

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

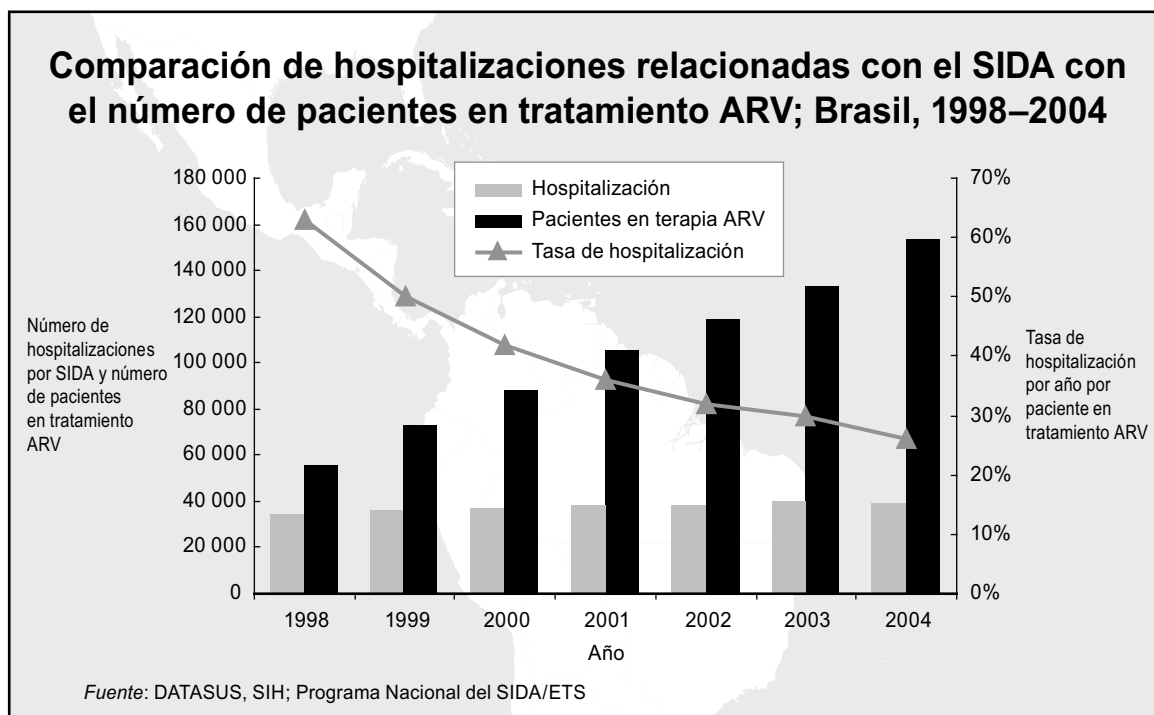


Figura 19

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).