

ÁMERICA DEL NORTE, EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL

Estadísticas y características del VIH y el SIDA, final de 2002 y 2004

	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 en adultos (%)	Defunciones de adultos y niños a causa del SIDA
2004	1,6 millones [1,1–2,2 millones]	420 000 [290 000–570 000]	64 000 [34 000–140 000]	0,4 [0,3–0,6]	23 000 [15 000–32 000]
2002	1,6 millones [1,1–2,2 millones]	390 000 [270 000–550 000]	62 000 [33 000–140 000]	0,4 [0,3–0,6]	22 000 [15 000–31 000]

El SIDA está afectando a nuevos segmentos de la población, con una proporción creciente de personas infectadas a través del coito heterosexual no protegido.

En América del Norte y Europa occidental y central, en 2004 se produjeron unas 64 000 [34 000–140 000] nuevas infecciones, lo que sitúa la cifra de personas que vivían con el VIH en estos países entre 1,1 y 2,2 millones. En jóvenes de 15-24 años, el 0,1% [0,1-0,2%] de las mujeres y el 0,2% [0,1-0,5%] de los varones vivían con el VIH a finales de 2004. Durante el último año, el acceso generalizado a tratamientos antirretrovíricos que prolongan la vida ha permitido mantener la cifra de defunciones por SIDA entre 15 000 y 32 000. Sin embargo, hay indicios manifiestos de que los esfuerzos de prevención no están a la par con los cambios de la epidemia en diversos países.

Las relaciones sexuales entre varones y, en menor medida, el consumo de drogas intravenosas siguen siendo factores prominentes en las epidemias de estos países, pero los patrones de transmisión del VIH están cambiando. La epidemia está afectando a nuevos segmentos de la población, con una proporción creciente de personas infectadas a través del coito heterosexual no protegido.

En los **Estados Unidos de América**, la epidemia ha variado notablemente durante el último decenio. Se estima que, en ese periodo, el VIH ha infectado cada año a unas 40 000 personas, aunque ahora la epidemia se concentra de forma desproporcionada

en los afroamericanos y está afectando a un número creciente de mujeres.

En 2003, los afroamericanos representaron como mínimo el 25% de todos los casos de SIDA, en comparación con el 20% en 2001. Esta proporción podría ser aún mayor, dado que la estimación se basó en datos recopilados en tan sólo 29 estados. Aunque los afroamericanos representan únicamente el 12% de la población del país, en los últimos años han acaparado más de la mitad de los nuevos diagnósticos de VIH (en 2002 la proporción fue del 54%, según los datos disponibles más recientes). El problema afecta especialmente a las mujeres afroamericanas, a las que corresponde hasta el 72% de los nuevos diagnósticos de VIH entre todas las mujeres estadounidenses. Con el cambio de siglo, el SIDA ya figuraba entre las tres primeras causas de mortalidad para los varones afroamericanos de 25-54 años y las mujeres afroamericanas de 35-44 años (Centers for Disease Control and Prevention, 2003d).

Obvia decir que la raza y la etnia no constituyen *per se* factores de riesgo de VIH. Se sabe, sin embargo, que la pobreza y otras formas de privación socioeconómica aumentan la vulnerabilidad a la infección por el VIH. Se estima que uno de cada cuatro afroamericanos vive en la pobreza, y algunos estudios en los Estados Unidos han puesto

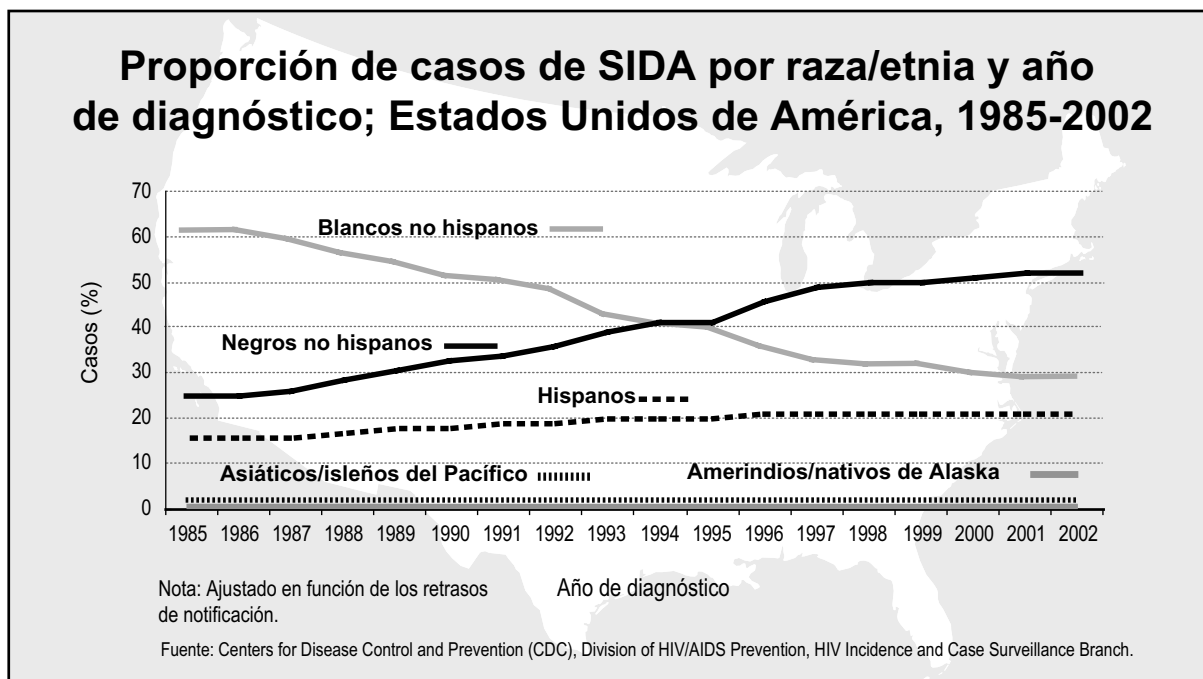


Figura 25

de manifiesto una estrecha relación entre mayor incidencia de SIDA y menores ingresos (Centers for Disease Control and Prevention, 2003d; US Census Bureau, 2000; Díaz *et al.*, 1994). Es posible que las altas tasas de encarcelamiento, particularmente entre varones afroamericanos, sean un factor amplificador de la epidemia a través del consumo de drogas intravenosas y las prácticas sexuales no protegidas en las instituciones penitenciarias.

Junto con el consumo de drogas intravenosas, las prácticas sexuales peligrosas con otros varones por parte de las parejas masculinas parecen constituir un factor de riesgo significativo para algunas mujeres (McMahon *et al.*, 2004). Un estudio en varones de siete ciudades que tienen relaciones sexuales con varones ha comprobado que el 9% de ellos también las tiene con mujeres, y en un estudio más reciente entre varones afroamericanos jóvenes que tenían

En los Estados Unidos de América, la epidemia se concentra de forma desproporcionada en los afroamericanos y está afectando a un número creciente de mujeres.

En el conjunto de todos los varones, y entre los afroamericanos específicamente, la inmensa mayoría de las infecciones por el VIH se contrae a través del consumo de drogas intravenosas y las relaciones sexuales entre varones. Todavía se observan altos niveles de comportamientos de riesgo, sobre todo entre varones jóvenes que tienen relaciones sexuales con otros varones. Sin embargo, el coito heterosexual es responsable de la mayoría de los diagnósticos de VIH entre las mujeres, y hay indicaciones claras de que el principal factor de riesgo para que muchas mujeres contraigan el VIH es el comportamiento de riesgo, a menudo no revelado, de sus parejas masculinas. Una investigación reciente en un distrito pobre de la ciudad de Nueva York, por ejemplo, ha demostrado que las mujeres tenían más del doble de probabilidades de resultar infectadas por su esposo o pareja habitual que por parejas sexuales ocasionales.

relaciones sexuales con varones, el 20% dijo que también tenía parejas sexuales femeninas (Valleroy *et al.*, 2004; Centers for Disease Control and Prevention, 2004b).

La mayoría de las personas que viven con el VIH en los **Estados Unidos de América** son varones que tienen relaciones sexuales con varones. En los últimos años, la constatación de un número creciente de casos de sífilis y otras infecciones de transmisión sexual entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones genera la preocupación de que estén aumentando los comportamientos de riesgo y que esto desencadene una nueva oleada de infecciones por el VIH. Varios estudios efectuados en Los Ángeles y San Francisco pusieron de manifiesto incrementos espectaculares en el número de casos de sífilis (de cuatro a 260 en

el condado de Los Ángeles en 1998-2000, y de 67 a 299 en San Francisco durante el mismo periodo). Sin embargo, investigaciones más recientes indican que esos aumentos no han tenido un impacto sustancial sobre la incidencia del VIH, que en 1999-2002 permaneció estable entre los varones que

de las nuevas infecciones por el VIH en el Canadá se atribuyó a prácticas sexuales peligrosas entre varones (40%) y consumo de drogas intravenosas (30%, con un ligero descenso en los últimos años). Se ha observado un aumento de las infecciones relacionadas con el coito heterosexual peligroso, un

El SIDA figura entre las tres primeras causas de mortalidad para los varones afroamericanos de 25-54 años y las mujeres afroamericanas de 35-44 años en los Estados Unidos de América.

tienen relaciones sexuales con varones (Centers for Disease Control and Prevention, 2004a). Además, un nuevo estudio realizado en 16 estados indica que la mayoría de los varones VIH-positivos que tienen relaciones sexuales con otros varones están adoptando medidas de precaución (incluidos el uso de preservativos, abstinencia o fidelidad a una sola pareja) con el fin de prevenir la ulterior transmisión del VIH. Sin embargo, el estudio insta a emprender esfuerzos de prevención más intensivos para llegar al pequeño número de varones VIH-positivos que todavía realizan prácticas sexuales peligrosas con otros varones (Centers for Disease Control and Prevention, 2003c).

Después de la introducción de la terapia antirretrovírica, en 1995-1996, en los **Estados Unidos de América** las defunciones relacionadas con el SIDA cayeron en picado hasta finales de los años 1990, y luego siguieron disminuyendo de forma más gradual: de 19 005 defunciones por SIDA comunicadas en 1998 a 16 371 en 2002 (ONUSIDA, 2004). De todos modos, en 2002, la tasa de mortalidad por SIDA entre los afroamericanos fue más de dos veces superior a la de los blancos. Los afroamericanos tienen actualmente las peores tasas de supervivencia entre las personas diagnosticadas de SIDA, lo que evidencia probablemente diagnósticos tardíos (a menudo después de que la enfermedad se

pequeño porcentaje de las cuales (menos del 10%) corresponde a refugiados o inmigrantes de países de alta prevalencia en África subsahariana y el Caribe (Health Canada, 2003).

En los 12 países de **Europa occidental** con datos sobre nuevos casos de infección por el VIH diagnosticados, los diagnósticos de VIH en personas que se infectaron por contacto heterosexual aumentaron un 122% entre 1997 y 2002. En contraste con el Canadá, una gran proporción de esos diagnósticos corresponde a personas originarias de países con epidemias graves, principalmente de África subsahariana (Hamers y Downs, 2004) y, en el caso del **Reino Unido**, del Caribe de habla inglesa. También hay signos de que, en algunos países, el resurgimiento observado en años anteriores de prácticas sexuales peligrosas está aumentando la transmisión del VIH entre varones que tienen relaciones sexuales con varones.

En **Europa occidental**, los diagnósticos de VIH entre varones que tienen relaciones sexuales con varones aumentaron un 22% durante 2001-2002, tendencia que invierte el lento descenso constatado en los años precedentes (Hamers y Downs, 2004). De todas formas, los datos sobre nuevos diagnósticos no deberían confundirse con la incidencia del VIH, ya que tales datos pueden dar

Hay indicaciones claras de que el principal factor de riesgo para que muchas mujeres contraigan el VIH es el comportamiento de riesgo, a menudo no revelado, de sus parejas masculinas.

haya vuelto sintomática) y un acceso insuficiente a servicios sanitarios de calidad.

En el norte, en el **Canadá**, las estimaciones más recientes indican que unas 56 000 personas vivían con el VIH a final de 2002 (Geduld *et al.*, 2004), hasta un tercio de las cuales desconocía su estado serológico del VIH. Los aborígenes, en comparación con los no aborígenes, parecen tener el doble de probabilidades de estar infectados por el VIH. En 2002, la mayoría

a entender una mayor aceptación de los servicios de pruebas (y, por tanto, incluir a personas que se habían infectado varios años antes). El reciente incremento en los nuevos diagnósticos de VIH en el **Reino Unido** parece atribuible en parte a un aumento del número de pruebas realizadas (en 2002, la mitad de los diagnósticos de VIH en varones que tenían relaciones sexuales con varones se produjo como mínimo seis años después de que hubieran

contraído la infección). Aun así, la infección por el VIH es actualmente el problema sanitario grave de crecimiento más rápido en Inglaterra (Department of Health, 2003). En **Alemania**, donde el mayor acceso al tratamiento ya había acrecentado la aceptación de las pruebas a finales de los años 1990, un aumento reciente en el número de diagnósticos (de 642 en 2000 a 742 en 2002) indica probablemente un incremento real de las nuevas infecciones. Dada la prevalencia persistentemente alta del VIH entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones en Europa occidental (entre el 10% y el 20% en varios países, y aún mayor en las grandes ciudades), existe la necesidad urgente de revitalizar y mejorar las campañas sobre relaciones sexuales más seguras dirigidas a este grupo de población (Hamers y Downs, 2004).

Aunque en la mayoría de los países de Europa occidental el consumo de drogas intravenosas

VIH del 38% (Centre d'Estudis Epidemiològics sobre el VIH/SIDA de Catalunya, 2001). De hecho, el consumo actual de drogas intravenosas en España parece concentrarse principalmente en el nordeste del país y las islas Baleares (De la Fuente, 2003). En **Portugal** (donde las tasas de nuevos diagnósticos de VIH son mayores que en el resto de Europa), el consumo de drogas intravenosas seguía representando casi el 50% de tales diagnósticos en 2002. Todavía se registran prevalencias del VIH del 20% o superiores entre consumidores de drogas intravenosas de ciertas partes de otros países, incluidos **Francia, Italia y Países Bajos** (Hamers y Downs, 2004). Por ejemplo, una encuesta entre consumidores de drogas intravenosas atendidos en centros de tratamiento de Marsella (Francia) comprobó que el 22% estaban infectados por el VIH (Emmanuelli *et al.*, 2004). El aspecto más alentador de este estudio es que ninguno de los individuos

En Europa occidental, todos los años se producen miles de nuevas infecciones por el VIH, y muchas personas infectadas desconocen su estado serológico del VIH. Una gran parte de los nuevos diagnósticos de VIH corresponde a personas originarias de países con epidemias graves.

representa una proporción decreciente de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH, sigue siendo un factor significativo en diversas epidemias nacionales, como las de **Italia, Portugal y España**, así como en las de algunas ciudades importantes de otros países. En la mayoría de los casos, esto es reflejo de un descenso en las prácticas de inyección peligrosas, asociado probablemente a esfuerzos de prevención eficaces entre los consumidores de drogas intravenosas en muchos países de Europa occidental. España constituye un ejemplo notable de cómo un conjunto integral de medidas para la reducción del daño (incluidos los programas de suministro de metadona y los proyectos de intercambio de agujas) puede contener una epidemia entre consumidores de drogas intravenosas. La cifra de nuevas infecciones por el VIH en tales consumidores llegó hasta las 16 000 en 1985-1986, pero se ha reducido drásticamente desde entonces (De la Fuente *et al.*, 2003).

De todas formas, en **España**, como en otros países de Europa, la prevalencia del VIH en consumidores de drogas intravenosas puede variar considerablemente entre diferentes partes de un mismo país (Observatorio Europeo de Vigilancia de Drogas y Toxicomanías, 2003). Por ejemplo, una encuesta de 2001 entre consumidores de drogas intravenosas atendidos en centros de tratamiento toxicológico de Cataluña (España) constató una prevalencia del

menores de 30 años era VIH-positivo. En cualquier caso, se requieren esfuerzos continuados para limitar aún más la transmisión del VIH entre consumidores de drogas intravenosas, y de ellos a sus parejas sexuales. De hecho, en Portugal, las infecciones heterosexuales representaron más del 40% de los nuevos casos de VIH diagnosticados en 2002. Según los datos disponibles, se han detectado tendencias similares en algunas regiones o provincias de Italia y España (Hamers y Downs, 2004).

En Europa occidental se aprecia una tendencia al alza en la proporción de infecciones por el VIH atribuibles al coito heterosexual, con el incremento consiguiente del número de diagnósticos en mujeres. En los 12 países de Europa occidental que disponen de datos al respecto, la proporción de mujeres entre las personas con un nuevo diagnóstico de infección por el VIH aumentó del 25% (1955 de 7770) en 1997 al 38% (4269 de 11 337) en 2002 (Hamers y Downs, 2004). En **Francia**, unos dos tercios de los nuevos diagnósticos de VIH en 2003 se establecieron en personas infectadas a través del coito heterosexual, mientras que en el **Reino Unido** esta proporción fue del 49%, y del 41% en **Alemania**. En algunos países todavía se está infectando una proporción significativa de profesionales femeninas del sexo, como en los **Países Bajos**, donde un estudio efectuado en Rotterdam en 2002-2003 comprobó que eran VIH-positivas el 7% de esas mujeres, y

hasta el 12% de las que trabajaban en la calle (Van Veen *et al.*, 2004). Según un estudio reciente que abarcó el periodo 1998-2003, en Madrid (**España**), eran VIH-positivos aproximadamente el 5% de los profesionales del sexo inmigrantes (tanto varones como mujeres). La mayoría de ellos procedía de África subsahariana (Gutiérrez *et al.*, 2004).

Los migrantes de países que experimentan epidemias graves de SIDA, especialmente en África subsahariana, acaparan una cuota desproporcionada y creciente de las infecciones por el VIH en toda Europa occidental. En **Alemania** y el **Reino Unido**, por ejemplo, una gran proporción de las nuevas infecciones contraídas por vía heterosexual diagnosticadas en los últimos años ha correspondido a personas originarias de países con una alta prevalencia del VIH (Hamers y Downs, 2004). En el Reino Unido, hasta las tres cuartas partes de las infecciones heterosexuales se produjeron probablemente en África subsahariana, mientras que en **Suecia** es probable que más del 80% de tales infecciones se contrajeran en el extranjero. La mayoría de los migrantes que viven con el VIH parece desconocer su estado serológico; en general, los diagnósticos de VIH tienden a establecerse cuando las personas desarrollan síntomas o quedan embarazadas. En la mayoría de los países, los migrantes no tienen acceso a servicios de prevención, tratamiento y atención adecuados, apropiados y socialmente pertinentes. Corregir esta situación requerirá esfuerzos concertados, incluidas medidas directas para contrarrestar la discriminación social y jurídica y las trabas administrativas con que se encuentran los migrantes.

En los países de **Europa central** (incluidos la República Checa y Hungría), las cifras de nuevas infecciones por el VIH han permanecido estables

desde finales de los años 1990, y el mayor número de tales infecciones se ha registrado en **Polonia**. En la **República Checa, Hungría, Eslovenia y Eslovaquia**, se sabe que las relaciones sexuales entre varones constituyen el modo predominante de transmisión del VIH.

A diferencia de otras partes del mundo, en casi todos los países de esta región puede acceder a tratamiento antirretrovírico una gran mayoría de las personas que lo necesitan. En consecuencia, el número de defunciones por SIDA ha seguido siendo bajo desde el descenso en picado que se produjo entre mediados y finales de los años 1990. En Europa occidental, la cifra de defunciones notificadas entre pacientes con SIDA fue de 3101 en 2002 (ONUSIDA, 2004). Sin embargo, hay dos tendencias que generan preocupación. En algunos países sigue sin diagnosticarse una gran proporción de las infecciones por el VIH; en el **Reino Unido**, por ejemplo, se estima que un tercio de las personas con el VIH desconoce su estado serológico y es probable que sólo lo descubra cuando empiece a sufrir enfermedades relacionadas con el SIDA (Department of Health, 2003). Por otra parte, existen pruebas inquietantes de resistencia a fármacos antirretrovíricos en individuos recién infectados por el VIH en Europa occidental (Girardi, 2003).

En conjunto, en estos países se están produciendo cada año miles de nuevas infecciones, y un gran número de las personas infectadas por el VIH no conoce su estado serológico. Los principales retos consisten en proporcionar tratamiento y atención tempranos y eficaces a todas las personas infectadas por el VIH; redoblar los esfuerzos de prevención y adaptarlos a los patrones cambiantes de la epidemia, y reducir las repercusiones psicosociales, económicas y físicas de la infección por el VIH.