un

estudio reciente) de varones infectados por el VIH que tienen relaciones sexuales con varones y que ignoran su estado serológico (Murphy *et al.*, 2004).

Desde 2002, el número total de nuevos diagnósticos de VIH atribuidos a las relaciones sexuales entre varones en Europa occidental ha disminuido ligeramente (de 5453 a 5075 en 2004). Sin embargo, en **Bélgica**, **Dinamarca**, **Portugal** y **Suiza** ha habido un leve aumento, más acusado en el caso de **Alemania** (EuroHIV, 2005). En **Alemania**, los nuevos diagnósticos de VIH en varones que tienen relaciones sexuales con varones casi se han duplicado de 2001 a 2004 (de 539 a 982), y esta práctica es la causa principal de aumento general constante de nuevos diagnósticos de VIH, que totalizaron los 2058 en 2004 (el 44% por ciento más que los 1425 casos diagnosticados en 2001). Esta tendencia refleja casi con toda seguridad un incremento de las nuevas infecciones, ya que la aceptación de las pruebas antirretrovíricas se ha estabilizado tras un aumento a finales de los años 1990, cuando pasaron a estar ampliamente disponibles. Las relaciones sexuales entre varones representan una proporción de nuevos diagnósticos anuales de VIH mayor que nunca en Alemania: el 49%, comparado con el 37% de 2001 (Instituto Robert Koch, 2005; EuroHIV, 2005).

De la misma forma, aunque más localizadas, las tendencias también son visibles en otros lugares, con epidemias constantes de infecciones de transmisión sexual en varias ciudades grandes de Europa occidental que reflejan un resurgimiento de los comportamientos de riesgo. Por ejemplo, en un estudio longitudinal efectuado en un centro de atención de infecciones de transmisión sexual de Roma (**Italia**), se observó un acusado aumento de nuevas infecciones por el VIH. La incidencia acumulativa en 2000–2003 fue del doble que la de 1984–1995 y mucho más alta que la de 1996–1999 (Giuliani *et al.*, 2005). En Barcelona (**España**), un resurgimiento de la sífilis y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) se ha atribuido a los comportamientos de creciente riesgo de los varones que tienen relaciones sexuales con varones. Un centro ambulatorio de ITS registró un número cinco veces mayor de diagnósticos de infecciones de sífilis en 2002–2003 que en 1993–1997 (Vall Mayans *et al.*, 2004). La actividad sexual entre varones sigue siendo un factor importante en las epidemias

de **Dinamarca**, **Francia** y los **Países Bajos**. En **Francia**, en 2003 y 2004, alrededor del 20% de los nuevos diagnósticos de VIH se registraron en varones que tienen relaciones sexuales con varones, y el 58% de ellos eran casos de infección reciente (Lot *et al.*, 2004; EuroHIV, 2005). En los **Países Bajos**, las relaciones sexuales sin protección entre varones representaron más del 40% de los nuevos casos de infección por el VIH diagnosticados en 2003 y 2004. Los datos de vigilancia señalan un resurgimiento del coito sin protección desde 2000. Además, en la quinta parte de los diagnósticos de blenorragia, infección por *chlamydia* y sífilis en varones que tenían relaciones sexuales con varones en 2003, se trataba de personas que ya eran VIH-positivas (Van de Laar y Op de Coul, 2004; EuroHIV, 2005). La urgente necesidad de mejorar los programas de sexo seguro para varones que tienen relaciones sexuales con varones sigue sin satisfacerse en varios países.

Los diagnósticos de VIH en consumidores de drogas intravenosas bajaron notablemente en los años 1990 en **España**, tras la implantación de los proyectos de tratamiento con metadona e intercambio de jeringas. Sin embargo, se registró una alta prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas en Cataluña en 2001, y la práctica sigue siendo especialmente notable en el noreste del país y las islas Baleares (De la Fuente, 2003). Los nuevos casos de VIH en consumidores de drogas intravenosas también han disminuido acusadamente en **Portugal** (1000 en 2004, frente a 2400 en 2000), y constituyeron poco más de la tercera parte de los nuevos diagnósticos de VIH en 2004 (en comparación con casi la mitad registrada apenas en 2002) (EuroHIV, 2005). Además de sostener los éxitos logrados con los programas destinados a los consumidores de drogas intravenosas, el desafío en los países donde el consumo de drogas intravenosas constituye una parte significativa de la epidemia es limitar la transmisión del VIH de los consumidores infectados a sus parejas sexuales (EuroHIV, 2005).

Tal como en el **Reino Unido**, las tendencias recientes que cabe destacar en el resto de Europa occidental son la uniformemente creciente proporción de nuevos casos diagnosticados de infección por el VIH debida al coito heterosexual sin protección, y la creciente proporción de mujeres entre los nuevos casos de VIH. En **Bélgica**, **Dinamarca**, **Francia**,

Alemania y Suecia, por lo menos la tercera parte de las infecciones por el VIH atribuibles al contacto heterosexual fueron contraídas en el extranjero, sobre todo en África subsahariana. La mayoría de los migrantes infectados por el VIH ignoran su estado serológico y muchos de ellos son mujeres. Por ejemplo, entre los diagnósticos de VIH atribuidos al contacto heterosexual en **Francia** durante 2003, el 69% eran migrantes, de los cuales casi las dos terceras partes (65%) eran mujeres (Lot *et al.*, 2004). En los 18 países de Europa occidental con datos sobre el VIH en 2004, las mujeres constituían el 35% del total de nuevos diagnósticos, en comparación con el 29% en 2000 (EuroHIV, 2005). Las estrategias de prevención, tratamiento y atención en Europa occidental tienen que adaptarse con el fin de llegar con mayor eficacia a las poblaciones migrantes y las mujeres.

En Europa central, las epidemias se han mantenido contenidas y pequeñas, siendo **Polonia y Turquía** los países que registran la mitad de los nuevos diagnósticos de VIH anuales. En Polonia, los nuevos casos de infección han aumentado gradualmente cada año desde 2001, hasta llegar a 656 en 2004 (EuroHIV, 2005). El consumo de drogas intravenosas, durante largo tiempo el factor dominante en la epidemia de Polonia, es responsable ahora de menos de la tercera parte de las nuevas infecciones y ha sido

superado por las relaciones sexuales sin protección —heterosexuales y entre varones— como principal vía de transmisión del VIH (Centro Nacional del SIDA, 2005). En Europa central, en general, alrededor de la mitad de los casos en los que se identificó el modo de transmisión en 2004 se debía al coito heterosexual sin protección. Sólo en unos pocos países —incluidos la **República Checa, Hungría, Eslovenia y Eslovaquia**—, se sabe que las relaciones sexuales entre varones constituyen el modo predominante de transmisión del VIH.

Europa occidental y América del Norte siguen siendo las únicas regiones del mundo donde puede acceder al tratamiento antirretrovírico la mayoría de las personas que lo necesitan. En consecuencia, el número de defunciones a causa del SIDA cayó en picado a finales de los años 1990. En Europa occidental la tendencia se ha mantenido, con defunciones por casos de SIDA que se redujeron de 3905 en 2000 a 2252 en 2004, un descenso del 42% (EuroHIV, 2005). (A diferencia de Europa oriental, donde la cobertura del tratamiento antirretrovírico es limitada y el número de defunciones a causa del SIDA se ha triplicado desde 2000; EuroHIV, 2005.)

El desafío principal en esta región es intensificar los esfuerzos de prevención y adaptarlos a las tendencias en evolución de la epidemia.

ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE

Estadísticas y características del VIH y el SIDA, en 2003 y 2005

	Adultos y niños que vivían con el VIH	Número de mujeres que vivían con el VIH	Nuevos casos de infección por el VIH en adultos y niños	Prevalencia del VIH en adultos (%)	Defunciones de adultos y niños a causa del SIDA
2005	510 000 [230 000–1,4 millones]	220 000 [83 000–660 000]	67 000 [35 000–200 000]	0,2 [0,1–0,6]	58 000 [25 000–145 000]
2003	500 000 [200 000–1,4 millones]	230 000 [78 000–700 000]	62 000 [31 000–200 000]	0,2 [0,1–0,7]	55 000 [22 000–140 000]

El avance del SIDA en Oriente Medio y África del Norte ha continuado; las últimas estimaciones indican que 67 000 [35 000–200 000] personas contrajeron la infección por el VIH en 2005. Alrededor de 510 000 [230 000–1,4 millones] personas viven con el VIH en esta región. Se estima que en 2005 fallecieron 58 000 [25 000–145 000] personas por enfermedades asociadas con el SIDA.

Aunque la vigilancia del VIH sigue siendo deficiente en esta región, se dispone de información más exhaustiva en algunos países (incluidos Argelia, Libia, Marruecos, Somalia y Sudán). Los datos disponibles ponen de manifiesto una tendencia al alza de las infecciones por el VIH (especialmente en los grupos de menor edad) en países como **Argelia**, **Libia**, **Marruecos** y **Somalia**). La principal vía de transmisión del VIH en esta región es el contacto sexual sin protección, aunque el consumo de drogas intravenosas está convirtiéndose en un factor cada vez más importante (y es el modo de infección predominante en al menos dos países, Irán y Libia). Las infecciones por productos sanguíneos contaminados, por transfusiones sanguíneas o por falta de medidas de control de la infección en servicios de atención sanitaria, en general, están en disminución, si bien aún persisten problemas en algunos países. El porcentaje de casos de SIDA notificados que se atribuyen a sangre contaminada disminuyó del 12% en 1993 al 0,4% en 2003 (Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, 2005).

Salvo en el **Sudán**, los niveles de prevalencia nacional del VIH son bajos en todos los países de la región. No obstante, la mayor parte de la epidemia se concentra geográficamente y entre determinadas poblaciones de riesgo, incluidos los profesionales del sexo y sus clientes, los consumidores de drogas intravenosas y los varones que tienen relaciones sexuales con varones.

El país más afectado de esta región es, con mucho, el **Sudán**, con los niveles de infección más altos detectados en el sur. Hay indicios recientes de que la presencia del VIH puede estar acentuándose en el norte. Entre la minoría de mujeres que aceptó hacerse la prueba de detección del VIH en Jartum, en el marco de un proyecto piloto para prevenir la transmisión maternoinfantil, muy poco menos del 1% (0,8%) dio positivo. Entre las mujeres que acuden a los dispensarios de atención de las ETS en la capital, más del 2% dio positivo en 2004, y se ha encontrado una prevalencia del VIH del 1% también entre estudiantes universitarios y personas desplazadas dentro del país, en estados tanto del sur como del norte (Ministerio de Salud Pública del Sudán, 2005; Programa Nacional de Control del SIDA del Sudán, 2004c y 2004d). En un país con una larga historia de conflictos civiles y desplazamientos forzados, las personas desplazadas en el interior se enfrentan a veces a tasas más altas de infección por el VIH. Por ejemplo, entre las mujeres embarazadas desplazadas que solicitaron atención prenatal en

Jartum en 2004, se halló una prevalencia del VIH del 1,6%, cifra que contrasta con una prevalencia de menos del 0,3% encontrada entre otras mujeres embarazadas (Ministerio de Salud Pública del Sudán, 2005).

Si bien en los últimos años en el Sudán se han intensificado los esfuerzos en materia de prevención, según un reciente estudio del comportamiento sólo tres cuartas partes de las mujeres embarazadas han oído hablar alguna vez del SIDA, y una quinta parte de las mujeres encuestadas creían que podían contraer el VIH compartiendo una comida con una persona seropositiva. Solamente el 5% sabía que el uso del preservativo podía prevenir la infección por el VIH, y más de las dos terceras partes de las mujeres nunca había oído visto un preservativo ni había oído hablar de él (Programa Nacional de Control del SIDA del Sudán, 2004a). Incluso entre personas con un riesgo de infección especial (como los profesionales del sexo), los conocimientos en materia del VIH son escasos y es raro el comportamiento preventivo. Al ser encuestados, más de la mitad (55%) de los profesionales del sexo dijeron que nunca habían oído visto un preservativo ni oído hablar de él, y menos del 20% (17%) sabía que los preservativos pueden prevenir la transmisión del VIH. La prevalencia del VIH entre las mujeres era del 4,4% (Programa Nacional de Control del SIDA del Sudán, 2004b). Entre las personas desplazadas en el interior del país se observan lagunas similares en materia de conocimientos y comportamiento (Programa Nacional de Control del SIDA del Sudán, 2004c).

Los datos relativos a la vigilancia del VIH siguen siendo insuficientes en la mayoría de los demás países de la región, aunque la situación parece estar mejorando en algunos de ellos. Un ejemplo es **Arabia Saudita**. Las investigaciones realizadas en Riad, la capital, indican que aproximadamente la mitad de las infecciones por el VIH se ha producido durante relaciones heterosexuales. La mayoría de las mujeres infectadas eran casadas y contrajeron el virus de sus esposos, mientras que la mayoría de los varones se infectó al recurrir a relaciones sexuales remuneradas (Abdulrahman *et al.*, 2004). Las relaciones sexuales entre varones y el consumo de drogas intravenosas dan cuenta de una pequeña minoría de las infecciones, pero una gran proporción (26%) de las infecciones detectadas en este estudio se atribuyeron a la transfusión de sangre contaminada en los inicios de la epidemia. Aquí, sin embargo, la magnitud total de la epidemia

sigue siendo desconocida, con estimaciones que van de poco más de 1000 a 8000 personas que viven con el VIH.

Los datos oficiales de **Egipto** apuntan a una epidemia impulsada principalmente por las relaciones sexuales sin protección —las relaciones heterosexuales dan cuenta de casi la mitad de los casos de VIH en los que se registró la vía de transmisión; por su parte, el sexo entre varones es responsable de más de una quinta parte de las infecciones. El consumo de drogas intravenosas fue la vía de transmisión en apenas el 2% de los casos de VIH. Con todo, los investigadores encontraron altos niveles de comportamiento de riesgo entre los consumidores de drogas intravenosas en El Cairo, por ejemplo, donde más de la mitad de los consumidores encuestados afirmó que el mes anterior habían usado equipos de inyección no esterilizados (Elshimi, Warner-Smith y Aon, 2004).

Aunque todavía es muy baja, la prevalencia del VIH entre las mujeres que acuden a centros de atención prenatales en **Marruecos** se duplicó entre 1999 y 2003, cuando alcanzó el 0,13%. Entre los profesionales del sexo y los presos, la prevalencia fue considerablemente más alta, con el 2,3% y el 0,8%, respectivamente (Ministerio de Salud de Marruecos, 2003-2004). Las relaciones sexuales desprotegidas —heterosexuales en su mayoría— son el factor propulsor de la epidemia, con una pequeña proporción de casos detectados de VIH asociados con las relaciones sexuales entre varones y el consumo de drogas intravenosas. Las autoridades sanitarias nacionales estiman que en 2003 vivían con el VIH entre 13 000 y 16 000 personas, más de la mitad de ellas en las zonas de Casablanca y alrededores, Souss Massa Draa y Marrakech Tensift El Haouz.

En comparación con el año anterior, **Argelia** registró el doble de nuevos casos de VIH en 2004 (266 diagnósticos). Este dato podría anunciar un aumento de la epidemia —hasta ahora pequeña en el país—, aún no estudiada como corresponde. Se desconocen las vías de transmisión en lo que respecta a casi las tres cuartas partes de los 1721 diagnósticos oficiales de VIH a finales de 2004, lo cual dificulta localizar las rutas de transmisión (Ministerio de Salud de Argelia, 2005). No obstante, la mayor parte de las infecciones parece producirse durante las relaciones heterosexuales, siendo el comercio sexual un factor destacado, especialmente en el sur, donde la prevalencia del VIH es mucho

más alta que en cualquier otra región del país. Los niveles de infección más altos registrados hasta la fecha se dan entre profesionales del sexo: 1,7% en Orán, en el norte del país, y de hasta el 0,9% en Tamanraset, en el sur, donde ha aumentado bruscamente del 2% registrado en 2000 (Institut de formation paramédicale de Parnet, 2004; Fares *et al.*, 2004). Además de los profesionales del sexo, en Tamanraset el personal militar y los migrantes parecen particularmente vulnerables al VIH.

En **Túnez**, la epidemia parece relativamente estable, aunque el aumento observado de situaciones de riesgo podría cambiar esta tendencia. El comercio sexual va en aumento, y el consumo de drogas intravenosas, aunque todavía muy limitado, también parece estar ganando terreno. Como son los jóvenes, en particular, los que tienen escasos conocimientos sobre el VIH y un acceso limitado a los preservativos, dichas tendencias podrían exponerlos al riesgo de contraer el VIH.

En toda la región, se necesita más, mejor y más exhaustiva información sobre los modos de transmisión del VIH, especialmente sobre el papel del comercio sexual y de las relaciones sexuales entre varones.

En cambio, en **Libia**, es el consumo de drogas intravenosas el principal motor de una epidemia que en los últimos años ha hecho aumentar las infecciones por el VIH entre varones jóvenes. Tras un brote de infecciones nosocomiales en el Hospital de Niños de Benghazi en 1998, Libia comunicó un aumento igual a casi diez veces del número infecciones entre varones jóvenes a principio de los años 2000. Un 80% de casi 10 000 casos de VIH comunicados oficialmente a finales de 2004 se ha producido desde el cambio de siglo, y la mayor parte de esas infecciones parece ser el resultado del consumo de drogas intravenosas. Es difícil de calibrar la extensión del consumo de drogas intravenosas en Libia, aunque en gran parte parece estar concentrado en la capital, Trípoli, y sus alrededores, siendo la heroína la droga más consumida. El Programa Nacional del SIDA estima que más de 23 000 personas vivían con el VIH a finales de 2003, una cifra que seguramente seguirá aumentando sin los esfuerzos adecuados para llegar a los consumidores de drogas intravenosas con programas de prevención, una protección también para sus parejas sexuales. Aunque el Programa Nacional del SIDA de Libia ha intensificado los

esfuerzos por una mayor toma de conciencia y para fomentar el conocimiento del probable desarrollo de la epidemia, sigue enfrentándose a enormes desafíos. Según se afirma, el estigma y la negación están muy difundidos. Se requiere con urgencia seguir desarrollando y ampliando los programas de prevención del VIH, garantizando un enfoque orientado a las poblaciones de riesgo.

El **Irán**, que se ha enfrentado a un desafío similar, aunque mayor, desde finales de los años 1990, ha introducido algunos aspectos de la política de reducción del daño destinados a la creciente población de consumidores de drogas intravenosas. El VIH circula ampliamente entre los consumidores de drogas intravenosas, estimados, en 2003, en 200 000 y todo parece indicar que se propagará aún más (Jenkins y Robalino, 2003). Un nuevo estudio realizado entre consumidores que acuden a centros públicos de tratamientos de toxicomanías en Teherán sugiere que existen estrechos vínculos

entre el VIH y el consumo de drogas intravenosas, el encarcelamiento y las prácticas sexuales en el país. La mayoría de los consumidores eran jóvenes (edad mediana de 25 años) y tres cuartas partes de ellos se inyectaban heroína. Cerca del 40% de los que habían usado equipos de inyección no esterilizados lo habían hecho en la cárcel (Zamani *et al.*, 2005). De hecho, el encarcelamiento parecía estar asociado a comportamientos de riesgo para la infección del VIH: un descubrimiento perturbador, dado que, según algunas estimaciones, casi la mitad del total de la población carcelaria del Irán está formada por personas detenidas o condenadas por acusaciones relacionadas con las drogas (ONUDD, 2002). Este dato pone de relieve la urgente necesidad de ampliar los programas preventivos ya probados, especialmente para los presos consumidores de drogas intravenosas (Zamani *et al.*, 2005). Más allá de las puertas de la cárcel, también deben desarrollarse amplios programas de reducción del daño si se desea poner freno a la epidemia de VIH en el Irán. Esta urgencia la subraya también el hecho de que la mayoría de los consumidores de drogas intravenosas que participaron el estudio de Teherán eran sexualmente activos, y de que

muchos compraban o vendían servicios sexuales y solamente el 53% de consumidores de drogas intravenosas sexualmente activos había usado alguna vez un preservativo (Zamani *et al.*, 2005). Según un estudio anterior, alrededor de la mitad de los consumidores de drogas intravenosas eran casados, y una tercera parte había afirmado mantener relaciones sexuales fuera del matrimonio (ONUSIDA/OMS, 2004), lo cual señala una clara posibilidad de transmisión sexual del VIH de los consumidores de drogas intravenosas infectados a sus parejas sexuales (Zamani *et al.*, 2005). Aunque demasiado esquemáticos, los datos disponibles indican que los bajos niveles de uso del preservativo entre los profesionales del sexo exponen a ellos y a sus clientes al riesgo de infección.

Se sabe muy poco sobre la propagación del VIH en otros países de la región. Se cree que en **Jordania** viven con el VIH unas 600–1000 personas; en ese país, la prevalencia del VIH entre adultos es muy baja (0,02%). Aproximadamente la mitad de las infecciones se atribuyen a las relaciones sexuales sin protección; con todo, una amplia encuesta entre jóvenes ha hallado que las relaciones sexuales ocasionales eran relativamente raras y que el uso del preservativo era moderadamente elevado (40%) entre aquellos que sí practicaban las relaciones sexuales fuera del matrimonio. En el **Yemen**, se cree que la transmisión del VIH está relacionada con el comercio sexual, mientras que el consumo de drogas

intravenosas parece ser un modo de transmisión más destacado en **Bahrein, Kuwait y Omán**.

Es obvio que toda la región necesita más, mejor y más exhaustiva información sobre los modos de transmisión del VIH, especialmente sobre el papel del comercio sexual y de las relaciones sexuales entre varones. Es escasa la información disponible sobre estos dos ámbitos, lo cual sugiere que es probable que el VIH se transmita por otros comportamientos de riesgo o en otros contextos. Por ejemplo, en diversos países de esta región, la combinación de insuficientes datos de vigilancia y fuertes tabúes socioculturales contra las relaciones sexuales entre varones podría ocultar que dichas relaciones son un factor en la transmisión del VIH. Poco se sabe sobre la transmisión del VIH en las cárceles, aunque los datos disponibles apuntan a un riesgo elevado en el entorno carcelario. En 2003 se ha comunicado una prevalencia del VIH del 18% en cárceles de Trípoli (Libia), del 2% en el Sudán y de casi el 1% en Marruecos (Sammud, 2005; Ministerio de Salud de Marruecos, 2005).

Los programas y servicios de prevención del VIH siguen siendo esporádicos en la región. El conocimiento sobre el SIDA es, por regla general, deficiente, incluso entre poblaciones con el máximo riesgo de contraer la infección. Se necesitan importantes esfuerzos para introducir estrategias de prevención del VIH más eficaces en Oriente Medio y África del Norte.

OCEANÍA

Estadísticas y características del VIH y el SIDA, en 2003 y 2005

	Adultos y niños que vivían con el VIH	Número de mujeres que vivían con el VIH	Nuevos casos de infección por el VIH en adultos y niños	Prevalencia del VIH en adultos (%)	Defunciones de adultos y niños a causa del SIDA
2005	74 000 [45 000–120 000]	39 000 [20 000–62 000]	8 200 [2400–25 000]	0,5 [0,2–0,7]	3 600 [1700 - 8200]
2003	63 000 [38 000–99 000]	27 000 [14 000 – 43 000]	8 900 [2600–27 000]	0,4 [0,2–0,6]	2 000 [910 - 4900]

Se estima que 74 000 personas [45 000–120 000] viven con el VIH en Oceanía. Aunque se cree que menos de 4000 [<10 000] personas fallecieron por causa del SIDA durante 2005, cabe pensar que unas 8200 [2400–25 000] contrajeron la infección por el VIH. Entre los jóvenes de 15–24 años, se estima que el 1,2 % [0,6–2,4%] de las mujeres y el 0,4% [0,1–0,3%] de los varones vivían con el VIH en 2005.

Se han notificado infecciones por el VIH en todos los países y territorios de Oceanía, salvo en **Niue** y **Tokelau**. Aunque las epidemias aún están en sus primeras fases en la mayor parte de estos lugares, es necesario intensificar los esfuerzos de prevención.

Más del 90% de las 11 200 infecciones por el VIH notificadas en los 21 países y territorios de las islas del Pacífico a finales de 2004 se registraron en **Papua Nueva Guinea**, donde una epidemia de SIDA progresa sin cesar. Desde 1997, los diagnósticos de VIH se han incrementado en un 30% por año en Papua Nueva Guinea: se habían diagnosticado aproximadamente 10 000 casos a finales de 2004, pero el número real de personas que vive con el VIH podría ser cinco veces más alto (Consejo Nacional del SIDA y Departamento de Salud de Papua Nueva Guinea, 2004). El sistema nacional de vigilancia del VIH señala una prevalencia del 2% entre las mujeres embarazadas que acudieron

a los dispensarios prenatales de Goroka en 2003 (comparado con el 0,9% de 2002), del 2,5% en Lae y del 1,4% en la capital, Port Moresby. Entre las personas que solicitaron tratamiento en los dispensarios de infecciones de transmisión sexual de Port Moresby, el 20% resultó VIH- positivo en 2004, así como el 6% en Mount Hagen. Los datos sobre el VIH han mejorado de forma considerable desde la puesta en marcha de la primera vigilancia centinela, en 2001, pero la mayor parte de dicha vigilancia se ha llevado a cabo en zonas urbanas. Por tanto, falta información sobre la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas en muchas de las 20 provincias del país.

La información disponible apunta a una epidemia fundamentalmente heterosexual, en la que el comercio sexual y las redes de sexo ocasional destacan como vías de transmisión (Consejo Nacional del SIDA y Departamento de Salud de Papua Nueva Guinea, 2004). Los estudios efectuados entre adolescentes de menos de veinte años indican niveles altos de actividad sexual y consumo de alcohol y drogas. Los jóvenes tienen ciertos conocimientos sobre el VIH y el SIDA, pero muy poco acceso a la información y los servicios de prevención. Los niveles tan altos de infecciones de transmisión sexual registrados reflejan comportamientos de riesgo generalizados.

Un estudio en Daru reveló que la prevalencia de la sífilis era del 19%, de la de infección por *chlamydia*, del 18% y de la de la blenorragia, del 9%, cifras igualadas o superadas en Lae (Consejo Nacional del SIDA de Papua Nueva Guinea, 2004). (Hay que señalar que el estudio fue efectuado con un número relativamente pequeño de participantes reclutados de forma voluntaria, lo que podría afectar los resultados.)

Para evitar un empeoramiento de la epidemia, es menester ampliar los programas de prevención del VIH y abordar otros factores subyacentes, tales como la migración a gran escala, la extrema pobreza y la desigualdad entre varones y mujeres (incluidos los altos niveles de violencia contra esas últimas) (Consejo Nacional del SIDA de Papua Nueva Guinea, 2004).

Australia, por el contrario, tiene la epidemia más antigua de la región. Después de una disminución de alrededor de un 25% entre 1995 y 2000, el número anual de nuevos casos de VIH ha ido aumentando hasta llegar a los 820 en 2004. Esto elevó a 14 800 el número estimado de personas que vivían con el VIH en el país en 2004. Una proporción significativa de esas infecciones (31%) se había producido durante los años anteriores, posible reflejo de un resurgimiento de los comportamientos de riesgo. El grueso de la transmisión del VIH en Australia sigue teniendo su origen en las relaciones sexuales entre varones, responsables del 68% de todas las infecciones por el VIH registradas desde que comenzó la epidemia. Sin embargo, la proporción de infecciones atribuidas al coito heterosexual ha aumentado del 7% anterior a 1996 a más del 23% de nuevos diagnósticos en 2004. Como consecuencia, hay cada vez más mujeres infectadas. En Nueva Gales del Sur, el número de nuevos casos de VIH entre mujeres casi se ha duplicado entre 2003 y 2004. Más de la mitad de las infecciones por el VIH atribuidas al coito heterosexual entre 2000 y 2004 se han registrado en personas procedentes de un país de prevalencia alta (33%) o cuyas parejas proceden de un país de prevalencia alta (27%) (Centro Nacional de Australia de Epidemiología e Investigación Clínica del VIH, 2005)

No se han observado diferencias significativas últimamente entre las tasas de casos de VIH por habitante entre la población indígena de Australia y la no indígena; en ambos casos, dichas tasas han aumentado ligeramente desde 2000. Sin embargo, difieren los modos principales de transmisión del VIH. En la población indígena, alrededor de las tres cuartas partes de los diagnósticos se atribuyeron a las relaciones sexuales entre varones y al coito heterosexual. El consumo de drogas intravenosas fue responsable del 20% de los diagnósticos en la población indígena, comparado con el 3% de la no indígena. La tercera parte de las mujeres a las que se les diagnosticó el VIH había contraído el virus por medio de la inyección peligrosa de drogas. (Centro Nacional de Australia de Epidemiología e Investigación Clínica del VIH, 2005).

En Australia existe un amplio acceso a la terapia antirretrovírica, y más de la mitad de las personas que viven con el VIH reciben tratamiento. Como consecuencia, el tiempo medio de supervivencia a partir del diagnóstico del SIDA pasó de los 17 meses anteriores a 1995 a los 45 meses en 2001 (Centro Nacional de Australia de Epidemiología e Investigación Clínica del VIH, 2005).

La epidemia de **Nueva Zelandia**, en comparación, es pequeña. Sin embargo, en los últimos años se han duplicado los nuevos casos de VIH: de menos de 80 en 1999 a 157 en 2004. Las relaciones sexuales entre varones son responsables de la mitad de los nuevos diagnósticos. Igual que en Australia, más del 90% de las personas que habían contraído el VIH por vía heterosexual en 2004, se habían infectado fuera del país (Ministerio de Salud de Nueva Zelandia, 2005). Las defunciones por causa del SIDA se han reducido sistemáticamente desde mediados del decenio de 1990, sobre todo gracias al amplio acceso al tratamiento antirretrovírico. De las 68 personas a las cuales se les diagnosticó el SIDA en 1990, sólo el 7% seguía con vida cuatro años más tarde, mientras que de las 22 personas diagnosticadas en 2000, el 77% estaba con vida a finales de 2004, logros similares a los que se observan en América del Norte y Europa occidental (Ministerio de Salud de Nueva Zelandia, 2005).

Los niveles de infección por el VIH son muy bajos en el resto de Oceanía, con un número total de casos de VIH notificados que sólo excede de 150 en **Nueva Caledonia** (246), **Guam** (173), **Polinesia Francesa** (220) y **Fiji** (171) (Secretaría de la Comunidad del Pacífico, 2005). Los datos se basan en una vigilancia del VIH limitada.

Teniendo en cuenta las elevadas tasas de otras infecciones de transmisión sexual que se han notificado en algunas islas del Pacífico, ninguno de estos países y territorios puede permitirse un exceso de confianza. En Port Vila, la capital de **Vanuatu**, se ha detectado que el 6% de las mujeres embarazadas

están infectadas por blenorragia, el 13% por sífilis y más del 20% tienen infección por chlamydia. Los hallazgos de **Samoa** son aún más inquietantes: el 43% de las mujeres que acudió a los servicios de atención prenatal de la capital, Apia, tenía por lo menos una infección de transmisión sexual. La cuarta parte de los profesionales del sexo de Dili (**Timor Oriental**) tenía blenorragia y/o infección por chlamydia, y el 60% estaba infectado por el HSV2, según una investigación realizada en 2003. Entre los taxistas y los varones que tienen relaciones sexuales con varones, el 29% tenía el HSV2 (Pisani y Dili, equipo de encuesta de ITS, 2004).

MAPAS

Estimaciones mundiales para adultos y niños, 2005

Número estimado de adultos y niños que vivían con el VIH 2005

Número estimado de nuevos casos de infección por el VIH en adultos y niños en 2005

Número estimado de defunciones causadas por el SIDA en adultos y niños durante 2005

ESTIMACIONES MUNDIALES PARA ADULTOS Y NIÑOS, EN 2005



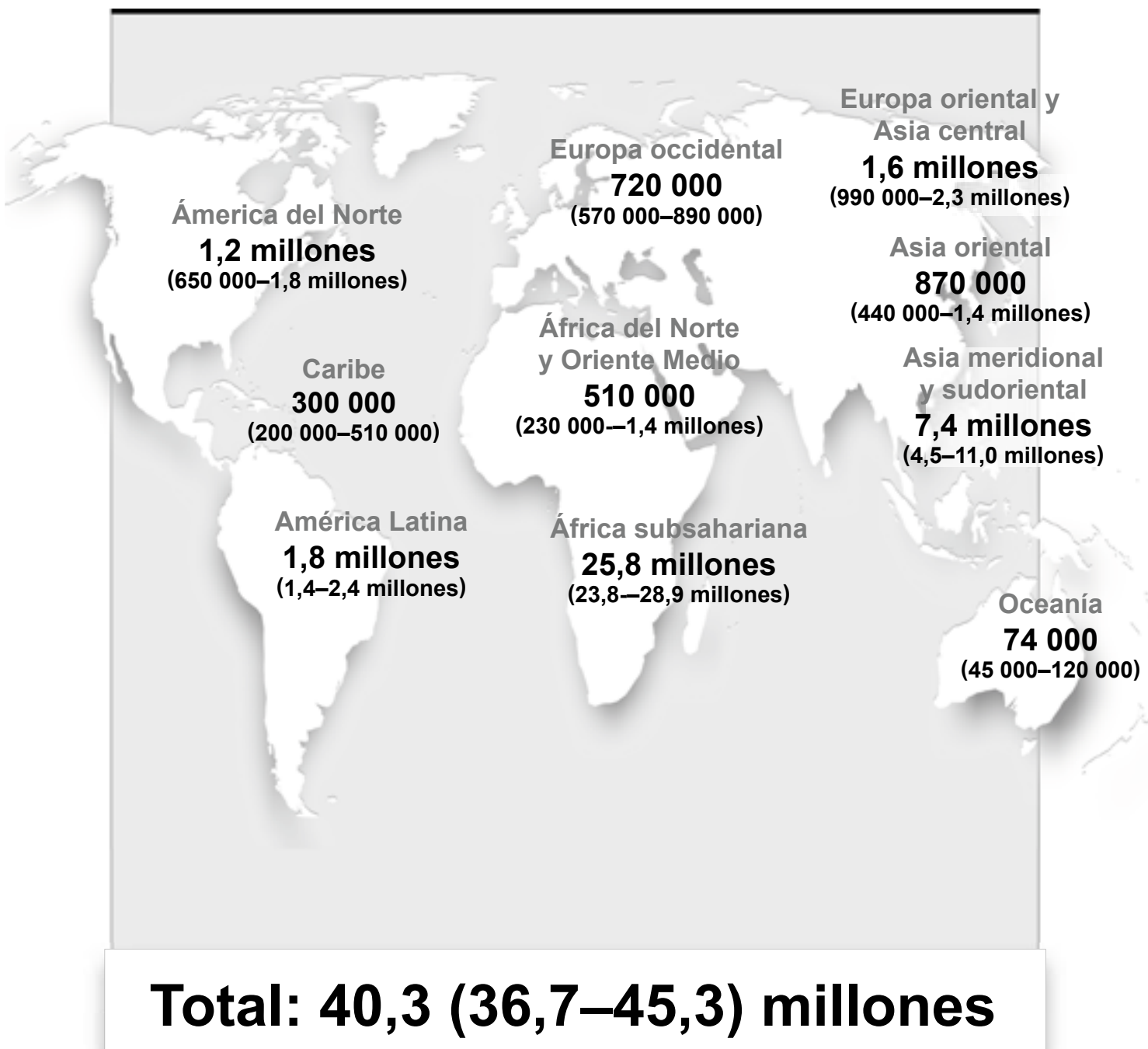
Personas que vivían con el VIH 40,3 millones (36,7–45,3 millones)

Nuevas infecciones por el VIH en 2005 4,9 millones (4,3–6,6 millones)

Defunciones causadas por el SIDA en 2005 .. 3,1 millones (2,8–3,6 millones)

Los intervalos para las estimaciones que se presentan en este cuadro, que se basan en la mejor información disponible, definen los márgenes dentro de los cuales se encuentran los datos reales.

NÚMERO ESTIMADO DE ADULTOS Y NIÑOS QUE VIVÍAN CON EL VIH EN 2005



Total: 40,3 (36,7–45,3) millones



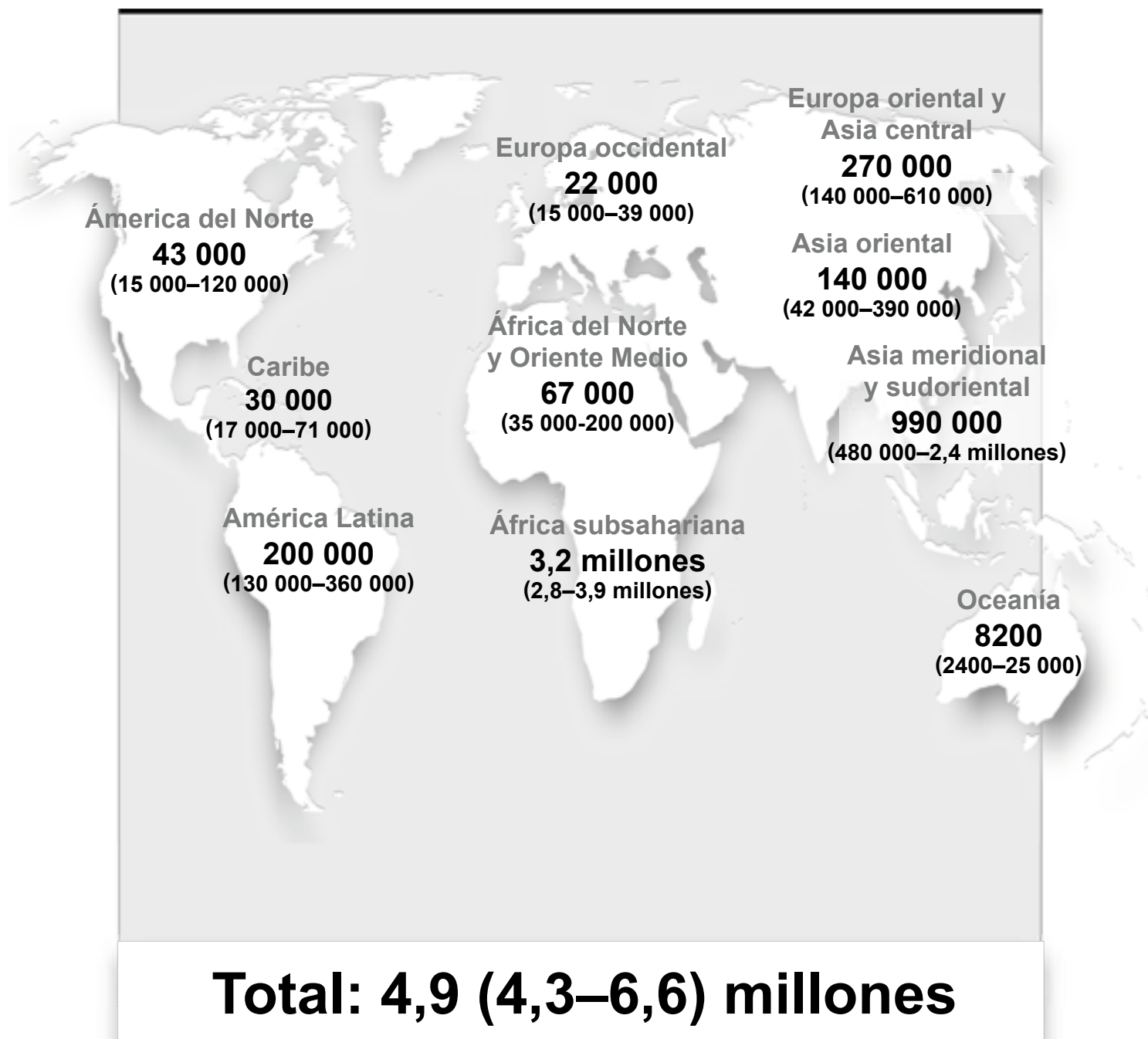
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
ONUSIDA
ACNUR • UNICEF • PMA • PNUD • UNFPA
ONUDD • OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL



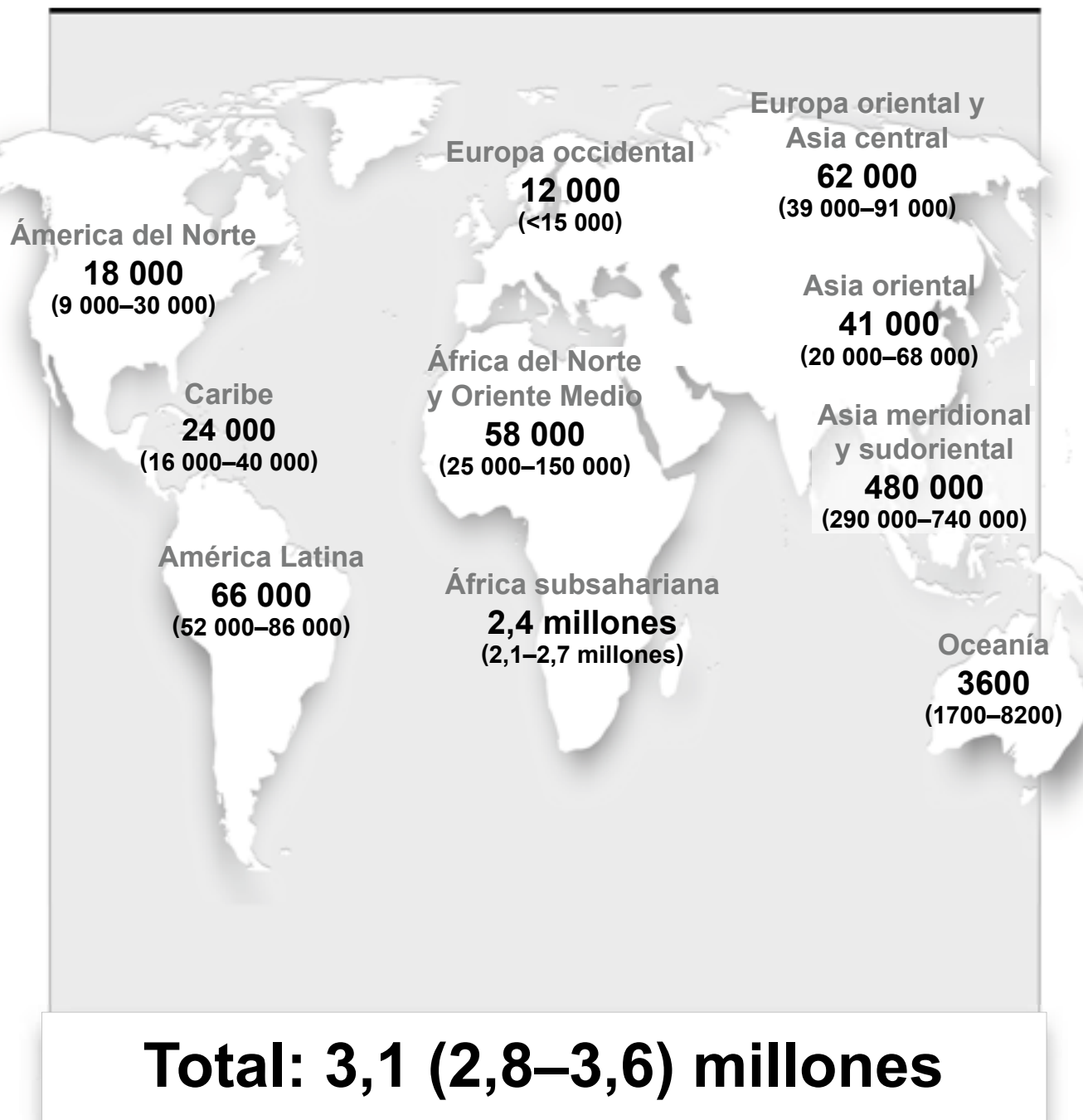
**Organización
Mundial de la Salud**

Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2005

NÚMERO ESTIMADO DE NUEVOS CASOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN ADULTOS Y NIÑOS DURANTE 2005



NÚMERO ESTIMADO DE DEFUNCIONES CAUSADAS POR EL SIDA EN ADULTOS Y NIÑOS DURANTE 2005



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
ONUSIDA
ACNUR • UNICEF • PMA • PNUD • UNFPA
ONUDD • OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL



**Organización
Mundial de la Salud**

Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2005

BIBLIOGRAFÍA

INTENSIFICAR LA PREVENCIÓN

- Auvert B et al. (2001). Male circumcision and HIV infection in four cities in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 15(Supplement 4): S31-S40.
- H□ lake-island communities in Mwanza region, Tanzania. International Conference on AIDS, 12;109.
- Alianza Internacional contra el SIDA (2003) Positive Prevention: Prevention strategies for people living with HIV/AIDS. Brighton.
- Jordan-Harder B. et al., (2004) Thirteen years HIV-1 sentinel surveillance and indicators for behavioural change suggest impact of programme activities in south-west Tanzania. *AIDS*, 18(2):287-294.
- Salomon JA, Hogan DR, Stover J, et al., (2005) Integrating HIV prevention and treatment: From slogans to impact. *PLoS Med* 2: e16.
- Maman S et al. (2000). The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science and Medicine*, 50:459-78.
- McFarland W et al. (1999). Prevalence and incidence of herpes simplex virus type 2 infection among male Zimbabwean factory workers. *Journal of Infectious Diseases*, 180(5):1459-65, cited in Pisani (2003).
- Meehan A et al. (2004). Prevalence and risk factors for HIV in Zimbabwean and South African women. Decimoquinta Conferencia Internacional sobre el SIDA. Abstract MoPeC3468 Bangkok. 11-16 de julio.
- Montano et al. (2005) Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in South America JAIDS 40:1.
- Ministerio de Salud de Uganda (2005). Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004-05: Preliminary Report. Ministerio de Salud. Kampala.
- Mpiima et al., (2003). *Increased demand for VCT services driven by introduction of HAART in Masaka District, Uganda*. Poster presentation to the Second IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment, Paris, 13-17 July, cited in UNAIDS (2004a).
- Mwaluko G et al., (2003) Trends in HIV and sexual behaviour in a longitudinal study in a rural population in Tanzania 1994-2000. *AIDS*, 17(18):2645-2651.
- Myer L et al. (2005). Bacterial vaginosis and susceptibility to HIV infection in South African women: a nested case-control study. *Journal of Infectious Diseases*, 192.
- Population Council Horizons Program (2001) HIV voluntary counselling and testing among youth ages 14 to 21. Washington DC.
- Reproductive Health Research Unit, Medical Research Council (2004). *National Survey of HIV and Sexual Behaviour among Young South Africans*. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit.
- Salomon JA, Hogan DR, Stover J, Stanecki KA, Walker N, et al. (2005) Integrating HIV prevention and treatment: From slogans to impact. *PLoS Med* 2: e16.
- Stolte IG et al (2002) *A summary report from Amsterdam: increase in sexually transmitted diseases and risky sexual behaviour among homosexual men in relation to the introduction of new anti-HIV drugs*. *Euro Surveill* 2002;7(2):19-22.
- Walker N et al. (2004) Estimating the global burden of HIV/AIDS: what do we really know about the HIV pandemic? *Lancet* 363: 2180-2185.
- ONUSIDA (2004) *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*. Ginebra.
- ONUSIDA (2004a) *Situación de la epidemia de SIDA 2004*. Ginebra.
- ONUSIDA (2005) Intensificación de la prevención del VIH - Documento de posición de política. Ginebra.
- ONUSIDA, UNFPA, OMS (2004) *Position Statement on condoms and HIV prevention*, Ginebra.
- USAID, ONUSIDA, OMS, UNICEF y Policy Project. Coverage of Selected Services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003, Washington DC, Policy Project, 2004.
- OMS (2003) *Antiretroviral therapy in primary health care: experience of the Khayelitsha programme in South Africa: case study*. Ginebra.
- OMS (2005) *Multi-country study on women's health and domestic violence against women*. Ginebra.
- OMS (2005a) *Informe sobre la salud en el mundo 2005*. Ginebra.

ÁFRICA SUBSAHARIANA

- Asamoah-Odei E y Calleja T (2004). HIV prevalence trends in sub-Saharan Africa: an analysis of 5 years' ANC data. Slide presentation to the 'Evidence and causes of declines in HIV prevalence and incidence in countries with generalised epidemics' workshop. Harare, Zimbabwe, 15-17 November. Sponsored by UNAIDS, WHO, CDC and UNICEF.
- Baltazar G (2005). *HIV sentinel surveillance 2004*. Slide presentation. Junio. Ministerio de Salud de Kenya.
- Binagwaho A et al. (2005). *Epidemiological developments regarding HIV/AIDS in Rwanda: 2005*. Briefing paper. CNLS, TRAC, ONUSIDA. Kigali.
- Centro de Investigaciones para el Desarrollo Humano y MEASURE DHS+ (2005). Encuestas de Demografía y Salud de 2005: Informe preliminar. CRDH, MEASURE DHS+. Dakar, Calverton.
- Cheluget B, Marum L, y Stover J (2004). *Evidence of declining HIV prevalence and risk behaviour in Kenya*. Presentation to the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 15-17 de noviembre. Harare.

- Cowan FM et al. (2005). *Evidence of a decline in incidence of HIV infection among young people in rural Zimbabwe*. Abstract MP-022. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10-13 de julio. Amsterdam.
- Department of Health, South Africa (2005). *National HIV and syphilis antenatal sero-prevalence survey in South Africa 2004*. Department of Health. Pretoria.
- Dirección General de Lucha contra el SIDA et al. (2005). *Enquête nationale ANC Madagascar*. Dirección General de Lucha contra el SIDA, Ministerio de Salud y Laboratorio nacional de referencia del VIH/SIDA. Antananarivo.
- Ekra A et al. (2004). Evidence for changes in sexual behaviour and HIV incidence in Côte d'Ivoire. Presentation to the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 15-17 de noviembre. Harare.
- Ministerio Federal de Salud de Etiopía (2004). *AIDS in Ethiopia: 5th report*. Junio. Ministerio Federal de Salud, Departamento de Prevención y Control de Enfermedades. Addis Abeba.
- Ministerio Federal de Salud de Nigeria (2004). 2003 National HIV sero-prevalence sentinel survey: Technical Report. Ministerio Federal de Salud. Abuja.
- Gomes do Espírito Santo ME y Etheredge GD (2005). Male clients of brothel prostitutes as a bridge for HIV infection between high risk and low risk groups of women in Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 81:342-344.
- Grupo temático del VIH/SIDA de Angola (2002). A luta a epidemia de VIH/SIDA como uma prioridade nacional. Presentacao 11 Dezembro. Ministerio de Salud de Angola, ONUSIDA. Luanda.
- Hargrove JW et al. (2005). Declining HIV prevalence and incidence in women attending maternity clinics in greater Harare, Zimbabwe. (presentado para publicación)
- Human Rights Watch (2005). *Clear the filth: Mass evictions and demolitions in Zimbabwe*. Briefing paper. September. Human Rights Watch. New York. Disponible en <http://www.hrw.org/background/africa/zimbabwe0905/>
- Jordan-Harder B et al. (2004). Thirteen years HIV-1 sentinel surveillance and indicators for behavioural change suggest impact of programme activities in south-west Tanzania. *AIDS*, 18(2):287-294.
- Kayirangwa E y Hanson J (2004). *Recent trends in HIV prevalence in Rwanda*. Presentation to the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 15-17 de noviembre. Harare.
- Kintin FD et al. (2004). *Enquête de prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels chez les travailleuses du sexe et leurs partenaires masculins à Ouagadougou, Burkina Faso*. Noviembre. Consejo Nacional de Lucha contra el SIDA y las ITS, CIDA, CCSID. Ouagadougou.
- Mahomva A (2004). Trends in HIV prevalence and incidence and sexual behaviour. Presentation to the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 15-17 de noviembre. Harare.
- Mbulaitye SM et al. (2002). Declining HIV-1 incidence and associated prevalence over 10 years in a rural population in south-west Uganda: a cohort study. *The Lancet*, 360. 6 de julio.
- Ministerio de Economía, Finanzas y Presupuesto (2005). *Enquête Démographique et de Santé Madagascar 2003-2004*. Febrero. Instituto Nacional de Estadística, ORC Macro. Antananarivo, Claverton, EE.UU.
- Ministerio de Salud Pública de Burundi (2004). *Bulletin épidémiologique annuel de surveillance du VIH/SIDA/IST pour l'année 2003*. Octubre. Ministerio de Salud Pública. Bujumbura.
- Ministerio de Salud Pública del Camerún (2004). *EDSC-III 2004 Résultats Préliminaires*. Octubre. Institut national de la statistique, Ministerio de Salud Pública, ORC Macro. Yaoundé, Claverton, EE.UU.
- Ministerio de Salud de Malí (2004). *Surveillance épidémiologique du VIH au Mali de 1985 à 2004*. Ministerio de Salud. Bamako.
- Ministerio de Salud y Prevención Médica del Senegal (2004). *Sénégal enquête démographique et de santé 2005, rapport préliminaire*. Julio. Ministerio de Salud y Prevención Médica, Centro de Investigación para el Desarrollo Humano. MEASURE DHS+ ORC Macro. Dakar, Claverton, EE.UU.
- Ministerio de Salud de la República del Congo (2004). *Evaluation de la séroprévalence des infections à VIH - Rapport d'analyse provisoire*. Ministerio de Salud. Brazzaville.
- Ministerio de Salud de Rwanda (2001). *Enquête démographique et de santé (EDSR-II)*. Septiembre. Oficina Nacional de la Población, ORC Macro. Kigali, Claverton, EE.UU.
- Ministerio de Salud de Togo (2004). *Rapport de surveillance de l'infection par le VIH dans le groupe des consultantes prénatales, Année 2003*. Febrero. Ministerio de Salud. Lomé.
- Ministerio de Salud de Angola (2004). Relatório preliminar do estudo de seroprevalência de VIH, sífilis e hepatite B, mulheres grávidas em consulta prenatal. Ministerio de Salud. Luanda.
- Ministerio de Salud y Bienestar de la Infancia de Zimbabwe, 2004 & 2005, (en preparación).
- Ministerio de Salud de Eritrea (2004). HIV prevention impact in Eritrea: Results from the 2003 Round of HIV Sentinel Surveillance. Ministerio de Salud. Asmara.
- Ministerio de Salud de Kenya (2005). *AIDS in Kenya, 7th edition*. Programa Nacional de Control del SIDA/ETS (NASCO), Ministerio de Salud. Nairobi.
- Ministerio de Salud de Mozambique (2005). *Report on the update of the HIV epidemiological surveillance data: 2004 round*. Agosto. Ministerio de Salud. Maputo.
- Ministerio de Salud de Uganda (2005). *Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004-05: Preliminary Report*. Ministerio de Salud. Kampala.

- Ministerio de Salud de Uganda (2003). *STD/HIV/AIDS surveillance report*. Junio. Ministerio de Salud. Kampala.
- Ministerio de Salud de la República Unida de Tanzania (2004). *Surveillance of HIV and Syphilis among Antenatal Clinic Enrollees 2003-2004*. Dar es Salaam.
- Ministerio de Salud y Población de Malawi (2003). *HIV sentinel surveillance report 2003*. November. Lilongwe. Ministerio de Salud y Población.
- Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Namibia (2004). *Report of the 2004 national HIV sentinel survey*. Ministerio de Salud y Servicios Sociales. Windhoek.
- Ministerio de Salud y Bienestar Social de Lesotho (2005). *Report of the Sentinel HIV/Syphilis Survey 2005*. Septiembre. STI/HIV and AIDS Directorate, Ministerio de Salud y Bienestar Social. Maseru.
- Ministerio de Salud y Bienestar Social de Lesotho (2003). *2003 HIV sentinel survey report*. Octubre. Ministerio de Salud y Bienestar Social. Maseru.
- Ministerio de Salud y Bienestar Social de Swazilandia (2005). *9th round of national HIV serosurveillance in women attending antenatal care services at health facilities in Swaziland: survey report*. Marzo. Ministerio de Salud y Bienestar Social. Mbabane.
- Ministerio de Salud y Bienestar Social de Swazilandia (2002). *8th HIV sentinel serosurveillance report*. Diciembre. Ministerio de Salud y Bienestar Social. Mbabane.
- Monze M (2004). Evidence for declines in HIV incidence: Zambia. Presentation to the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 15-17 de noviembre. Harare.
- Mugurungi O et al. (2005). HIV in Zimbabwe. In: Glynn JR, Carael M (eds.) *HIV, Resurgent Infections and Population Change in Africa*. Springer.
- Mundandi C et al. (2005). Sexual behaviour change, spatial mobility and stabilisation of the HIV epidemic in eastern Zimbabwe. Poster Exhibit 3495. 12 de julio. Decimoquinta Conferencia Internacional sobre el SIDA, Bangkok.
- National AIDS Coordinating Agency, Botswana (2005). *Botswana AIDS Impact Survey II: Popular Report*. Marzo. República de Botswana. Gaborone.
- National AIDS Coordinating Agency, Botswana (2003). *Botswana 2003 second generation HIV/AIDS surveillance: Technical report*. Diciembre. Gaborone.
- National HIV/AIDS Council Zambia (2002). *ANC Sentinel surveillance of HIV/AIDS trends in Zambia, 1994-2002*. National HIV/AIDS Council, Sida, U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Tropical Diseases Research Center. Lusaka.
- Nko S et al. (2004). Secretive females or swaggering males? An assessment of the quality of sexual partnership reporting in rural Tanzania. *Social Science & Medicine*, 59:299-310.
- Statistics SA (2005). *Mortality and causes of death in South Africa, 1997-2003*. Statistics SA. Pretoria.
- Reproductive Health Research Unit (2004). *HIV and Sexual Behaviour Among Young South Africans: A National Survey of 15-24 Year Olds*. Abril. Reproductive Health Research Unit, Johannesburg.
- Presidencia de Faso (2005). Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA (UNGASS): Cadre pour la présentation des rapports pays—période concernée Janvier-Décembre 2004. Marzo. Ouagadougou.
- Seychelles Communicable Disease Control Unit (2005). *Epidemiological Bulletin Seychelles*. Ministerio de Salud, OMS. Victoria.
- Statistics SA (2005). *Mortality and causes of death in South Africa, 1997-2003*. Statistics SA. Pretoria.
- ONUSIDA (2004). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004*. Ginebra.
- ONUSIDA/OMS (2004b). *Situación de la epidemia de SIDA 2004*. Ginebra.
- ONUSIDA/OMS (2005). *Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: An update on '3 by 5'*. ONUSIDA/OMS. Ginebra.
- UNICEF (2004). Girls, HIV/AIDS and Education. Diciembre. UNICEF. Nueva York. Disponible en http://www.unicef.org/publications/index_25047.html
- Ward H, Walker N, et Ghys PD (2004). Methods and tools for HIV/AIDS estimates and projections. *Sexually Transmitted Infections*, 80(Supplement 1). Agosto.
- Wawer M et al. (2005). *Declines in HIV prevalence in Uganda: Not as simple as ABC*. Abstract 27 LB, 12th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 22-25 febrero de 2005. Boston, EE.UU.
- OMS (2005). *The 2004 First national second generation HIV/AIDS/STI sentinel surveillance survey among antenatal care women attending maternity and child health clinics, tuberculosis and STD patients*. Julio. OMS. Somalia.

ASIA

- Altat A et al. (2004). *Harm reduction among injection drug users in Karachi, Pakistan*. Documento presentado a la Decimoquinta Conferencia Internacional sobre el SIDA. Julio. Bangkok.
- Basu I et al. (2004). HIV prevention among sex workers in India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 36(3):845-852.
- Buavirat A et al. (2003). Risk of prevalent HIV infection associated with incarceration among injecting drug users in Bangkok, Thailand: case-control study. *British Medical Journal*, 326(7384): 308.
- Buckingham R y Meister E (2003). Condom utilization among female sex workers in Thailand: Assessing the value of the health belief model. *Californian Journal of Health Promotion*, 4(4):18-23.

- Centro de Investigación de Salud y Ministerio de Salud (2002). *A study of injecting drug use behaviour in three cities: Surabaya, Jakarta and Bandung*. Universidad de Indonesia.
- Centro Nacional de China de Prevención y Control del SIDA/ETS (2003). *Information on HIV/AIDS prevention and control*. Beijing.
- Centro Nacional de Viet Nam del VIH/SIDA, Dermatología e ITS (NCHADS) (2004). *HIV Sentinel Surveillance (HSS) 2003: Trends Results, and Estimates*. Phnom Penh.
- Choi KH et al. (2003). Emerging HIV-1 epidemic in China in men who have sex with men. *Lancet*, 361:2125-26.
- Comité de Trabajo del Consejo Nacional sobre el SIDA y Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de China (2004). *A joint assessment of HIV/AIDS prevention, treatment and care in China (2004)*. Diciembre. Comité de Trabajo del Consejo Nacional sobre el SIDA y Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de China. Beijing.
- Departamento de Salud de Myanmar (2005). Sentinel surveillance data for March-April 2004. AIDS Prevention and Control Project. Yangon.
- Departamento de Salud de Myanmar (2004). Sentinel surveillance data for March-April 2004. AIDS Prevention and Control Project. Yangon.
- Departamento de Salud de Filipinas (2003). *Status and trends of HIV/AIDS in the Philippines: The 2002 technical report of the National HIV/AIDS Sentinel Surveillance System*. Departamento de Salud. Manila.
- Go VF et al. (2004). High HIV prevalence and risk behaviors in men who have sex with men in Chennai, India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35(3):314-319.
- Grupo de Trabajo Tailandés sobre Proyecciones del VIH/SIDA (2001). *HIV/AIDS projections for Thailand: 2000-2020*. Marzo. Bangkok.
- Hien NT et al. (2004a). HIV/AIDS epidemics in Vietnam: Evolution and responses. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):137-154.
- Hien NT et al. (2004b). *Risk factors for HIV seropositivity among young heroin injecting drug users in Quang Ninh province, Viet Nam*. (Presentado para publicación.)
- Huang M y Hussein H (2004). The HIV/AIDS epidemic country paper: Malaysia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):1001-09.
- Kaufman J y Jing J (2002). China and AIDS—the time to act is now. *Science*, 296:2339-40.
- Lertpiriyasuwat C et al. (2003). A survey of sexual risk behavior for HIV infection in Nakhonsawan, Thailand, 2001. *AIDS*, 17(13): 1969-76.
- Mateo RJ et al. (2003). *HIV/AIDS in the Philippines*. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):43-52.
- Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de Bangladesh (2004). *HIV in Bangladesh: The present scenario*. Noviembre. Ministerio de Salud y Bienestar Familiar. Dhaka.
- Ministerio de Salud y Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de China (2003). *A joint assessment of HIV/AIDS prevention, treatment and care in China (2004)*. Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de China. Beijing.
- Ministerio de Salud de Malasia y OMS (2004). *Consensus report on HIV and AIDS—Epidemiology in 2004: Malaysia*. Ministerio de Salud y OMS. Kuala Lumpur.
- Ministerio de Salud de Pakistán, Dfid, Family Health International (2005). *National study of reproductive tract and sexually transmitted infections: Survey of high-risk groups in Lahore and Karachi*, 2005. Ministerio de Salud, Departamento para el Desarrollo Internacional, Family Health International. Karachi.
- Ministerio de Salud de Viet Nam (2005). *HIV/AIDS estimates and projections 2005-2010*. General Department of Preventive Medicine and HIV/AIDS Control, Ministerio de Salud. Hanoi.
- Ministerio de Trabajo, Discapacitados y Asuntos Sociales de Viet Nam y ONUDD (2001). *Report results of the survey on high risk factors of drug abuse among groups of female prostitutes in Vietnam*. ONUDD.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005a). *Drug injection and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. Julio. Ginebra.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005b). *Sex work and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. Julio. Ginebra.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2004). *AIDS in Asia: Face the facts—A comprehensive analysis of the AIDS epidemics in Asia*. Ginebra.
- NACO (2004a). *Annual Report 2002-2003, 2003-2004*. Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de la India. Delhi.
- NACO (2004b). *State-wise HIV prevalence (1998-2003)*. Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de la India. Delhi.
- Nemoto T (2004). HIV/AIDS surveillance and prevention studies in Japan: Summary and recommendations. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):27-42.
- Ono-Kihara M et al. (2001). Sexual practices and the risk for HIV/STDs infection of youth in Japan. *Journal of the Japan Medical Association*, 126(9):1157-1160.
- ONUSIDA (2004). *2004 Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*. Ginebra.
- Phimphachanh C y Sayabounthavong K (2004). The HIV/AIDS/STI situation in Lao People's Democratic Republic. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A): 91-99.
- Pisani E. (2003) *The Epidemiology of HIV at the Start of the 21st Century: Reviewing the Evidence*. Documento de trabajo (Septiembre). UNICEF. Nueva York.

- Poshyachinda V (2005). *Review of Thailand's situation: Drugs and HIV. Slide presentation*. June. Institute for Health Research, Chulalongkorn University. Bangkok.
- PNUD (2004). *Thailand's response to HIV/AIDS: progress and challenges*. Bangkok.
- Punpanich W et al. (2004). Thailand's response to the HIV epidemic: Yesterday, today and tomorrow. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):119-136.
- Reza-Paul SRP et al. (2005). *An integrated behavioral and biological study among female sex workers in Mysore, India*. Abstract no. MP-106. Documento presentado a la Decimosexta reunión biannual de la Sociedad Internacional de Investigación sobre Enfermedades de Transmisión Sexual, 10-13 de julio. Amsterdam.
- Riono P y Jazant S (2004). The current situation of the HIV/AIDS epidemic in Indonesia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):78-90.
- Saphonn V et al. (2005). Trends of HIV-1 seroincidence among HIV-1 sentinel surveillance groups in Cambodia, 1999-2002. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39(5):587-592.
- Shah SA, Altaf A, Mujeeb SA, y Memon A (2004). An outbreak of HIV infection among injection drug users in a small town in Pakistan: potential for national implications. *International Journal of STD & AIDS*, 15(3):209-210.
- Solomon S et al. (2004). A review of the HIV epidemic in India. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):155-169.
- Thwe M (2004). HIV/AIDS education and prevention in Myanmar. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):170-177.
- Toole M et al. (2005). *Study of young men's sexual behaviour: Vientiane, Lao People's Democratic Republic, August-November*. Burnet Institute.
- Van Griensven F et al. (2005). Evidence of a previously undocumented epidemic of HIV infection among men who have sex with men in Bangkok, Thailand. *AIDS*, 19(5):521-526.
- Wi T et al. (2002). *RTI/STD Prevalence in Selected Sites in the Philippines*. Manila, Department of Health and Family Health International.
- Yang H et al. (2005). Heterosexual transmission of HIV in China: A systematic review of behavioral studies in the past two decades. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(5):270-280. Mayo.
- Zhang K-L et al. (2004). Epidemiology of HIV and sexually transmitted infections in China. *Sexual Health*, 16:39-46.
- Zunyou W (2005). *Nationwide Scaling-up Harm Reduction – A Case Study from China*. Documento presentado al Séptimo Congreso Internacional sobre el SIDA en Asia y el Pacífico. 2 julio. Kobe.

EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL

- OMS/EURO et al. (2004). *Preliminary results of the 2nd generation surveillance and prevalence of HIV in Moldova in 2003*. OMS/EURO, Instituto Pasteur de San Petersburgo, Centro Nacional Científico-Práctico de Medicina Preventiva. República de Moldova.
- Aitken C et al. (2002). The impact of a police crackdown on a street drug scene: evidence from the street. *International Journal of Drug Policy*, 13:189-198.
- Armenian National AIDS Center (2005). HIV/AIDS epidemic in the Republic of Armenia. Fact sheet. Yerevan. Disponible en <http://www.arm aids.am>.
- Balakireva O et al. (2003). *The Prospects for Development of HIV Prevention Programmes among Injecting Drug Users*. UNICEF, ONUSIDA, Centro de Vigilancia Social. Kiev.
- Binagwaho A et al. (2005). *Epidemiological developments regarding HIV/AIDS in Rwanda: 2005*. Documento de información. CNLS, TRAC, ONUSIDA. Kigali.
- Blumenthal R et al. (1997). Impact of law enforcement on syringe exchange programmes: a look at Oakland and San Francisco. *Medical Anthropology*, 18:61-64.
- Bobrik A et al. (2005). Prison Health in Russia: The Larger Picture. *Journal of Public Health Policy*, 26:30-59.
- Booth RE et al. (2004). Predictors of Self-Reported HIV Infection Among Drug Injectors in Ukraine. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35(1):82-88.
- Centro de Letonia de Prevención del SIDA (2005). Statistics fact sheets. Riga. Disponible en <http://aids.gov.lv/?sadala=146>.
- Centro del SIDA de Kazajstán, 2005.
- Centro del SIDA de Lituania (2005). Fact sheets. Vilnius. Disponible en <http://old.aids.lt>
- Centro Federal de Rusia sobre el SIDA (2005).
- Centro Republicano de Kazajstán sobre el SIDA (2004). *Results of 2003 Sentinel Epidemiological Surveillance for HIV among Sex Workers in Kazakhstan*. Almaty, Centro Republicano de Kazajstán sobre el SIDA.
- Centro Republicano de Kazajstán sobre el SIDA (2001). *Behavioural Survey among Injecting Drug Users in Nine Cities of Kazakhstan*. Almaty, Centro Republicano de Kazajstán sobre el SIDA.
- Centro Ucranio del SIDA (2005a). HIV infection in Ukraine. *Information Bulletin*, 24. Kiev.
- Centro Ucranio del SIDA (2005b); *Epidemiological Surveillance of HIV-infection and Sexually-Transmitted Infections – as a Component of the System of Second Generation Epidemiological Surveillance of HIV-infection in Ukraine (Ukr.)*.
- Des Jarlais DC et al., (2002). HIV risk behaviour among participants of syringe exchange programmes in central/eastern Europe and Russia. *International Journal of Drug Policy*, 13:165-170.

- Dirección General de Protección de la Salud de Estonia (2005). HIV infections in Estonia fact sheet. Tallinn. Disponible en www.tervisekaitse.ee.
- Eroshina K et al. (2005a). Cohort study on the effectiveness of Russian needle exchange programs. Handbook of the 16th Conference on the reduction of drug related harm. Marzo. Belfast, Irlanda del Norte.
- EuroHIV (2005). *HIV/AIDS Surveillance in Europe: End-year report 2004*, No. 71. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice.
- Servicio Federal de Rusia de Protección de los Derechos del Consumidor y Bienestar Social, 2005.
- Field MG (2004). HIV and AIDS in the Former Soviet Bloc. *New England Journal of Medicine*, 315:117-120.
- Filatov A et al. (2002). Peculiarities of HIV infection among intravenous drug users in Minsk district, Yakut area. Cuarta Conferencia Europea sobre el SIDA, Vilnius, Lituania.
- Fundación FOCUS-MEDIA para la Salud Pública y el Desarrollo Social (2005). *Telephone survey carried out among Moscow residents aged 15-29 to investigate knowledge and beliefs and about HIV/AIDS and attitudes toward safe sex*. Marzo. Moscú.
- Gibson DR, Flynn NM, y Perales D (2001). Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV sero-conversion among injecting drug users. *AIDS*, 15:1329-1341.
- Grund, J-P et al. (2005). *QUO VADIS? Role of Injecting Drug Users in the Development of the Epidemic of HIV-Infection in Ukraine* (Rus.). Ukrainian AIDS Centre. Kiev.
- Grund J-P et al. (2001). Drug use patterns and HIV risk behaviours of Russian syringe exchange participants. Presentado a la Decimosegunda Conferencia Internacional sobre Reducción del Daño relacionado con las Drogas, Nueva Delhi.
- Human Rights Watch (2005). Positively abandoned: Stigma and discrimination against HIV-positive mothers and their children in Russia. July. Human Rights Watch. Nueva York. Disponible en <http://hrw.org/reports/2005/russia0605/>
- Lowndes, C. M. et al. (2002). *Female injection drug users who practice sex work in Togliatti City, Russian Federation: HIV prevalence and risk behaviour*. XI^{ve} Conferencia Internacional sobre el SIDA. Abstract MoPeC3501. Barcelona.
- Ministerio de Salud de Belarús (2005a). *HIV epidemic situation in the Republic of Belarus*. Enero. Ministerio de Salud. Minsk.
- Ministerio de Salud de Belarús (2005b). *Modern methods of HIV sentinel surveillance in the Republic of Belarus: Report on the results of studies*. Ministerio de Salud. Minsk.
- Ministerio de Salud de Ucrania (2005). *Ukraine: National Report on the follow-up to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS - Reporting Period: 2003-2004*.
- Molotilov V et al. (2003). Rapid increase in HIV rates—Orel Oblast, Russian Federation, 1999-2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 52:657-660.
- Oficina del Coordinador Residente de las Naciones Unidas y Ministerio de Asuntos Extranjeros de Kazajstán (2005). Millennium Development Goals in Kazakhstan—MDG 6: Combat HIV/AIDS and tuberculosis. Astana.
- ONUDD (2005). *Illicit Drug Trends in the Russian Federation 2004*. Oficina Regional de la ONUDD para Rusia y Belarús. Moscú.
- ONUSIDA/OMS (2005). *Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: An update on '3 by 5'*. ONUSIDA/OMS. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2005); OMS/Europe, Ukraine: estimations of treatment needs. Disponible en http://www.euro.who.int/aids/surveillance/20050419_1.
- Pokrovskiy V, Federal AIDS Centre (2005). HIV/AIDS in Russia. Presentation to HIV/AIDS in the Russian Federation and Ukraine workshop, Ginebra. Enero.
- Rhodes T y Simic M (2005). Transition and the HIV risk environment. *British Medical Journal*, 331:220-223.
- Rhodes T et al. (2004a). Injecting equipment sharing among injecting drug users in Togliatti City, Russian Federation. *Journal of Acquired Deficiency Syndromes*, 35(3):293-300.
- Rhodes T et al. (2004b). HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation. *International Journal of Drug Policy*, 15:1-16.
- Shakarishvili A et al. (2005). Sex work, drug use, HIV infection and spread of sexually transmitted infections in Moscow, Russian Federation. *The Lancet*, 366:57-60.
- Shaboltas AV, Verebochikin SV, Hoffman I, Raider R, Perbyu TZ, Kozlov, AP. (2004). 'Organisatsiya kogortnogo issledovaniya I otsenka zarazhennosti I zarazhaemosti VICH sredi in'ektsionnikh narkopotrebitel'ei vSankt-Peterburge. [Estudio de cohorte □
- Russkii Zhurnal 'VICH/SPID I rodstvennye problemi'. [Revista rusa: VIH/SIDA y problemas conexos], 8(1): 20-28.
- Smolenskaya TT et al. (2005). Sentinel Surveillance among Population Groups with Risk Behavior in North-West Russia. (Comunicación personal.)
- Todd CS et al. (2005). Human immunodeficiency virus (HIV) infection in female sex workers in Tashkent, Uzbekistan. Abstract MP-025. Documento presentado en la Decimosexta Reunión Bienal de la Sociedad Internacional de Investigación sobre Enfermedades de Transmisión Sexual. 10-13 de julio. Amsterdam.
- USAID y Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU. (1998). *HIV/AIDS strategy in Russia, 1998-2000*. USAID. Washington.
- Verebochkin SV et al. (2005). High prevalence of HIV infection among IDUs: No significant changes. Russkii Zhurnal. SPID, Rak I obshchestvennoe zdorov'ye, 9 (2). Presentado a la Decimocuarta Conferencia Internacional sobre SIDA, Cáncer y Salud Pública. 23-27 de mayo. San Petersburgo.

CARIBE

- Camara B y Zaidi I (2005). The future of the HIV/AIDS epidemic in the Caribbean. *CAREC Surveillance Report Supplement 1* (June).
- Camara B et al. (2003). The Caribbean HIV/AIDS epidemic epidemiological status / success stories: A summary. *CAREC Surveillance Report*, 23.
- CAREC/OPS y Maxi Linder Foundation (2005a). *An HIV seroprevalence and behavioral study among commercial sex workers (CSW) in Suriname*. CAREC/OPS. Paramaribo.
- CAREC/OPS y Maxi Linder Foundation (2005b). *An HIV seroprevalence and behavioral study among men who have sex with men (MSM) in Suriname*. CAREC/OPS. Paramaribo.
- Centro de Epidemiología del Caribe, OPS, OMS (2003). *Success stories in the fight against HIV/AIDS in the Caribbean—An update*. Puerto España, CAREC. Diciembre.
- Grupo de Expertos Técnicos del Caribe (2004). *Strengthening the Caribbean Regional Response to the HIV Epidemic: Report of the Caribbean Technical Expert Group Meeting on HIV Prevention and Gender*. Proyecto documento de trabajo. 28-29 de octubre. Jamaica.
- Del Prado R. et al. (1998). *AIDS and Behavior Change. A population survey, A KAPB survey and an HIV seroprevalence study in Paramaribo, Suriname*. Paramaribo.
- Departamento de Salud Pública de Bahamas (2004). *HIV Surveillance 1992-2003*. Nassau, Departamento de Salud Pública.
- Duke V et al. (2004). Seroprevalence of HIV, HSV-1 and HSV-2 among women in Tobago: A cord blood-based survey. *CAREC Surveillance Report*, 24(3). Noviembre.
- Gaillard EM et al. (2004a). *Le VIH/SIDA en Haïti: Une raison d'espérer*. Diciembre. Policy Project.
- Gaillard EM et al. (2004b). Evidence for changes in sexual behavior and HIV incidence in Haiti. Slide presentation. 15-17 de noviembre. ONUSIDA/OMS/UNICEF. Harare.
- Inciardi JA, Syvertsen JL, y Surratt HL (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17(Supplement 1):S9-S25.
- Kumar A y Singh B (2004). Impact of the AIDS Prevention Program on trends in prevalence and incidence of HIV infection among pregnant women in Barbados. Decimoquinta Conferencia Internacional sobre el SIDA. Resumen ThPeC2782. Bangkok. 11-16 de julio.
- Ministerio de Salud Pública y Población de Haití et al. (2004). *Etude de sérosurveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de l'hépatite C chez les femmes enceintes en Haïti 2003/2004*. Port-au-Prince, Ministerio de Salud Pública y Población. Julio.
- Ministerio de Salud de Jamaica (2004). *Jamaica HIV Sentinel Surveillance Serosurvey Report, 2004*. Division of Health Promotion and Protection, Ministerio de Salud. Jamaica.
- OPS (2005). Care fact sheets. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, EE.UU.
- ONUSIDA/OMS (2004). *Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2004*. ONUSIDA/OMS. Ginebra.
- Palmer CJ et al. (2002). HIV Prevalence in a Gold Mining Camp in the Amazon Region, Guyana. *Emerging Infectious Diseases*, 8(3). Marzo. Disponible en <http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol8no3/01-0261.htm>.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana (2005a). *Encuestas de Seroprevalencia de la Infección VIH Basadas en Puestos Centinelas 2004*. Marzo. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, USAID-FHI/CONECTA. Santo Domingo.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana (2005b). *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/ SIDA/ ITS en RSX y HSH del Área V de Salud*. Janvier. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Santo Domingo.
- St John MA et al., (2003). Efficacy of Nevirapine Administration on Mother-to-Child Transmission of HIV using a modified HIVNET 012 regimen. *West Indian Medical Journal*, 51 (Suppl 3):1-87.
- Susman E (2003). US could learn from Cuban AIDS policy. *AIDS*, 17:N7-8.
- Toro-Alfonso J y Varas- Díaz N (2004). *Vulnerabilidad y Riesgo de los HSH en la República Dominicana 2004*. FHI/ CONECTA. Santo Domingo.
- Vigilancia de la Pandemia de SIDA (2003). *HIV infection and AIDS in the America*. MAP. La Habana, Cuba.
- Weiss HA et al. (2001). The epidemiology of HSV-2 infection in four urban African populations *AIDS*, (15)Supp 4:S97-108.

AMÉRICA LATINA

- Bautista CT et al. (2004). Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among South American men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, 80:498-504.
- Carcamo C (2004). Informe de la consultoría sobre vigilancia epidemiológica en Bolivia. Documento de información. La Paz.
- CENSIDA (2003). Data from the National AIDS Cases Registry in Mexico. Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA. México; citado en Magis-Rodríguez (2004).
- Chequer P (2005). Apresentação (Presentación oral a la Conferencia de Rio sobre Patogénesis). *Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Ano I - No. 01-26 de 2004 – semanas epidemiológicas. Janeiro a junho 2004*. Marzo. Ministerio de Salud del Brasil. Brasília.

- Comisión Nacional del SIDA de Chile (2003). *Epidemiological Surveillance Report, December 2003*. CONASIDA. Santiago.
- García R (2005). Reducir la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH/Sida: Campaña mundial, prioridad nacional. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4(8). (En preparación.)
- García R et al. (2005). Reduction of mother-to-child transmission of HIV in Colombia: Two years of national experience, 2003-2005. (Presentado para publicación.)
- Guanira J et al. (2004). Second generation of HIV surveillance among men who have sex with men in Peru during 2002. Decimoquinta Conferencia Internacional sobre el SIDA. Resumen WePeC6162. Bangkok. 11-16 de julio.
- Khalsa JH, Francis H, y Mazin R (2003). Bloodborne and Sexually Transmitted Infections in Drug Abusers in the United States, Latin America, the Caribbean and Spain. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl 5):S331-7.
- Lambert M-L et al. (2005). Street youths are the only high-risk group for HIV in a low-prevalence South American country. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(4):240-242.
- Magis C et al. (2000). *La respuesta mexicana al SIDA: mejores prácticas*. Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA. Serie Ángulos del SIDA. México.
- Magis-Rodríguez C et al. (2004). Migration and AIDS in Mexico: An overview based on recent evidence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37(Supplement 4):S215-S226.
- Magis-Rodríguez C et al. (2002). People living with HIV estimate in Mexico. Decimocuarta Conferencia Internacional sobre el SIDA. Resumen C10846. Barcelona. 7-12 de julio.
- Magis-Rodríguez C et al. (1997). Estudio sobre prácticas de riesgo de infección por VIH/SIDA en inyectores de drogas de la Cd. De Tijuana. *BC Revista Salud Fronteriza*, 2:31-14
- Marins JRP et al. (2003). Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*, 17(11):1675-1682.
- Mejía A et al. (2002). HIV-1, syphilis and hepatitis B virus prevalence and risk factors among commercial sex workers, Bogota, Colombia, 2002. Decimoquinta Conferencia Internacional sobre el SIDA. Resumen WePeC6251. Bangkok. 11-16 de julio.
- Minichielloa SN, Uribe CMP, Anaya L, y Bertozzia S (2002). The Mexican HIV/AIDS Surveillance System: 1986-2001. *AIDS*, 16(suppl 3):S13-17.
- Ministerio de Salud de la Argentina (2004). *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*. Ministerio de Salud. Octubre. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud del Ecuador (2005). *Epidemiología del virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el Ecuador*. Junio. Quito.
- Ministerio de Salud del Perú (2005). *Informe de vigilancia centinela*. Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Epidemiología. Lima.
- Ministerio de Salud del Perú (2004). *Redes de intercambio sexual en la dinámica de transmisión poblacional del VIH según niveles de la epidemia*. Ministerio de Salud. Lima.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, Programa nacional contra el VIH/IST. Asociación "Entre Amigos", San Salvador, El Salvador (2003). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres en El Salvador*.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Programme national de lutte contre le VIH/SIDA/IST, Organización de Apoyo a una Sexualidad Integral frente al SIDA (OASIS) Asociación de Salud Integral (ASI) Ciudad de Guatemala, Guatemala (2003). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Hombres que tienen sexo con otros hombres en Guatemala (EMC)*.
- Ministerio de Salud y OPS/OMS Bolivia (2003). *Document on the characterization of the HIV/AIDS epidemic in Bolivia*. (Inédito.)
- Ministerio de Salud del Brasil (2005). *Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Ano I - No. 01-26 de 2004 – semanas epidemiológicas. Janeiro a junho 2004*. Marco. Ministerio de Salud. Brasília.
- Montano SM et al. (2005). Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in South America. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40(1):57-64.
- ONUSIDA (2004). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004*. ONUSIDA. Ginebra.
- ONUSIDA/OMS (2004). *Epidemiological Fact Sheet: Various (2004 update)*. ONUSIDA/OMS. Ginebra. Disponible en <http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/pubfacts/en/>
- ONUSIDA/OMS (2003). *Situación de la epidemia de SIDA 2003*. Ginebra, ONUSIDA/OMS.
- OPS (2005). Care fact sheets. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, EE.UU.
- Osimani ML (2003). The Challenge of Implementation of Preventive Programs in a Developing Country: Experiences, Situations and Perspectives in Uruguay. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl 5):S422-6.
- Pando de los A et al. (2003). HIV immunodeficiency virus type 1 seroprevalence in men who have sex with men from Buenos Aires, Argentina: risk factors for infection. *International Journal of Epidemiology*, 32:735-740.
- Prieto F, Osorio A, y De Neira M (2004). Prevalencia de VIH en Población General Colombia 2003: VI Estudio Nacional Centinela de VIH 2003-2004. Primera Fase. *Información Quincenal Epidemiológica Nacional* (Colombia), 9(23-24):362-376.
- Prieto F (2003). Veinte años del VIH en Colombia, 1983-2003. Datos de la vigilancia epidemiológica. *Información Quincenal Epidemiológica Nacional* (Colombia), 8(22):355-366. Bogotá.
- Programa Nacional del SIDA del Paraguay (2005). *Epidemiological Surveillance Report*. Abril. Ministerio de Salud. Asunción.
- Programa Nacional del SIDA del Uruguay (2005). *Epidemiological Surveillance Report*. Abril. Ministerio de Salud. Montevideo.

Secretaría de Salud de Honduras (2003). Estudio Multicéntrico Centroamericano de prevalencia de HIV/ITS y Comportamientos en Poblaciones específicas en Honduras. Enero. Departamento de ITS/VIH/SIDA. Tegucigalpa.

Segura M et. al. (2005). *Cohort of Men who have Sex with Men: recruitment, retention and seroincidence of HIV and other sexually-transmitted infections*. Presentación en la Conferencia del IAS sobre Patogénesis 2005. Rio de Janeiro, Julio de 2005.

Weissenbacher M et al. (2003). AIDS National Center of Reference, Argentina. High Seroprevalence of Bloodborne Viruses among Street – Recruited Injection Drug Users from Buenos Aires, Argentina. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl 5): S348-52

AMÉRICA DEL NORTE, EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL

Asociación Médica Británica (2005). Sexually transmitted infections (STI): An update. Fact sheet. Enero. Disponible en <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/STIupd05~UK>.

Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (2005). HIV prevalence, unrecognized infection, and HIV testing among men who have sex with men—five U.S. cities, June 2004–April 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54(24):597-601.

Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (2004a). *HIV/AIDS Surveillance Report*, 15. Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Atlanta, EE.UU. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/stats/hasrlink.htm>

Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (2004b). HIV/AIDS Among African Americans. Fact Sheet. Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Atlanta, EE.UU. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/afam.htm>

Centro Nacional de Polonia sobre el SIDA (2005). *HIV and AIDS in Poland: From the beginning of the epidemic in 1985 till the end of 2004*. Presentación audiovisual. Varsovia.

De la Fuente L et al. (2003). Lessons from the history of the human immunodeficiency virus / acquired immunodeficiency syndrome epidemic among Spanish drug injectors. *Clinical Infectious Diseases*, 37(suppl 5):S410-5.

Dodds JP (2005). *HIV prevalence and sexual behaviour in community samples of men who have sex with men in Brighton, Manchester and London*. Resumen no. MP-100. Documento presentado a la Decimosexta Reunión Bienal de la Sociedad Internacional de Investigación sobre Enfermedades de Transmisión Sexual. 10-13 de julio. Amsterdam.

Dougan S et al. (2005). HIV infections acquired through heterosexual intercourse in the United Kingdom: findings from national surveillance. *British Medical Journal*, 330:1304-1305. 4 de junio.

Elford J et al. (2005a). *Unsafe sex among MSM living in London: still increasing?* Abstract no. MP-096. Documento presentado a la Decimosexta Reunión Bienal de la Sociedad Internacional de Investigación sobre Enfermedades de Transmisión Sexual. 10-13 de julio. Amsterdam.

Elford J et al. (2005b). *Does the recent increase in new HIV diagnoses among men who have sex with men in the United Kingdom reflect a rise in HIV incidence?* Abstract no. MP-039. Documento presentado a la Decimosexta Reunión Bienal de la Sociedad Internacional de Investigación sobre Enfermedades de Transmisión Sexual. 10-13 de julio. Amsterdam.

Elford J et al. (2004). Trends in sexual behaviour among London homosexual men 1998-2003: implications for HIV prevention and sexual health promotion. *Sexually Transmitted Infections*, 80:451-454.

EuroHIV (2005). *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004* (No 71). Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice.

Gambotti L y Grupo colaborador sobre la hepatitis aguda C (2005). Acute hepatitis C infection in HIV positive men who have sex with men in Paris, France, 2001-2004. *Eurosurveillance*, 10(4-6), abril-junio.

Giuliani M et al. (2005). Increased HIV incidence among men who have sex with men in Rome. *AIDS*, 19(13):1429-1431.

Glynn M, Rhodes P (2005). *Estimated HIV prevalence in the United States at the end of 2003*. Resumen No. 595. Conferencia Nacional de Prevención del VIH. Junio. Atlanta, EE.UU.

Grupo de Colaboración del Reino Unido sobre Vigilancia del VIH y las ITS (2004). *Focus on Prevention. HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom in 2003*. Noviembre. Health Protection Agency Centre for Infections. Londres.

Hamers FF y Downs AM (2004). The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet*, 364:83-94.

Instituto Robert Koch (2005). HIV-Infektionen/AIDS: Halbjahresbericht I/2005. *Epidemiologisches Bulletin*, 30. Septiembre. Disponible en <http://www.rki.de/>

Leone P et al. (2005). HIV transmission among black women – North Carolina, 2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54(4):89-94. 4 February. Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5404a2.htm>.

Lot F et al. (2004). Preliminary results from the new HIV surveillance system in France. *Eurosurveillance*, 9(4).

McKnight CA (2005). Update: Syringe exchange programs, United States, 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54(27):673-676. 15 de julio. Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5427a1.htm>.

McMahon et al. (2004). Increased sexual risk behaviour and high HIV sero-incidence among drug-using low-income women with primary heterosexual partners. Documento presentado a la Decimoquinta Conferencia Internacional sobre el SIDA. Resumen TuOrD1220. Bangkok. 11-16 de julio.

McQuillan G, Kottiri B, y Kruszon-Moran D (2005). The Prevalence of HIV in the United States Household Population: The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1988-2002. Resumen 166LB. Decimosegunda Conferencia Internacional sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, 22-25 de febrero. Boston, EE.UU.

- Mazick A et al. (2005). Hepatitis A outbreak among MSM linked to casual sex and gay saunas in Copenhagen, Denmark. *Eurosurveillance*, 10(4-6), abril-junio.
- Montgomery JP et al. (2003). The extent of bisexual behaviour in HIV-infected men and implications for transmission to their female sex partners. *AIDS Care*, 15:829-837.
- Murphy G et al. (2004). HIV incidence appears constant in men who have sex with men despite widespread use of effective antiretroviral therapy. *AIDS*, 18(2):265-272.
- Organismo de Salud Pública del Canadá (2005). *Le VIH et le sida au Canada: Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2004*. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Organismo de Salud Pública del Canadá. Ottawa. Disponible en <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/aids-sida/haic-vsac1204/index.html>
- Prabhu R et al. (2004). The bisexual bridge revisited: sexual risk behaviour among men who have sex with men and women, San Francisco, 1998-2003. *AIDS*, 18(11):1604-1606.
- Valleroy LA et al. (2004). The bridge for HIV transmission to women from 15- to 29-year-old men who have sex with men in 7 US cities. Decimoquinta Conferencia Internacional sobre el SIDA. Resumen ThOrC1367. Bangkok. 11-16 de julio.
- Vall Mayns M et al. (2004). Outbreaks of infectious syphilis and other STIs in men who have sex with men in Barcelona, 2002-2003. *Eurosurveillance*, 9(4):60.
- Van de Laar M y Op de Coul ELM (2004). Increase in STIs in the Netherlands slowed in 2003. *Eurosurveillance*, 9(4).
- Walensky RP et al. (2005). 2 Million years of lives saved: The survival benefits of AIDS therapy in the United States. Resumen 143LB. Presentado a la Decimosegunda Conferencia Internacional sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, 22-25 de febrero. Boston, MA, EE.UU.

ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE

- Abdulrahman A et al. (2004). Mode of transmission of HIV-1 in Saudi Arabia. *AIDS*, 18(10):1478-1480.
- El-Rahman A (2004). Risky behaviours for HIV/AIDS infection among a sample of homosexuals in Cairo city, Egypt. Decimoquinta Conferencia Internacional sobre el SIDA. Resumen WePeC6146. Bangkok. 11-16 de julio.
- Fares E et al. (2004). Epidemiological surveillance of HIV/AIDS in Algeria, North Africa, based on the sentinel sero-surveillance survey. Decimoquinta Conferencia Internacional sobre el SIDA. Resumen C10572. Bangkok. 11-16 de julio.
- Instituto de Formación Paramédica de Parnet (2004). Rapport de la réunion d'évaluation à mi-parcours de l'enquête de séro-surveillance du VIH. 9 de junio.
- Jenkins C et Robalino D (2003). *HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: The cost of Inaction*. Banco Mundial. Washington.
- Ministerio de Salud del Sudán (2005). *Annual report*. Unidad Nacional de Vigilancia del VIH/SIDA del Sudán. Jartum.
- ONUSIDA/OMS (2004). *Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2004*. Ginebra
- OMS/EMRO (2005). *Progress Report on HIV/AIDS and '3 by 5'*. Julio. OMS, El Cairo.
- Programa Nacional de Control del SIDA del Sudán (2004a). *Antenatal situation analysis & behavioral survey: results and discussions*. Jartum.
- Programa Nacional de Control del SIDA del Sudán (2004b). *Sex sellers situation analysis & behavioral survey: results and discussions*. Jartum.
- Programa Nacional de Control del SIDA del Sudán (2004c). *Internally Displaced People situation analysis & behavioral survey: results and discussions*. Jartum.
- Programa Nacional de Control del SIDA del Sudán (2004d). *University Students situation analysis & behavioral survey: results and discussions*. Jartum.
- Razzaghi E et al. (1999). *Rapid Situation Assessment of Drug Abuse in Iran*. Ministerio de Salud de et Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues. Teheran; citado en Zamani S et al. (2005).
- Sammud A (2005). *HIV in Libya*. Agosto. Ministerio de Salud. Tripoli.
- Zamani S et al. (2005). Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran. *AIDS*, 19:709-716.

OCEANÍA

- Ministerio de Salud de Nueva Zelanda (2005). *AIDS-New Zealand* (Issue 55). Febrero.
- Departamento Nacional de Salud y Consejo Nacional del SIDA de Papua Nueva Guinea (2004). *The report of the 2004 national consensus workshop of Papua New Guinea*. Port Moresby.
- Centro Nacional de Australia de Investigación Clínica y Epidemiología del VIH (2005). *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia: Annual Surveillance Report 2005*. Centro Nacional de Australia de Investigación Clínica y Epidemiología del VIH. Sydney. Disponible en <http://www.med.unsw.edu.au/ncheccr>.
- Pisani E y Dili STI survey team (2004). *HIV, STIs and risk behaviour in East Timor: an historic opportunity for effective action*. Family Health International. Dili, Timor Oriental.
- Secretaría de la Comunidad del Pacífico, AIDS Section (2005). *Spread of HIV in the Pacific region—1984 to 2004*. Documento de información. Junio.
- Sullivan EA et al. (2004). HIV, Hepatitis B and other sexually transmitted infections and associated risk behaviours in Pacific-island seafarers, Kiribati. Decimoquinta Conferencia Internacional sobre el SIDA. Resumen ThP2C735. Bangkok. 11-16 de julio.

Nota explicativa sobre las estimaciones del ONUSIDA/OMS

Las estimaciones del ONUSIDA/OMS presentadas en el presente documento, que son provisionales, están basadas en los datos más recientes disponibles sobre la propagación del VIH en los países de todo el mundo. El ONUSIDA y la OMS, juntamente con expertos de los programas nacionales del SIDA y con instituciones de investigación, revisa y actualiza periódicamente las estimaciones a medida que están disponibles nuevos datos sobre la epidemia, valiéndose también de los progresos realizados en los métodos para obtenerlas. Debido a esos progresos y a los que se alcancen en el futuro, las nuevas estimaciones no se pueden comparar directamente con las publicadas en años anteriores ni con las que puedan publicarse subsiguientemente.

Las estimaciones y los datos facilitados en los mapas y cuadros se dan en números redondeados. No obstante, para calcular las tasas y los totales regionales se utilizaron cifras sin redondear, de modo que pueden haber pequeñas discrepancias entre los totales mundiales y la suma de las cifras regionales.

El ONUSIDA y la OMS continuarán trabajando con los países, las organizaciones asociadas y los expertos para mejorar la recopilación de datos. Esos esfuerzos harán posible que las mejores estimaciones posibles estén a disposición para asistir a los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y otros organismos en la medida del estado de la epidemia y la vigilancia de la eficacia de sus destacados esfuerzos de prevención y atención.

La ***Situación de la epidemia de SIDA*** informa anualmente de la evolución de la epidemia. La edición correspondiente a 2005, acompañada de mapas y resúmenes regionales, proporciona las estimaciones más recientes del alcance de la epidemia y de la mortalidad que causa, examina las nuevas tendencias en su evolución y presenta una sección especial sobre la prevención del VIH.



www.unaids.org

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Ginebra 27 – Suiza
Teléfono: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87
Dirección electrónica: unaids@unaids.org Internet: <http://www.unaids.org>