

BOLETIN DE TEMAS DE SALUD

de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires

Suplemento del Diario del Mundo Hospitalario

Año 11 N° 104 Noviembre de 2004
COORDINACION: COMITE EDITORIAL

INDICE

[Desigualdad y VIH, un problema de salud pública](#)

[El sida, su impacto sobre personas y sociedades](#)

[Prevención y tratamiento antirretrovírico, las claves](#)

[La situación en América Latina](#)



INFORME MUNDIAL SOBRE SIDA

DESIGUALDAD Y VIH, UN DESAFIO DE SALUD PUBLICA

En el marco de la realización bienal de la Conferencia Internacional sobre el Sida, que se llevó a cabo del 11 al 16 de julio en Bangkok (Tailandia), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) presentó el informe mundial que compendia cada dos años los conocimientos sobre el estado de la epidemia. Como primera conclusión preocupante se señala que en muchos de países de África subsahariana, las tasas de infección continúan creciendo. Sólo en 2003, tres millones de personas se infectaron en la región. Más alarmante aún es el hecho de que la epidemia avanza en otras regiones, en particular Europa oriental y Asia.

En el prólogo del trabajo, Peter Piot, director ejecutivo de ONUSIDA, señala: "El sida es la

epidemia más globalizada de la historia, y estamos siendo testigos de su progresiva feminización. Cada año el número de mujeres infectadas va en aumento. En todo el mundo, cerca de la mitad de todas las personas infectadas de 15 a 49 años de edad son mujeres. En África esta proporción está alcanzando el 60%. Como consecuencia de las desigualdades por razón de sexo, las mujeres que viven con el VIH o con sida sufren generalmente mayor estigma y discriminación". Además, las mujeres y las niñas soportan también la carga de la epidemia de otras formas: son quienes se ocupan principalmente de las personas enfermas y tienen más posibilidades de perder el empleo, los ingresos y la escolarización, incluso hasta de perder su hogar y otros bienes cuando se quedan viudas. La epidemia también está afectando desproporcionadamente a los jóvenes de 15–24 años que representan la mitad de los nuevos infectados en el mundo; más de 6.000 jóvenes contraen el virus cada día. Esta tendencia es especialmente alarmante porque se trata de la generación de jóvenes más numerosa de la historia. Por eso, el informe hace especial hincapié en los planes de acción especialmente dirigidos a los grupos vulnerables. Más de 19.000 profesionales de la salud, investigadores y científicos participaron de la última Conferencia Internacional sobre sida, este año la reunión se hizo bajo el lema Acceso para todos, en relación a la disponibilidad de las terapias, que hoy son inaccesibles para la mayoría de los enfermos. Desde 1981, el sida ha causado la muerte de veinte millones de personas y los infectados llegan a 38,5 millones. Sin embargo, ninguna otra enfermedad infecciosa ha sido estudiada con tanta intensidad. El informe señala: "La transmisión del VIH no es un fenómeno que se produce al azar; la propagación del virus está profundamente influida por el entorno social, económico y político. Cuando las personas viven en condiciones de adversidad, como la pobreza, opresión, discriminación y analfabetismo, son especialmente vulnerables a infectarse por el VIH". La prevención debe centrarse en el comportamiento individual de riesgo y en los factores estructurales amplios que subyacen a la exposición al VIH. La vulnerabilidad, el riesgo y el impacto del sida coexisten en un círculo vicioso: la vulnerabilidad puede reducirse ofreciendo a los jóvenes escolarización, fomentando entornos familiares protectores, ampliando el acceso a los servicios de salud y dando apoyo a la población general. Abordar la vulnerabilidad a nivel estructural implica reformar las leyes y políticas discriminatorias, vigilar las prácticas y proporcionar protección jurídica a las personas que viven con el VIH. En esta edición del Boletín de Temas de Salud, presentamos fragmentos de los pasajes más destacados de este trabajo.

[volver](#)

EL SIDA, SU IMPACTO SOBRE PERSONAS Y SOCIEDADES

La epidemia está socavando el desarrollo humano. En los países más afectados tiene un fuerte impacto sobre los sectores económico, social y sanitario, y ha reducido la esperanza de vida en más de dos decenios

Tanto en contextos de alta como de baja prevalencia, el VIH y el sida están socavando el desarrollo humano. Por consiguiente, es necesario examinar la dinámica de la epidemia desde una perspectiva del desarrollo humano. Esto significa enfocar el análisis y las recomendaciones de políticas en las personas más que en el virus. En el ámbito mundial, la epidemia sigue actuando como un arma devastadora para los individuos y las familias. En los países más afectados está erosionando décadas de progreso económico, social y sanitario, y ha reducido la esperanza de vida en más de dos decenios, ha frenado el crecimiento económico, ha agudizado la pobreza y ha favorecido y exacerbado la escasez crónica de alimentos. Entre otras áreas, el informe señala algunas en las que el impacto de la enfermedad es determinante.

EL IMPACTO SOBRE LA POBLACIÓN Y LA ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA

África Subsahariana tiene la prevalencia del VIH más elevada del mundo y se enfrenta a su mayor impacto demográfico. En los países más afectados de África oriental y meridional, la probabilidad de que un adolescente de quince años fallezca antes de alcanzar la edad de sesenta años ha aumentado de forma impresionante. En algunos países, hasta el 60% de

los jóvenes que ahora tienen quince años no cumplirán su sexagésimo aniversario (Timaeus y Jassen, 2003).

El impacto del VIH sobre la mortalidad en adultos alcanza su cota máxima entre los veinte y los treinta años, y proporcionalmente es mayor en las mujeres que en los varones. En los países de ingresos bajos y medianos, las tasas de mortalidad de las personas de 15-49 años que viven con el VIH son actualmente veinte veces mayores que las de las personas con el VIH en los países industrializados. Esto guarda relación con las diferencias abismales que existen en el acceso a la terapia antirretrovírica. En los países de ingresos bajos y medianos, la mortalidad varía generalmente entre dos y cinco defunciones por 1.000 personas-año entre los individuos en la segunda y tercera décadas de vida. Sin embargo, las personas infectadas por el VIH en esos grupos de edad, presentan tasas de mortalidad de 25-120 por 1.000 personas-año, que llegan hasta 90-200 por 1.000 personas-año entre los individuos de 40-50 años (Porter y Zaba, 2004).

Hasta hace poco, los países de ingresos bajos y medianos habían prolongado en forma significativa su esperanza de vida. No obstante desde 1999, como consecuencia principalmente del sida, la esperanza de vida promedio ha descendido en 38 países. A menos que la respuesta al sida se refuerce drásticamente, en 2025, 38 países africanos tendrán poblaciones un 14% menores de lo previsible en ausencia del sida. En los siete países donde la prevalencia supera el 20%, las proyecciones indican que la población será más de un tercio menor a causa de la epidemia (División de Población de las Naciones Unidas, 2003).

El VIH no se distribuye por igual entre las poblaciones nacionales. Muy al contrario, afecta principalmente a los jóvenes, y en particular a las mujeres. Esto significa que la epidemia está alterando profundamente las estructuras familiares y demográficas de los países más afectados. En condiciones normales, las poblaciones nacionales pueden describirse gráficamente como una pirámide. A medida que madura la epidemia en los países de alta prevalencia, aparecen nuevas tendencias. Por ejemplo, si la epidemia de Sudáfrica sigue el curso actual, la estructura de su población se distorsionará: habrá muchas menos personas en la edad adulta media, y menos mujeres que varones de 30-50 años.

EL IMPACTO DEL SIDA SOBRE LA POBREZA Y EL HAMBRE

En el ámbito nacional, los efectos económicos y demográficos de la epidemia han recibido una atención sustancial por parte de los medios de comunicación y el mundo académico. No obstante, el impacto a menudo catastrófico de la epidemia sobre los hogares afectados por el VIH merece un mayor esfuerzo de análisis y política. En algunos de los países más afectados, antes incluso de que la epidemia de sida empezara a mostrar su impacto, los niveles de vida de los pobres ya se estaban deteriorando notablemente. La epidemia conduce esos hogares hasta el extremo de la miseria.

La naturaleza y gravedad del VIH en un hogar dependen del alcance e intensidad de la epidemia circundante. En el momento actual, los hogares de África subsahariana son los más afectados por el sida. Pero la epidemia no discrimina.

Durante los últimos 10-15 años, muchos de los servicios sociales de los países más afectados han cerrado sus puertas o han pasado a ser menos accesibles, los niveles de ingresos y de empleo formal se han desplomado, y las guerras y las migraciones masivas de población han desbaratado la estabilidad social. En toda África subsahariana, aparte del sida, están aumentando otras enfermedades potencialmente mortales como la tuberculosis y el paludismo. En este contexto de deterioro progresivo, los hogares y comunidades pobres luchan con todas sus fuerzas para afrontar la epidemia (Mutangadura, 2000).

INSEGURIDAD ALIMENTARIA

Entre 1999 y 2001, la desnutrición afectó a 842 millones de personas en todo el mundo, el 95% de ellas en países de ingresos bajos y medianos. África sub-sahariana acoge al 11% de la población mundial y el 24% de las personas desnutridas. Esto significa que la epidemia se está propagando en un contexto dominado por la malnutrición crónica y la inseguridad alimentaria. En realidad, el sida está intensificando la escasez crónica de alimentos. La epidemia causa la pérdida de mano de obra agrícola y agota los ingresos de familias que en una situación normal, podrían adquirir alimentos.

En los países con una alta prevalencia del VIH se ha creado un círculo vicioso entre escasez de alimentos, malnutrición y sida (FAO, 2001). La inseguridad alimentaria es especialmente perjudicial para las personas que viven con el VIH, ya que esas personas necesitan más calorías que los individuos no infectados. Además, las personas malnutridas e infectadas por el VIH progresan con mayor rapidez hacia el sida (Harvey, 2003). Los

programas generales de seguridad alimentaria y nutrición deben incorporar medidas específicas de prevención del VIH, asistencia nutricional y mitigación del sida (FAO, 2003).

IMPACTO SOBRE EL SECTOR SANITARIO

Las estrategias eficaces para afrontar el sida necesitan sistemas sanitarios sólidos y flexibles. Sin embargo, la epidemia irrumpió cuando muchos países estaban reduciendo el gasto en servicios públicos para rembolsar la deuda y adecuarse a los requisitos de las instituciones financieras internacionales. Aparte de esto, la epidemia ha contribuido por sí misma al deterioro rápido del sector sanitario, al incrementar las cargas sobre sistemas ya saturados y privar progresivamente de profesionales sanitarios esenciales a los países. Las pérdidas de personal y el absentismo a causa de las enfermedades y defunciones significan que los sectores sanitarios deben seleccionar y formar a más personal. Al mismo tiempo, un gran número de trabajadores no infectados está experimentando desmoralización y agotamiento psicológico.

En los países africanos, los estudios estiman que el sida causa entre el 19% y el 53% de todos los fallecimientos entre empleados gubernamentales del sector de salud (Tawfik y Kinoti, 2001). Por ejemplo, en Malawi y Zambia se han multiplicado de cinco a seis veces las tasas de morbilidad y mortalidad entre los trabajadores sanitarios (PNUD, 2001). De hecho, la epidemia está desbordando rápidamente el crecimiento en la disponibilidad de trabajadores del sector de salud (Liese y col., 2003). Y esto se produce en un momento en el que la necesidad de servicios sanitarios está aumentando de aceleradamente en los países más afectados de la región.

Los trabajadores sanitarios deben ser sensibles a los efectos del sida, de forma que puedan proporcionar una asistencia no estigmatizadora. Pero el sida también afecta negativamente a la calidad del cuidado de los pacientes no infectados, ya que los sectores sanitarios sobresaturados tienden a adoptar un enfoque de "selección" que resta importancia al cuidado de los pacientes con procesos menos graves que el sida (USAID, 2001).

IMPACTO SOBRE LOS TRABAJADORES Y EL LUGAR DE TRABAJO

El sida amenaza la seguridad económica y el desarrollo porque afecta principalmente a la población en edad laboral. Esto tiene implicaciones para la supervivencia de las comunidades y empresas, así como para el mantenimiento a largo plazo de la capacidad productiva. La epidemia erosiona el crecimiento económico a través de su impacto sobre la disponibilidad de mano de obra y la productividad, las tasas de ahorro y el suministro de servicios esenciales. Las personas que viven con el VIH pierden su trabajo, sus ingresos y sus ahorros. En consecuencia, consumen e invierten menos. Los puestos de trabajo -granjas, fábricas, tenderetes de mercado u oficinas gubernamentales- se vuelven menos productivos o incluso se colapsan, con lo que se reducen la producción, los beneficios, los ingresos fiscales y la inversión.

En los países muy afectados es probable que el sida reduzca el ritmo de crecimiento de la fuerza laboral. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) proyecta que en 2020, la fuerza laboral de 38 países (todos excepto cuatro en África) será entre un 5% y un 35% menor de la que hubiera sido en ausencia del sida. La epidemia también afecta a la calidad de la mano de obra, ya que los trabajadores con sida son sustituidos por hombres y mujeres más jóvenes y menos experimentados. Al mismo tiempo, la pérdida de maestros y capacitadores determina que las futuras generaciones tengan niveles más bajos de calificación (Lisk, 2002). Según las estimaciones del Departamento de Trabajo de Sudáfrica, en 2010 el 3% de la fuerza laboral del país (o sea, unos 500.000 trabajadores) podrían encontrarse en las etapas terminales del sida, lo que supone un incremento de tres veces respecto a la estimación de 2001.

DESAFIOS PARA EL FUTURO

- Reducir la brecha de prevención. En 2004 tienen acceso a servicios preventivos del VIH, menos del 20% de las personas que los necesitan. Sin una prevención integral y eficaz para todos, las cifras de personas que viven con el VIH seguirán incrementándose, con efectos desastrosos a corto y a largo plazo.

- Asegurar que la prevención sea integral y englobe una diversidad de intervenciones eficaces, ya que ningún elemento es suficiente por sí solo. La consecución de las estrategias y actividades más satisfactorias dependerá de la etapa y la naturaleza de la epidemia en cada país, las necesidades de las diferentes poblaciones en riesgo y la participación de las personas que viven con el VIH.

- Integrar plenamente el conjunto de actividades de prevención en la iniciativa tres millones para 2005 y otros programas de ampliación de la terapia antirretrovírica, utilizando los contextos clínicos para animar tanto a las personas VIH-positivas como a las VIH-negativas a adoptar comportamientos más seguros.
 - Abordar eficazmente todos los factores de vulnerabilidad que impulsan la epidemia, como las injusticias sociales, las desigualdades por razón de sexo, la privación de derechos humanos, la exclusión social de los grupos marginados y la falta de participación de los jóvenes en la toma de decisiones relativas al sida.
 - Eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el sida mediante marcos jurídicos eficaces y protegiendo los derechos de todos los individuos.
 - Acelerar el desarrollo, financiación y accesibilidad de vacunas y microbici-das eficaces para el VIH.
- Revisar los programas de prevención en los países de ingresos altos para reducir la creciente fatiga de prevención y evitar el resurgimiento de la epidemia.

RECURSOS Y FINANCIACION

Se han hecho progresos importantes para captar fondos adicionales, pero el gasto mundial en sida en 2003 no llegó a la mitad de lo que se necesitará en 2005, y sólo una cuarta parte de la cantidad necesaria para 2007.

PERSONAS INFECTADAS CON VIH (2003)

Total: 37,8 millones
Adultos: 35,7 millones
Mujeres: 17 millones
Menores de 15 años: 2,1 millones

NUEVAS INFECCIONES POR VIH (2003)

Total: 4,8 millones
Adultos: 4,1 millones
Menores de 15 años: 630.000

DEFUNCIONES CAUSADAS POR EL SIDA (2003)

Total: 2,9 millones
Adultos: 2,4 millones
Menores de 15 años: 490.000

[volver](#)

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRICO, LAS CLAVES

Para disminuir el impacto de la enfermedad debe ponerse énfasis en aumentar la cobertura de la terapia antirretrovírica y de la prevención, ambas hoy inaccesibles para la gran mayoría de las personas

El Informe Mundial sobre Sida destaca como aspectos cruciales para disminuir el impacto del sida en las poblaciones, sobre todo en las más pobres y vulnerables, el acceso a la terapia antirretrovírica y el desarrollo exhaustivo de planes de prevención, teniendo en cuenta a los grupos y sociedades más vulnerables.

Dificultades para aumentar la terapia antirretrovírica

Desde 2002, se reconoce casi universalmente la viabilidad de suministrar tratamiento antirretrovírico en entornos con pocos recursos. Los gobiernos y donantes de todo el mundo están cada vez más comprometidos a ampliar lo más rápidamente posible el acceso al tratamiento antirretrovírico para la gran cantidad de personas que lo necesitan para seguir con vida. Ampliarlo exige asegurar el apoyo político y financiación a largo plazo. Cualquier disminución en el apoyo podría comportar el colapso de los programas antirretrovíricos, porque las consiguientes interrupciones en el tratamiento darían la oportunidad al VIH de desarrollar farmacorresistencia. Esto no sólo comportaría una tragedia individual, sino que también significaría una grave amenaza social porque las cepas farmacorresistentes del virus podrían propagarse y hacer totalmente inútiles los programas de tratamiento.

El personal sanitario también es crucial para las perspectivas de ampliar el acceso a los antirretrovíricos. En África ya hay una gran escasez de enfermeras, parteras y médicos, porque muchos abandonan sus países de origen en busca de mejores salarios, condiciones laborales y oportunidades hacia países de ingresos más altos. Por ejemplo, el 70% de los médicos formados en Sudáfrica vive actualmente en el extranjero.

Desarrollar un enfoque exhaustivo de prevención del VIH

La cobertura actual de la prevención del VIH es sumamente baja. Sólo una fracción de personas en riesgo de exposición tiene un acceso adecuado a los servicios de prevención básicos, aunque la mayoría de los países han desarrollado marcos estratégicos para las actividades de prevención. En 2003, en los países de ingresos bajos y medianos, sólo se ofrecieron servicios para prevenir la transmisión materno infantil del VIH a 1 de cada 10 mujeres embarazadas, y una proporción aún menor de adultos de 15-49 años tuvieron acceso a asesoramiento y pruebas voluntarias. Reducir esta brecha en la prevención requerirá un mayor compromiso de recursos, así como de programación de gran alcance: una parte importante de los esfuerzos actuales siguen sin pasar de ser simples "proyectos de demostración". Por ejemplo, las pruebas indican que los mensajes y actividades desarrollados a nivel popular son mucho más eficaces que los que están promovidos por profesionales externos, y que para conseguir buenos resultados, los mensajes de prevención necesitan estar orientados e ir más allá del simple fomento de la concientización acerca del sida.

La naturaleza cambiante de la epidemia exige que los esfuerzos de prevención se renueven constantemente. Por ejemplo, ahora ha quedado demostrado que el énfasis extraordinario puesto desde la segunda mitad de los años noventa en un tratamiento más eficaz en los países de ingresos elevados fue en detrimento de los esfuerzos renovados de prevención. Los avances en prevención se estancaron y, en muchos casos, hubo aumentos en la transmisión del VIH por primera vez en una década. Del mismo modo, en Tailandia, el importante éxito alcanzado en los años noventa en la reducción de la transmisión asociada con el trabajo sexual cambió el perfil de la epidemia; ahora, el área donde se requiere poner mayor atención es dentro de los matrimonios y las relaciones estables.

Mitigación del impacto

Los primeros signos del impacto social en gran escala del sida se están poniendo de manifiesto en África meridional y oriental, con la exacerbación de las crisis alimentarias, el aumento del número de huérfanos y el debilitamiento incesante de la capacidad humana, tanto en los gobiernos como en los sectores privados. El sida está modificando fundamentalmente el tejido y el funcionamiento de las sociedades. Una de las formas mediante las que la epidemia crea un círculo vicioso es golpeando con más fuerza en los países con menor capacidad para ejecutar respuestas. En muchas naciones, el sida está menguando las capacidades con mayor rapidez de lo que se necesita para reemplazarlas.

Se necesita mayor compromiso para ayudar a los huérfanos

Un problema particularmente preocupante es el olvido de los niños huérfanos. El sida se ha cobrado la vida de uno o ambos padres de unos doce millones de niños en África subsahariana. Sin embargo, menos de la mitad de los países con una crisis muy aguda tienen políticas nacionales para ofrecer apoyo básico a los niños huérfanos o vulnerables a causa de la epidemia.

PREVENCIÓN PARA POCOS

- Los programas de prevención llegan a menos de una de cada cinco personas que los necesitan.
- Según estimaciones de setenta países que respondieron a una encuesta de cobertura en 2003, la proporción de mujeres embarazadas que disponen de servicios para prevenir la transmisión materno infantil del VIH oscila del 2% en el Pacífico occidental al 5% en África subsahariana y el 34% en las Américas.
- La proporción de adultos que reciben asesoramiento y pruebas voluntarias cuando lo necesitan, varía desde casi 0 en Asia sudoriental hasta el 7% en África subsahariana y el 1,5% en Europa oriental.
- El uso de preservativos en caso de relaciones sexuales con una pareja con la que no se cohabita es del 13% en Asia sudoriental y del 19% en África subsahariana.
- Menos del 10% de los países encuestados, con una transmisión significativa del VIH entre consumidores de drogas intravenosas, tienen acceso a programas de reducción del daño.

- En las Américas, dispone de servicios preventivos casi el 30% de los varones que tienen relaciones sexuales con varones, en comparación con el 6% en África subsahariana. En Asia sudoriental, el 16% de los 2,2 millones estimados de profesionales del sexo se benefician de servicios básicos de prevención, frente a un 32% de los 2,5 millones estimados de profesionales del sexo en África subsahariana.
 - En África subsahariana, casi el 60% de los estudiantes de primaria recibe educación básica sobre el sida, en comparación con el 13% en la región del Pacífico occidental.
- Fuente: Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/sida, ONUSIDA, 2003.

TRATAMIENTOS PARA POCOS

- Reciben terapia antirretrovírica menos de 1 de cada 10 personas que la necesitan
- Se estima que en los próximos dos años, en los países de ingresos bajos y medianos, fallecerán entre cinco y seis millones de personas si no siguen tratamiento antirretrovírico. Según las estimaciones, en diciembre de 2003 sólo 400.000 personas de esas regiones lo estaban recibiendo.
- En promedio, el 80% de los países que respondieron a una encuesta declararon que habían implantado una política para asegurar o mejorar el acceso a fármacos relacionados con el VIH. Sin embargo, en la realidad, se estima que el acceso al tratamiento antirretrovírico es inferior al 10% en todas las regiones, excepto en las Américas.
- Diversos países de América del Sur ofrecen cobertura universal de terapia antirretrovírica, incluidos Argentina, Brasil, Chile, Cuba, México y Uruguay. Varios otros cubren aproximadamente a los dos tercios de las personas necesitadas, como Barbados, Colombia, Costa Rica y Paraguay.
- En África subsahariana se estima que 4,3 millones de personas necesitan asistencia a domicilio a causa del sida, pero sólo un 12% la recibe. En Asia sudoriental, la cobertura disminuye hasta el 2%.
- En América del Sur y Europa oriental, la mayoría de los pacientes recibe al menos el conjunto básico de servicios asistenciales recomendados por la OMS y el ONUSIDA.
- En África y Asia, sólo un tercio de las personas recibe como mínimo esos servicios esenciales.

Fuente: Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/sida, ONUSIDA, 2003.

[volver](#)

LA SITUACION EN AMERICA LATINA

El Informe Mundial sobre Sida señala que más que a generalizarse, la epidemia tiende a concentrarse en grupos de población con un riesgo particular

Más de 1,6 millones de personas (intervalo: 1,2-2,1 millones) viven con VIH en América Latina. En 2003, unas 84.000 personas (intervalo: 65.000-110.000) fallecieron a causa del sida, mientras que otras 200.000 (intervalo: 140.000-340.000) contrajeron la infección. Entre los jóvenes de 15-24 años de edad, el 0,5% de las mujeres (intervalo: 0,4-0,6%) y el 0,8% de los varones (intervalo: 0,6-0,9%) estaban viviendo con el VIH a finales del mismo año.

Además de estos datos contundentes, el Informe Mundial sobre Sida destaca las particularidades en América Latina: la infección por el VIH, más que ser generalizada, tiende a concentrarse preferentemente en grupos de población con un riesgo particular. En la mayoría de los países de América del Sur, casi todas las infecciones son causadas por la inyección de drogas contaminadas o por relaciones sexuales entre varones. Las bajas prevalencias nacionales ocultan algunas epidemias muy graves. Por ejemplo, en el Brasil - el país más poblado de la región y que alberga a más de una de cada cuatro de todas las personas que viven con el VIH-, la prevalencia nacional es muy inferior al 1%. Pero se han comunicado niveles de infección superiores al 60% entre consumidores de drogas intravenosas de algunas ciudades. Además, el panorama varía considerablemente de una parte del país a otra. En Puerto Rico, más de la mitad de todas las infecciones ocurridas en 2002 se asociaron al consumo de drogas intravenosas y más de una cuarta parte se transmitió por vía heterosexual.

En América Central, el consumo de drogas intravenosas desempeña un papel menos importante y el virus se propaga mayoritariamente por vía sexual. Un estudio internacional reciente ha indicado que la prevalencia del VIH entre profesionales femeninas del sexo varía desde menos del 1% en Nicaragua, 2% en Panamá, 4% en El Salvador, 5% en Guatemala hasta más del 10% en Honduras.

Entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los niveles de infección por el VIH parecen ser uniformemente altos y oscilan desde el 9% en Nicaragua hasta el 18% en El Salvador.

Las relaciones sexuales entre varones también constituyen la vía predominante de transmisión en diversos países, especialmente Colombia y el Perú. Sin embargo, las condiciones parecen idóneas para que el virus se propague de forma más generalizada, dado que un gran número de varones que tienen relaciones sexuales con varones también las tienen con mujeres. El Perú es un caso que merece destacarse: en una encuesta entre varones y mujeres jóvenes (18-29 años), el 9% de los varones indicó que al menos una de sus tres últimas parejas sexuales había sido un varón y no habían utilizado preservativos en el 70% de estos contactos.

El Caribe

Más de 430.000 personas (intervalo: 270.000-760.000) están viviendo con el VIH en el Caribe. En 2003, unas 35.000 personas (intervalo: 23.000-59.000) fallecieron por sida y 52.000 (intervalo: 26.000-140.000) contrajeron la infección. Entre los jóvenes de 15-24 años de edad, el 2,9% de las mujeres (intervalo: 2,4-5,8%) y el 1,2% de los varones (intervalo: 1,0-2,2%) estaban viviendo con el VIH a finales del mismo año.

De los siete países de la región, tres presentan niveles nacionales de prevalencia del VIH de como mínimo el 3%: Bahamas, Haití y Trinidad y Tobago. Barbados tiene una prevalencia del VIH del 1,5% (intervalo: 0,4-5,4%) y Cuba, muy por debajo del 1%. La epidemia del Caribe es predominantemente heterosexual y en muchos lugares se concentra en profesionales del sexo. Pero el virus también se está propagando entre la población general. El país más afectado es Haití, donde la prevalencia nacional se sitúa en torno al 5,6% (intervalo: 2,5-11,9%). Sin embargo, la propagación del VIH es desigual: la vigilancia centinela revela tasas de prevalencia que van desde el 13% en el noroeste del país hasta el 2-3% en el sur.

Haití comparte la isla La Española con la República Dominicana, que también presenta una grave epidemia de VIH. Sin embargo, en la República Dominicana la elevada prevalencia de hace algunos años ha ido disminuyendo gracias a esfuerzos de prevención eficaces que han alentado a las personas a reducir el número de parejas sexuales y aumentar el uso de preservativos. Más del 50% de los varones de 15-29 años utilizan preservativos con parejas con las que no cohabitan. En la capital, Santo Domingo, la prevalencia entre mujeres embarazadas descendió desde aproximadamente el 3% en 1995 hasta menos del 1% a finales de 2003. Pero todavía siguen comunicándose niveles elevados en otras partes, que oscilan entre menos del 1% a casi el 5%. En 2000, la prevalencia del VIH en profesionales femeninas del sexo variaba desde el 4,5% en el centro turístico de La Romana, en la provincia oriental, hasta el 12,4% en la provincia sureña de Bani.

Nota: la selección de textos, títulos, subtítulos y recuadros son autoría de este Boletín.

PAISES RICOS

Aunque la mayor preocupación está centrada en los países pobres, sobre todo en algunos de África, se estima que 1,6 millones de personas están viviendo con el VIH en los países de ingresos elevados. En 2003, aproximadamente 64.000 personas contrajeron la infección y 22.000 fallecieron a causa del sida en el mundo desarrollado. Esta diferencia en las cifras se justifica porque a diferencia de otras partes, la gran mayoría de las personas que necesitan tratamiento antirretrovírico tienen acceso a él. Esto significa que sobreviven y se mantienen saludables durante más tiempo que las personas infectadas de otros lugares.

En los Estados Unidos, aproximadamente la mitad de las nuevas infecciones comunicadas en los últimos años ha correspondido a afroamericanos. Este grupo representa el 12% de la población, pero su prevalencia del VIH es once veces mayor que la de la población blanca.

En muchos países ricos, las relaciones sexuales entre varones desempeñan un papel importante en la epidemia. En los últimos años, la transmisión

heterosexual en el mundo industrializado ha aumentado de forma espectacular.

El consumo de drogas intravenosas tiene un papel variable en la propagación del VIH, en los países de ingresos elevados. En 2002, representó más del 10% de todas las infecciones comunicadas por el VIH en Europa occidental (en Portugal fue responsable de más del 50% de los casos). En el Canadá y los Estados Unidos, aproximadamente el 25% de las infecciones por el VIH se atribuye al consumo de drogas intravenosas. Las infecciones transmitidas por equipos de inyección contaminados son particularmente frecuentes entre las poblaciones indígenas, que son a menudo los habitantes más pobres y más marginados del mundo industrializado.

[volver](#)

