

INTRODUCCIÓN

Principales tendencias mundiales y regionales

En los últimos años se han producido prometedores avances en las iniciativas mundiales para abordar la epidemia de SIDA, incluido un mayor acceso a los programas eficaces de tratamiento y prevención. Sin embargo, el número de personas que viven con el VIH sigue aumentando, así como el de defunciones causadas por SIDA. Un total de 39,5 millones [34,1–47,1 millones] de personas vivían con el VIH en 2006, 2,6 millones más que en 2004. Esa cifra incluye los 3,4 millones [3,6 –6,6 millones] de adultos y niños infectados por el VIH estimados en 2006, alrededor de 400 000 más que en 2004.

En muchas regiones del mundo, las nuevas infecciones por el VIH se concentran sobre todo entre los jóvenes (de 15 a 24 años de edad). Entre los adultos de 15 años o más, los jóvenes representaron el 40% de las nuevas infecciones contraídas en 2006.

África subsahariana sigue siendo la región más castigada por la epidemia mundial. Las dos terceras partes (65%) del total mundial de adultos y niños con el VIH viven en África subsahariana, con el epicentro en África meridional (véanse pp. 10–17). Un tercio (32%) del total mundial de personas con el VIH viven en esa subregión, donde también se registró el 34% de los fallecimientos por SIDA en 2006.

En algunos países de África subsahariana se observa una disminución de la prevalencia nacional del VIH, pero no son tendencias sólidas ni lo suficientemente amplias para reducir el impacto general de la epidemia en la región (véanse pp. 10–23).

Casi las tres cuartas partes (72%) del total de fallecimientos de adultos y niños causados por SIDA en

2006 tuvieron lugar en **África subsahariana**: 2,1 millones [1,8 –2,4 millones] del total mundial de 2,9 millones [2,5 –3,5 millones]. Se estima que África subsahariana en conjunto alberga 24,7 millones [21,8 –27,7 millones] de adultos y niños infectados por el VIH, 1,1 millones más que en 2004.

En los últimos dos años, el número de personas que vive con el VIH aumentó en todas las regiones del mundo. El incremento más preocupante se registró en **Asia oriental** y en **Europa oriental y Asia central**, donde el número de personas que vivían con el VIH en 2006 fue una quinta parte (21%) más alto que en 2004.

Desde 2000/2001, la prevalencia del VIH ha disminuido en ocho de los 11 países con datos suficientes para analizar las tendencias recientes entre los jóvenes.

Los 270 000 [170 000–820 000] adultos y niños infectados por el VIH en **Europa oriental y Asia central** en 2006 dan cuenta de un aumento de casi el 70% en relación con las 160 000 [110 000–470 000] personas que contrajeron el VIH en 2004. En **Asia meridional y sudoriental**, el número de nuevas infecciones por el VIH se incrementó un 15% en 2004–2006, mientras que en **Oriente Medio y África del Norte** aumentó un 12%. En **América Latina**, el **Caribe y América del Norte** las nuevas infecciones de 2006 se mantuvieron en líneas generales al mismo nivel que en 2004.

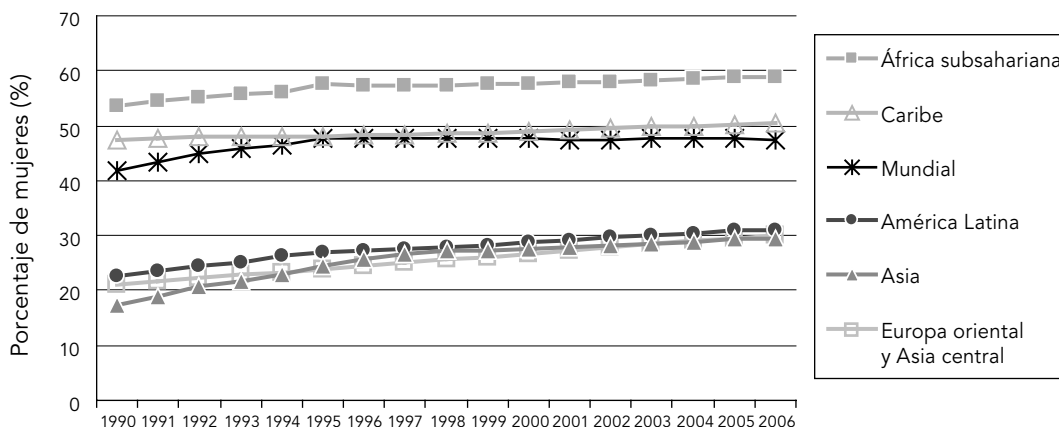
A nivel mundial y en cada una de las regiones, actualmente hay más mujeres adultas (de 15 años

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	2006	13,3 millones [11,5–15,2 millones]	59
	2004	12,7 millones [11,0–14,5 millones]	59
África del Norte y Oriente Medio	2006	200 000 [100 000–370 000]	48
	2004	180 000 [89 000–330 000]	49
Asia meridional y sudoriental	2006	2,2 millones [1,3–3,6 millones]	29
	2004	2,0 millones [1,2–3,3 millones]	29
Asia oriental	2006	210 000 [110 000–370 000]	29
	2004	160 000 [90 000–280 000]	27
Oceanía	2006	36 000 [17 000–90 000]	47
	2004	32 000 [16 000–81 000]	47
América Latina	2006	510 000 [350 000–800 000]	31
	2004	450 000 [310 000–670 000]	30
Caribe	2006	120 000 [85 000–160 000]	50
	2004	110 000 [80 000–150 000]	50
Europa oriental y Asia central	2006	510 000 [330 000–810 000]	30
	2004	410 000 [260 000–650 000]	30
Europa occidental y central	2006	210 000 [160 000–300 000]	28
	2004	190 000 [140 000–260 000]	28
América del Norte	2006	350 000 [190 000–570 000]	26
	2004	300 000 [160 000–510 000]	26
TOTAL	2006	17,7 millones [15,1–20,9 millones]	48
	2004	16,5 millones [14,2–19,5 millones]	48

Cuadro 2

Porcentaje de adultos (15 años o más) con el VIH que son mujeres, 1990-2006



Fuente: ONUSIDA/OMS, 22 de septiembre de 2006

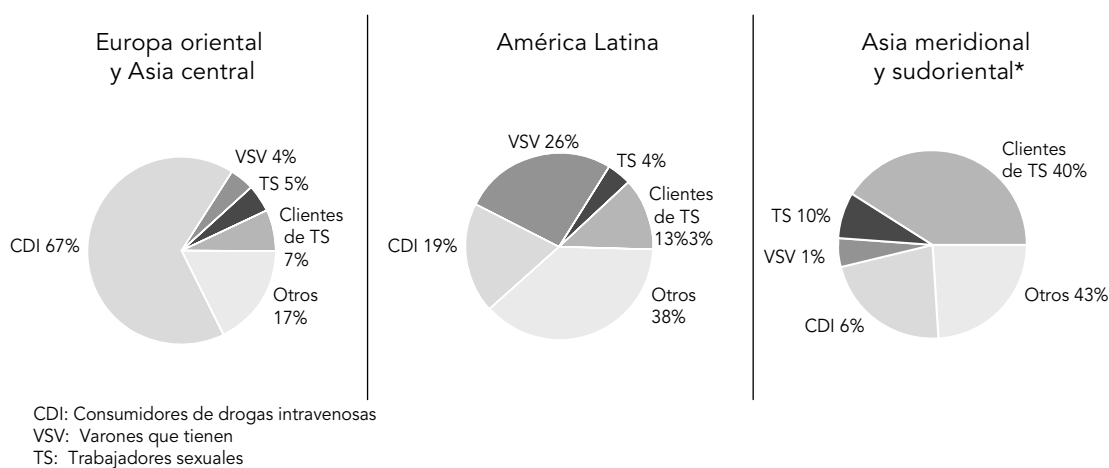
Figura 1

o más) que nunca que viven con el VIH. Los 17,6 millones [15,1 -20,9 millones] de mujeres que vivían con el VIH en 2006 representaron un aumento de más de un millón en comparación con 2004. En **África subsahariana**, por cada diez varones adultos que viven con el VIH hay unas 14 mujeres adultas infectadas por el virus. En todos los grupos de edad, el 59% de las personas que vivían con el VIH en África subsahariana en 2006 eran mujeres. En el **Caribe, Oriente Medio y África del Norte**, y **Oceanía**, cerca de uno de cada

Centrarse en el riesgo

La importancia de los comportamientos de riesgo (como el consumo de drogas intravenosas, las relaciones sexuales remuneradas sin protección y las relaciones sexuales sin protección entre varones) resulta especialmente evidente en las epidemias de VIH de Asia, Europa oriental y América Latina (véase figura 2). En **Europa oriental y Asia central**, por ejemplo, dos de cada tres (67%) infecciones por el VIH en 2005 se debieron al uso de

Proporciones de infecciones por el VIH en diferentes grupos de población por región, 2005



* No se incluyó la India porque la magnitud de su epidemia de VIH (que es principalmente heterosexual) oculta el alcance que tienen otros grupos de población de riesgo en las epidemias de la región.

Figura 2

diez adultos con el VIH es mujer. Mientras tanto, en muchos países de **Asia, Europa oriental y América Latina** continúa aumentando la proporción de mujeres que viven con el VIH.

El acceso al tratamiento y la atención ha aumentado significativamente en los últimos años, aunque a partir de un nivel muy bajo en muchos países. A pesar de todo, los beneficios son notables. Se estima que a través del suministro de tratamiento antirretrovírico se han ganado dos millones de años de vida desde 2002 en los países de ingresos bajos y medianos. Sólo en África subsahariana, se han ganado unos 790 000 años, la mayor parte de ellos en los últimos dos años de ampliación del tratamiento antirretrovírico. En América Latina, donde el suministro de tratamiento en gran escala empezó antes, se han ganado desde 2002 unos 834 000 años de vida.

equipos de inyección no estériles para el consumo de drogas intravenosas. Los profesionales del sexo y sus clientes representaron alrededor del 12% de las infecciones por el VIH.

El comercio sexual y el consumo de drogas intravenosas representaron una proporción global similar de infecciones por el VIH en **Asia meridional y sudoriental**. Salvo en la India, casi una de cada dos (49%) infecciones por el VIH en 2005 ocurrieron en profesionales del sexo y sus clientes, y más de una de cada cinco (22%) en consumidores de drogas intravenosas. Una pequeña pero significativa proporción de infecciones (5%) tuvo lugar en varones que tienen relaciones sexuales con varones. En **América Latina**, en contraste, una de cada cuatro (26%) infecciones por el VIH en 2005 se registraron en varones que tienen relaciones sexuales con varones, mientras el 19% en consumidores de drogas intravenosas. Aunque la prevalencia del VIH

en profesionales del sexo es relativamente baja en esta región (véanse pp. 48-52), éstos y sus clientes representan casi la sexta parte (17%) de las infecciones por el VIH.

Aunque las epidemias también se propagan a las poblaciones generales de los países de esas regiones, siguen estando muy concentradas en grupos de población específicos. Esto subraya la necesidad de centrar eficazmente las estrategias de prevención, tratamiento y atención en los grupos de población que corren mayor riesgo de infección por el VIH.

Últimos datos regionales

Casi 25 millones de personas viven con el VIH en **África subsahariana**, el 63% del total de las que viven con el VIH en el mundo. En los últimos años se han hecho esfuerzos importantes para mejorar el acceso al tratamiento antirretrovírico. Sin embargo, en 2006 fallecieron 2,1 millones [1,8 -2,4 millones] de africanos por causa del SIDA, casi las tres cuartas partes (72%) del total de defunciones causadas por el síndrome en el mundo.

La zona más castigada es África meridional (véanse pp. 10-17), donde **Zimbabwé** sigue siendo el único país donde la prevalencia nacional del VIH en adultos ha disminuido. Esta tendencia parece estar relacionada, en parte, con los cambios comportamentales que se remontan a mediados y finales del decenio de 1990.

Mientras tanto, siguen creciendo las epidemias de **Mozambique, Sudáfrica y Zwavilandia**. Se estima que uno de cada tres adultos (33%) de **Zwavilandia** vivía con el VIH en 2005, datos que la convierten en la epidemia más intensa del mundo. En **Sudáfrica**, que en términos absolutos tiene una de las epidemias más grandes del mundo, la prevalencia del VIH entre las mujeres que acudieron a dispensarios prenatales públicos fue más de una tercera parte más elevada (35%) en 2005 que en 1999. Mientras los niveles de infección por el VIH entre las jóvenes embarazadas parecen estabilizarse, siguen aumentando entre las mujeres mayores. La epidemia está teniendo un impacto significativo. Las tasas de mortalidad por causas naturales entre las mujeres de 25 a 34 años se multiplicaron por cinco entre 1997 y 2004, y la de los varones de 30 a 44 ascendieron a más del doble. Gran parte de esos aumentos se deben a la epidemia de SIDA (véanse pp. 11-13).

En África oriental, donde los niveles de infección por el VIH son más bajos que en el sur del continente, parece continuar la tendencia general de estabilización o disminución de la prevalencia del VIH. La prevalencia nacional del VIH en embarazadas ha disminuido en **Kenya**, así como en **Tanzanía** y, en menor medida, en **Rwanda**. No obstante, en muchos otros países se registran con frecuencia tendencias discrepantes a niveles locales (véanse pp. 17-21). Mientras tanto, nuevas investigaciones indican una posible erosión de los logros alcanzados por **Uganda** en la lucha contra el SIDA en los años 1990, donde la prevalencia del VIH ha vuelto a aumentar en algunas zonas rurales. Un súbito aumento de los niveles de infección entre las embarazadas registrado en 2005 en la capital de **Burundi**, Bujumbura, podría invertir la tendencia general de disminución de la prevalencia del VIH posterior a 2000 en dicho país.

Las epidemias más pequeñas de África central y occidental muestran tendencias divergentes. Hay indicios de disminución de la prevalencia en las zonas urbanas de **Burkina Faso, Côte d'Ivoire y Ghana**, pero en **Malí** la epidemia de VIH parece aumentar. Un dato reciente de África subsahariana es el surgimiento del consumo de drogas intravenosas como un factor potencial de las epidemias de varios países, especialmente de **Kenya y Tanzanía** (así como de **Nigeria y Sudáfrica**).

En Asia, los niveles nacionales de infección por el VIH son más elevados en el sudeste, donde la combinación de relaciones sexuales remuneradas sin protección y relaciones sexuales entre varones sin protección, junto con el consumo peligroso de drogas intravenosas son los factores de riesgo más importantes para la infección por el VIH. Los brotes de VIH entre varones que tienen relaciones sexuales con varones empiezan a ser evidentes en **Camboya, China, India, Nepal, Pakistán, Tailandia y Viet Nam**. En muy pocos de esos países los programas nacionales del SIDA abordan adecuadamente el papel de las relaciones sexuales entre varones en las epidemias. Se registran brotes de VIH en **Afganistán y Pakistán**, particularmente entre los consumidores de drogas intravenosas. Los altos niveles de uso de equipos de inyección no estériles y otros comportamientos de riesgo ofrecen a la epidemia de VIH posibilidades importantes de propagación en ambos países.

La epidemia de VIH en la **India** podría describirse mejor como una serie de epidemias muy variadas en relación con los niveles de prevalencia, los factores

de riesgo de infección y los mecanismos de transmisión. Algunas de ellas parecen estables o en retroceso en zonas del sur, mientras que otras avanzan a paso moderado en otros lugares (véanse pp. 27-30). En **China**, donde las autoridades han ampliado mucho la respuesta al SIDA, el VIH se propaga gradualmente de las poblaciones que corren más riesgo (en especial los consumidores de drogas intravenosas y los profesionales del sexo y sus clientes) a la población general, y el número de infecciones por el VIH en mujeres está en aumento (véanse pp. 24-27).

Las epidemias en **América Latina** siguen generalmente estables, con el ejemplo concreto del **Brasil** que ilustra como insistir doblemente en la prevención y el tratamiento puede mantener la epidemia de VIH bajo control (véanse pp. 48-52). Se siguen registrando brotes del virus entre los consumidores de drogas intravenosas y los varones que tienen relaciones sexuales con varones en la mayor parte de los países de América del Sur. Aunque se trata de un comportamiento en gran parte oculto, las relaciones sexuales entre varones representan hasta uno de cada diez casos de VIH notificados en el **Caribe**. En dicha región, la prevalencia del VIH sigue estable en la **República Dominicana** y ha disminuido en las zonas urbanas de **Haití**, pero algunos indicios localizados señalan que las epidemias en ambos países pueden volver a aumentar si no se amplían los esfuerzos de prevención.

En la mayoría de los países con epidemias generalizadas que hicieron encuestas repetidas se observan algunas tendencias positivas en el comportamiento sexual de los jóvenes. El futuro de las epidemias mundiales de VIH depende, en muchos aspectos, de los comportamientos que adopten o mantengan los jóvenes, y de los factores contextuales que afectan esas decisiones.

Las minorías raciales y étnicas de los **Estados Unidos de América** continúan desproporcionadamente afectadas por la infección por el VIH, mientras que las poblaciones aborígenes siguen excesivamente representadas en la epidemia del **Canadá** (véanse pp. XXX). Allí, como en **Europa occidental y central**, el principal factor de riesgo siguen siendo las relaciones sexuales entre varones. La prevalencia del VIH oscila entre el 10 y el 20% entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones en algunos países de Europa occidental, con pruebas de un aumento de las relaciones

sexuales ocasionales sin protección en este grupo de población. Al mismo tiempo, aproximadamente las tres cuartas partes de las infecciones por el VIH contraídas por vía heterosexual en Europa occidental y central se registran entre los inmigrantes y los migrantes. Este hecho destaca la necesidad de adaptar los servicios de prevención, tratamiento y atención para que lleguen a dichas poblaciones.

Las epidemias de VIH en **Europa oriental y Asia central** aún son relativamente jóvenes y siguen extendiéndose, sobre todo en **Ucrania**, con la prevalencia del VIH más elevada de toda Europa (véanse pp. 37-43). Allí, como en la epidemia en expansión de la **Federación de Rusia** y en las epidemias más pequeñas pero en aumento de **Tayikistán** y **Uzbekistán**, el uso de equipos de inyección no estériles para el consumo de drogas sigue siendo el principal modo de transmisión del VIH. Las epidemias de VIH de estas regiones afectan sobre todo a los jóvenes; en la Federación de Rusia, por ejemplo, alrededor del 80% de las personas con el VIH son menores de 30 años. En la Federación de Rusia y en Ucrania, las mujeres (muchas de ellas de menos de 25 años) cargan con una proporción cada vez mayor de la carga del VIH, y representaron más del 40% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2005.

La vigilancia insuficiente del VIH sigue siendo un obstáculo en muchos países de **Europa**, el **Caribe**, **América central** y **Oriente Medio y África del Norte**. Esto dificulta que se determinen con precisión las características y tendencias de algunas epidemias de VIH y entorpece la preparación y ejecución de respuestas potencialmente eficaces. Hay recientes excepciones, entre ellas **Irán**, que ha mejorado la recopilación de información sobre el VIH y ampliado su respuesta al SIDA entre las poblaciones de riesgo.

Las tendencias del VIH y el comportamiento sexual entre los jóvenes

En 2001, la *Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA* adoptada en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas esbozó el objetivo de reducir en un 25% la prevalencia del VIH entre los jóvenes de los países más afectados para 2005, previniendo nuevas infecciones. Lo ideal sería determinar las tendencias de la incidencia del VIH en tiempo real, y en concreto el impacto de los programas de prevención de la incidencia del VIH, pero es algo que exige estudios longitudinales de un gran número de personas.

Teniendo en cuenta las dificultades prácticas de efectuar dichos estudios, se ha propuesto usar la prevalencia del VIH en mujeres jóvenes de 15 a 24 años que acuden a dispensarios prenatales como una medida aproximada de la incidencia.

Para evaluar los avances encaminados a la consecución de este objetivo, el Grupo de Trabajo OMS/ONUSIDA sobre Vigilancia Mundial del VIH/SIDA y las ITS solicitó a los países en que la prevalencia nacional excedía del 3% que participaran en este proyecto.

La prevalencia del VIH ha disminuido desde 2000/2001 en ocho de los 11 países con datos suficientes para analizar las tendencias recientes entre los jóvenes.¹ En **Kenya**, la prevalencia del VIH entre las embarazadas jóvenes se redujo marcadamente en más de un 25%, tanto en las zonas urbanas como rurales. También se registraron disminuciones similares en las zonas urbanas de **Cote d'Ivoire**, **Malawi** y **Zimbabwe**, y en las zonas rurales de **Botswana**. Declives menos importantes (y no significativos) se observaron en zonas urbanas de **Botswana**, **Burundi** y **Rwanda** y en zonas rurales de **Tanzanía** y **Zimbabwe**. No se han hallado pruebas de una disminución en los niveles de infección por el VIH entre los jóvenes de **Mozambique**, **Sudáfrica** o **Zambia**.

Por medio de los resultados de las encuestas nacionales efectuadas por lo menos dos veces en el mismo país durante el período 1992-2005, se evaluaron las tendencias comportamentales entre los jóvenes. En **Kenya**, los datos de dichas tendencias señalan una reducción significativa en el transcurso del tiempo de los tipos de comportamientos sexuales que exponen a las personas al riesgo de infección por el VIH. La proporción de jóvenes que tienen relaciones sexuales con parejas ocasionales disminuyó en **Haití** (sólo en varones), **Kenya** y **Malawi** (en varones y mujeres jóvenes), y **Zambia** (sólo en mujeres), pero aumentó en el Camerún y

Uganda (sólo en mujeres). Mientras tanto, las tasas de uso del preservativo con parejas ocasionales parecieron aumentar en algunos de los países vigilados, incluidos el **Camerún**, **Sudáfrica**, **Tanzanía** y **Uganda** (varones y mujeres jóvenes), **Malawi** (sólo varones jóvenes), y **Kenya** y **Zambia** (sólo mujeres jóvenes). En unos pocos países, sobre todo en el **Camerún**, al parecer se observaron cambios simultáneos tanto hacia comportamientos más seguros como de mayor riesgo, con incrementos, por ejemplo, en los porcentajes de jóvenes que tienen prácticas sexuales de alto riesgo al mismo tiempo que aumentan las tasas de uso del preservativo durante las relaciones sexuales con una pareja no habitual.

Lamentablemente, son relativamente pocos los países que pudieron proporcionar datos amplios de tendencias comportamentales entre los jóvenes, y muchos países disponían de datos insuficientes o de ningún dato sobre las tendencias de la prevalencia del VIH en los jóvenes, incluidos algunos de los países con una prevalencia excepcionalmente elevada de África meridional. Esto pone de manifiesto la necesidad de ampliar las actividades de vigilancia del VIH con carácter urgente.

El futuro de las epidemias mundiales de VIH depende, en muchos aspectos, de los comportamientos que adopten o mantengan los jóvenes, y de los factores contextuales que afectan esas decisiones. Resultan evidentes algunos recientes cambios positivos entre los jóvenes en zonas del Caribe y África subsahariana, particularmente en África oriental.

¹ Se examinaron los datos de los 30 países más afectados, todos ellos, salvo dos (Bahamas y Haití) de África subsahariana. El análisis de las tendencias del VIH exigía que estuvieran disponibles por lo menos tres rondas de datos de centros de vigilancia del VIH utilizados de forma sistemática en 2000-2005. Sólo una minoría de países (11 de 30) tenían o aportaron dichos datos.

Tendencias entre jóvenes de 15-24 años en países de prevalencia alta: prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas en sistemas de vigilancia centinela (2000–2005), y comportamientos sexuales de mujeres y varones seleccionados a partir de encuestas nacionales (1992–2005)

País	Tendencia de la prevalencia*		Edad de inicio sexual**		Relaciones sexuales con pareja no habitual***		Uso de preservativo con pareja no habitual****	
	Urbana	Rural	Mujeres	Vaones	Mujeres	Vaones	Mujeres	Vaones
Angola	ID	ID						
Bahamas	ND	ND						
Botswana	▼ NS	▼ ≥ 25%						
Burundi#	▼ NS	?						
Camerún	ID	ID	↔	▼	▲	▲	▲	▲
República Centroafricana	ND	ND						
Chad	ID	ID	▼	↔				
Congo	ND	ND						
Côte d'Ivoire	▼ ≥ 25%	ID	▼					
Rep. Democrática del Congo	ID	ID						
Djibouti	ND	ND						
Gabón	ND	ND						
Haiti	ND	ND	▲	▲		▼		
Kenya	▼ ≥ 25%	▼ ≥ 25%	↔	↔	▼	▼	▲	↔
Lesotho	ID	ID						
Malawi#	▼ ≥ 25%	↔	▼	▼	▼	▼	↔	▲
Mozambique‡		↔	↔					
Namibia	ID	ID	↔					
Nigeria	ID	ID	↔	↔				
Rwanda	▼ NS	ND	↔					
Sudáfrica§		↔	↔	↔	↔	↔	▲	▲
Swazilandia	ND	ND						
Togo	ID	ID						
Uganda	ND	ND	▼		▲	↔	▲	▲
Rep. Unida de Tanzania	↔	▼ NS	↔	▼	↔	↔	▲	▲
Zambia¶		↔	↔		▼	↔	▲	↔
Zimbabwe	▼ ≥ 25%	▼ NS	▼	↔			↔	↔

Nota: Las casillas destacadas indican tendencias positivas en la prevalencia o el comportamiento.

- Leyendas:*** Centros utilizados de forma coherente en el análisis de la prevalencia mediana por año durante por lo menos tres años. Prueba de significación basada en H_0 : desviación=0. Análisis de países con más de tres años de datos basados en el siguiente número de centros urbanos y rurales sistemáticos: Botswana (10,10), Burundi (3,3), Côte d'Ivoire (9 urbano Kenya (20,13), Malawi(11,8), Mozambique (5 Sud 8 Centro, 7 Norte), Rwanda (6 urbano), Tanzania (11,8), Zimbabwe (7,6)
- ** Entre los jóvenes de 15-19 años, proporción de los que declararon haber iniciado las relaciones sexuales a los 15 años. Análisis basado en encuestas demográficas y de salud, encuestas a base de indicadores múltiples o encuestas nacionales realizadas entre 1992 y 2005.
- *** Entre los jóvenes de 15-19 años, proporción de los que declararon haber tenido relaciones sexuales con una pareja no habitual el último año. En Sudáfrica, proporción de los que comunicaron haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses. Análisis basado en encuestas demográficas y de salud y en encuestas nacionales de Sudáfrica realizadas entre 1992 y 2005.
- **** Entre los jóvenes de 15-19 años, proporción de los que declararon haber utilizado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja no habitual. Análisis basado en encuestas demográficas y de salud, encuestas a base de indicadores múltiples o encuestas nacionales realizadas entre 1992 y 2005.
- ▲ Aumento estadísticamente significativo.
▼ Descenso estadísticamente significativo.
▼ ≥ 25% Descenso estadísticamente significativo de más del 25%.
▼ NS Descenso con el tiempo estadísticamente no significativo.
↔ Sin pruebas de descenso.
ID Datos insuficientes, es decir, menos de tres años de datos recibidos.
ND Datos no disponibles.
- # En el análisis de los datos urbanos se tuvieron en cuenta las zonas semiurbanas y urbanas.
§ No se recibieron datos en respuesta al proceso de WG; análisis basados en datos del informe de vigilancia de Sudáfrica.
¶ No se recibieron datos en respuesta al proceso de WG; análisis basados en datos del informe de vigilancia de 2005 de Zambia, así como en datos urbanos y rurales combinados.
‡ El análisis en Mozambique se realizó para las zonas sur, norte y centro.