



ÁFRICA SUBSAHARIANA

En 2006, casi las dos terceras partes (63%) de todas las personas infectadas por el VIH viven en África subsahariana: 24,7 millones [21,8-27,7 millones]. Se estima que 2,8 millones [2,4-3,2 millones] de adultos y niños contrajeron la infección por el VIH en 2006, más que en todas las otras regiones del mundo combinadas. Los 2,1 millones [1,8-2,4 millones] de fallecimientos por SIDA en África subsahariana representan el 72% de todos los fallecimientos por SIDA en el mundo. En toda esta región, las mujeres soportan una parte desproporcionada de la carga del SIDA: no sólo tienen más probabilidades que los varones de infectarse por el VIH sino que, en la mayoría de los países, también tienen más probabilidades de ser las que cuiden a las personas infectadas por el virus.

En África subsahariana, las mujeres tienen más probabilidades que los varones de infectarse por el VIH, y es más probable que sean ellas quienes cuiden de las personas infectadas por el VIH.

Aunque hay pruebas de que están retrocediendo algunas de las epidemias de la región, las tendencias en la mayoría de los países parecen haberse estabilizado. En esencia, esto refleja un equilibrio: el número de nuevas infecciones por el VIH equivale aproximadamente al número de personas que fallecen por SIDA.

El suministro de terapia antirretrovírica se ha ampliado espectacularmente en África subsahariana: más de un millón [930 000-1,15 millones] de personas estaban recibiendo tratamiento antirretrovírico en junio de 2006, un incremento de diez veces desde diciembre de 2003 (OMS/ONUSIDA, 2006). En los últimos años, los esfuerzos de ampliación progresiva han sido especialmente constantes

en unos pocos países, como Botswana, Kenya, Malawi, Namibia, Rwanda, Sudáfrica, Uganda y Zambia. Sin embargo, en términos absolutos, las necesidades de la región son tan ingentes que está recibiendo terapia antirretrovírica menos de una cuarta parte (23%) de los 4,6 millones [4-5,4 millones] de personas que se estima que la necesitan (OMS/ONUSIDA, 2006).

África meridional

África meridional sigue siendo el epicentro de la epidemia mundial de VIH: el 32% de las personas con el VIH en todo el mundo vive en esta subregión, en la que se registra el 34% de todos los fallecimientos por SIDA en el planeta.

En África meridional, la única prueba de descenso en la prevalencia nacional del VIH en adultos procede de **Zimbabue**, donde han disminuido tanto la prevalencia como la incidencia del VIH (ONUSIDA, 2005). Los datos de dispensarios prenatales indican que los niveles de infección por el VIH en mujeres embarazadas, que se situaron en torno al 30-32% a principios de los años 2000, descendieron hasta el 24% en 2004. En la capital, Harare, la prevalencia entre mujeres embarazadas alcanzó un máximo superior al 36% en 1996, antes de caer hasta aproximadamente el 21% a mediados de 2004 (Mahomva et al., 2006; Hargrove et al., 2005; Mugurungi et al., 2005). Sin embargo, las incongruencias y sesgos en algunos de los datos dan a entender que la magnitud del descenso en la prevalencia del VIH podría no ser tan sustancial como se desprende de la información procedente de los dispensarios prenatales (ONUSIDA, 2005). Al mismo tiempo, también se ha observado una tendencia a la baja en la prevalencia del VIH en poblaciones rurales de Manicaland, junto con indicios de cambio en el comportamiento sexual (Gregson et al., 2006).

Los descensos en la prevalencia observados parecen relacionarse con una combinación de factores, en especial una reducción en las relaciones sexuales con parejas sexuales no habituales junto con un incremento en el uso de los preservativos y un retraso en el inicio de la actividad sexual (Mahomva et al., 2006; ONUSIDA, 2005). En Manicaland, por ejemplo, durante el periodo 2001-2003 el número de varones con experiencia sexual que dijeron que habían tenido recientemente relaciones con una pareja «ocasional» se redujo casi a la mitad (49%) en comparación con 1998-2000. El uso sistemático de preservativos con las parejas «ocasionales» aumentó entre las mujeres (del 26% al 37% durante los mismos periodos), pero no entre los varones (Gregson et al., 2006). Una combinación de mayor sensibilización sobre el SIDA, una infraestructura sanitaria relativamente extensa y la ansiedad creciente a causa de la mortalidad por SIDA parece haber inducido estos cambios de comportamiento. Además, las altas tasas de mortalidad han contribuido considerablemente al descenso en la prevalencia del VIH.

De todos modos, aproximadamente uno de cada cinco adultos (20,1%, en un intervalo de 13,3-27,6%) en Zimbabwe está viviendo con el VIH (ONUSIDA, 2006), lo que convierte su epidemia en una de las peores del mundo. La esperanza de vida promedio estimada para las mujeres de Zimbabwe figura actualmente entre las más bajas del mundo: 34 años. Se estima que, entre los varones, es de 37 años (OMS, 2006). La carencia de alimentos, el empobrecimiento, los alejamientos forzados y la sequía han obligado a muchos cientos de miles de zimbabwenses a migrar en busca de oportunidades de sustento. Los posibles efectos de estas convulsiones sobre las tendencias en la transmisión del VIH todavía no resultan evidentes, pero podrían ser profundos, como lo podrían ser los efectos de la crisis económica de Zimbabwe sobre su programa de tratamiento antirretrovírico.

El declive en la prevalencia del VIH de Zimbabwe parece estar relacionado, en parte, con los cambios comportamentales que se remontan a mediados y finales del decenio de 1990.

En **Sudáfrica**, unos 5,5 millones [4,9-6,1 millones] de personas (ONUSIDA, 2006),² incluidos 240 000 [93 000-500 000] niños menores de 15 años, estaban viviendo con el VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006). Los datos sobre el VIH recopilados a través

del amplio sistema nacional de vigilancia en dispensarios prenatales señalan que la prevalencia del VIH todavía no ha alcanzado una fase de estabilización.

Los últimos datos indican una tendencia continua al alza en los niveles nacionales de infección por el VIH entre mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales públicos: del 22,4% en 1999 al 30,2% en 2005 (un incremento del 35%) (véase figura 1) (Departamento de Salud de Sudáfrica, 2006). Sin embargo, la prevalencia del VIH entre los jóvenes puede estar estabilizándose. La vigilancia prenatal sugiere que la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas de 15-24 años ha permanecido relativamente estable desde 2000, a un nivel del 14-16% entre las de 15-19 años y del 28-31% entre las de 20-24 años (Departamento de Salud de Sudáfrica, 2006).

Como en el resto de África subsahariana, la epidemia de Sudáfrica afecta de forma desproporcionada a las mujeres. Las mujeres jóvenes (15-24 años) tienen una probabilidad cuatro veces mayor de estar infectadas por el VIH que los varones jóvenes: en 2005, la prevalencia entre mujeres jóvenes era del 17%, en comparación con el 4,4% entre varones jóvenes (Shisana et al., 2005). Estos niveles de infección eran similares a los hallados en la encuesta nacional de 2003 sobre personas de 15-24 años, en la que se comprobó que estaban infectados por el VIH el 15,5% de las mujeres jóvenes y el 4,8% de los varones jóvenes (Pettifor et al., 2004). Una de cada tres mujeres de 30-34 años estaba viviendo con el VIH en 2005, al igual que uno de cada cuatro varones de 30-39 años, según la encuesta nacional por hogares sobre el VIH de 2005. Asimismo, se registraron altos niveles de infección entre los varones mayores de 50 años, más del 10% de los cuales resultaron VIH-positivos (Shisana et al., 2005).

Tras emerger un poco más tarde que la mayoría de las demás epidemias de VIH en la subregión, la epidemia de Sudáfrica ha alcanzado ahora la fase en que está falleciendo por SIDA un número creciente de personas. Los últimos datos oficiales de mortalidad indican que los fallecimientos totales (por todas las causas) en Sudáfrica aumentaron un 79% entre 1997 y 2004 (de 316 505 a 567 488) (Statistics South Africa, 2006). Las tasas de mortalidad por causas naturales entre las mujeres de 25-34 años se quintuplicaron de 1997 a 2004, y entre los varones de 30-44 años se multiplicaron por un factor superior a dos durante el mismo periodo. Una gran proporción de la tendencia al alza en las tasas de mortalidad puede atribuirse a la epidemia

² Todas las estimaciones del número total de personas que viven con el VIH en un país determinado corresponden a 2005.

BROTOS DE TUBERCULOSIS CON FARMACORRESISTENCIA GENERALIZADA

El brote de tuberculosis (TB) con farmacorresistencia generalizada detectado en KwaZulu-Natal a principios de 2005 ha puesto de relieve la combinación letal de VIH y TB en Sudáfrica, donde se estima que el 60% de todos los pacientes con TB también están infectados por el VIH.

De las 53 personas a las que se diagnosticó inicialmente TB con farmacorresistencia generalizada en un hospital de distrito de la provincia de KwaZulu-Natal entre enero de 2005 y marzo de 2006, 44 se sometieron a la prueba del VIH, y se comprobó que todas ellas eran VIH-positivas. La mortalidad fue muy alta: 52 de los pacientes fallecieron, en promedio, durante el mes siguiente a la recogida inicial de esputo. A principios de octubre de 2006 se había identificado XDR-TB³ en 33 establecimientos de salud de toda la provincia de KwaZulu-Natal.

La farmacorresistencia de la TB surge principalmente a causa de un control inadecuado de la enfermedad, la inobservancia de los ciclos convencionales de tratamiento de la TB por parte del paciente o el médico, la mala calidad de las medicaciones o un suministro insuficiente de fármacos. Las personas que viven con el VIH (PVV) son particularmente vulnerables a desarrollar TB farmacorresistente debido a su mayor riesgo de exposición, infección y progresión a TB activa.

Este brote subraya la necesidad de asegurar rápidamente un control eficaz de la TB en las personas que viven con el VIH a fin de prevenir el desarrollo y propagación de la resistencia farmacológica. Hay que mejorar el acceso a cultivos de TB y pruebas de sensibilidad farmacológica, y en los dispensarios de atención para el VIH deben introducirse prácticas eficaces de control de infecciones con objeto de prevenir la propagación de la TB.

El problema, sin embargo, no queda únicamente limitado a África subsahariana. En marzo de 2006, la OMS y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos comunicaron que el 2% de los cultivos de TB efectuados en 25 laboratorios de referencia supranacionales cumplía los criterios de TB con farmacorresistencia generalizada, y llegaron a la conclusión de que esta variante de TB está presente en todas las regiones del mundo (CDC y OMS, 2006). Dado que los cultivos de TB y las pruebas de sensibilidad farmacológica no se realizan sistemáticamente en la mayoría de los contextos con pocos recursos, no se conoce todavía la extensión real de la epidemia.

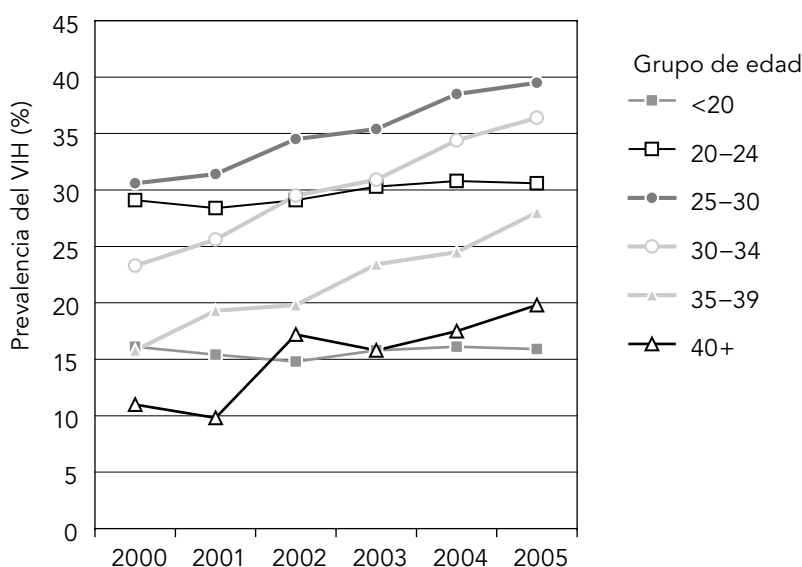
Los días 9 y 10 de octubre de 2006, la OMS convocó una reunión de un Grupo de trabajo mundial sobre XDR-TB para estudiar las pruebas disponibles y desarrollar un plan de acción de emergencia con miras a prevenir y contener XDR-TB, así como medidas orientadas a tratar la enfermedad en pacientes. En esta reunión, se revisó la definición de XDR-TB.³

Esta reunión se hizo a continuación de una consulta de expertos celebrada en Johannesburgo (Sudáfrica) los días 7 y 8 de septiembre, que fue organizada conjuntamente por el Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas, la OMS y los CDC, en la cual se estableció un plan de acción de siete puntos:

- Efectuar investigaciones rápidas sobre la TB farmacorresistente extensa.
- Aumentar la capacidad de los laboratorios.
- Mejorar la capacidad técnica de los directores clínicos y de salud pública para que respondan de forma eficaz a los brotes de XDR-TB.
- Poner en práctica medidas de precaución para controlar la infección.
- Aumentar el apoyo a la investigación para el desarrollo de medicamentos contra la TB.
- Aumentar el apoyo a la investigación para el desarrollo de pruebas diagnósticas rápidas.
- Promover el acceso universal a fármacos antirretrovíricos por medio de actividades conjuntas sobre TB/VIH.

³ XDR-TB: resistencia a por lo menos los dos fármacos de primera línea más poderosos contra la TB –la rifampicina y la isoniazida-, a una fluoroquinolona y a uno o más de los siguientes medicamentos inyectables: amikacina, kanamicina y capreomicina.

Prevalencia del VIH por grupo de edad entre clientes de dispensarios prenatales en Sudáfrica, 2000-2005



Fuente: Departamento de Salud de Sudáfrica (2006, National HIV and Syphilis Prevalence Survey South Africa; 2003, National HIV and Syphilis Antenatal Sero-Prevalence Survey in South Africa)

Figura 3

de SIDA (Anderson y Phillips, 2006; Actuarial Society of South Africa, 2005; Medical Research Council, 2005; Bradshaw et al., 2004; Dorrington et al., 2001). Además, las tasas crecientes de mortalidad han determinado que la esperanza de vida promedio caiga por debajo de los 50 años en tres provincias (Eastern Cape, Free State y KwaZulu-Natal) (Actuarial Society of South Africa, 2005).

En Sudáfrica, las tasas de mortalidad por causas naturales entre las mujeres de 25-34 años se quintuplicaron de 1997 a 2004, y entre los varones de 30-44 años se multiplicaron por un factor superior a dos.

Aun así, una gran proporción de sudafricanos no cree que corra riesgo de contraer la infección por el VIH. Se comprobó que eran VIH-positivos alrededor del 13% de las personas que se realizaron su primera prueba del VIH durante la encuesta nacional por hogares de 2005. Hasta entonces, la mayoría de ellas se habían negado a someterse a la prueba porque pensaban que no tenían ningún riesgo de infección. En conjunto, la mitad de los encuestados que se comprobó que estaban infectados por el VIH dijeron que pensaban que no corrían

ningún riesgo de contraer el virus (Shisana, 2005). Aproximadamente dos millones de sudafricanos que viven con el VIH no saben que están infectados y creen que no se enfrentan a ningún riesgo de infección, y, por tanto, no son conscientes de que pueden transmitir el virus a otros. En ausencia de una mayor aceptación de las pruebas del VIH, por lo general las personas infectadas sólo se percatan de su estado cuando desarrollan síntomas, lo que también puede limitar el beneficio potencial del tratamiento antirretrovírico.

Swazilandia tiene actualmente la mayor prevalencia del VIH en adultos de todo el mundo: 33,4% [21,2-45,3%]. Como en **Lesotho** (véase figura 2), muchas mujeres jóvenes parecen abstenerse de tener relaciones sexuales como mínimo hasta el final de la segunda década de vida. En un estudio, casi dos de cada tres (61%) estudiantes femeninas de secundaria dijeron que todavía no habían tenido relaciones sexuales (Buseh, 2004). Sin embargo, parece que, cuando las mujeres jóvenes se vuelven sexualmente activas, corren un riesgo altísimo de contraer el VIH. Entre mujeres jóvenes (15-24 años) atendidas en dispensarios prenatales, la prevalencia del VIH era del 39% a nivel nacional y del 43% en Manzini (Ministerio de Salud y Bienestar Social de Swazilandia, 2005).

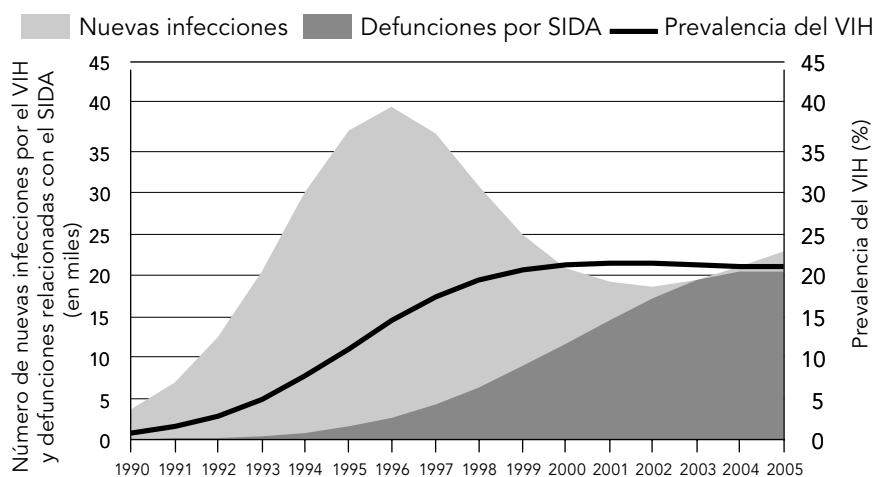
Los niveles nacionales de infección por el VIH en adultos también son altos en **Botswana**, **Lesotho** y **Namibia** (20–24%). En **Namibia** se estima que 230 000 [110 000–360 000] personas vivían con el VIH en 2005 y que la prevalencia nacional del VIH en adultos era del 19,6% [8,6–31,7%] (ONUSIDA, 2006). Las zonas más afectadas son la franja de Caprivi, en el nordeste (donde se ha comprobado que el 43% de las mujeres embarazadas están infectadas por el VIH); Erongo, en el centro (prevalencia del VIH del 27%), y Oshana, en el norte (prevalencia del 25%) (Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Namibia, 2004). Se ha comunicado que los programas dirigidos a reducir la transmisión materno-infantil del VIH permitieron que el 16% de las mujeres embarazadas VIH-positivas de Namibia recibiera profilaxis antirretrovírica en 2005, un avance considerable respecto a la cobertura del 0,1% comunicada dos años antes (Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Namibia, 2005).

Las recientes encuestas de población, junto con otros datos sobre el VIH, proporcionan una pano-

retrocediendo. De todas formas, al menos el 40% de las mujeres embarazadas de 25–39 años estaban viviendo con el VIH en 2005, al igual que una de cada dos mujeres embarazadas de 30–34 años. En este último grupo de edad parece que los niveles de infección por el VIH todavía están aumentando (Seipone, 2006).

Los niveles de infección en mujeres embarazadas varían considerablemente entre las distintas regiones de Botswana: desde el 21% en el distrito de Goodhope (en el sur) hasta el 47% en Selebi-Phikwe (una populosa comunidad minera en el este). En los distritos de Francistown y Tutume (ambos en el nordeste) se ha comprobado que más del 40% de las mujeres embarazadas estaban infectadas por el VIH (Ministerio de Salud de Botswana, 2006). Sorprendentemente, el conocimiento sobre el VIH sigue siendo escaso: sólo uno de cada tres jóvenes de 15–24 años identificó correctamente formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazó conceptos erróneos importantes al respecto. Esto parece concordar con el patrón regional

Número estimado de nuevas infecciones y defunciones anuales relacionadas con el SIDA entre adultos (15 y más años) en relación con la tendencia estabilizadora de la tasa de prevalencia estimada entre adultos (15–49 años), Lesotho, 1990–2005



Fuente: Gobierno de Lesotho/ONUSIDA, 2006.

Figura 4

rámica más precisa de la epidemia de **Botswana**, donde la prevalencia sigue figurando entre las más altas del mundo. Desde 2001 se ha registrado un ligero descenso en la prevalencia nacional del VIH entre mujeres embarazadas (del 36% al 33% en 2005), especialmente entre las de 15–24 años, lo que parece indicar que la epidemia podría estar

(Organismo Nacional de Coordinación del SIDA, 2005). Por otra parte, se estima que uno de cada tres adultos en Botswana conoce su estado del VIH, y parece haber un apoyo público generalizado al sistema de consentimiento implícito de asesoramiento y pruebas voluntarias introducido en 2003 (Weiser et al., 2006).

En **Lesotho**, la prevalencia del VIH en adultos se ha mantenido relativamente estable durante los últimos años, pero a niveles elevados, de modo que casi uno de cada cuatro (23,2%, con un intervalo de 21,9-24,7%) adultos vivía con el VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006). Tal como ilustra la figura 2, la estabilidad aparente de la epidemia de Lesotho –tal como ocurre en muchos otros países de África subsahariana– oculta tasas elevadas de nuevas infecciones por el VIH y fallecimientos a causa del SIDA. Lesotho tendrá que superar una serie de dificultades si pretende controlar su epidemia. Las relaciones sexuales ocasionales siguen siendo habituales, por ejemplo, y el uso de preservativos no es frecuente. Dos tercios de los varones y un tercio de las mujeres afirman que tuvieron relaciones sexuales con una persona distinta de su pareja habitual durante el último año; menos de la mitad utilizaron un preservativo en tales relaciones (Ministerio de Salud y Bienestar Social de Lesotho y ORC Macro, 2004).

Los esfuerzos para mejorar la prevención del VIH entre los jóvenes también deben ampliarse. Aproximadamente el 15% de las mujeres jóvenes y el 27% de los varones jóvenes (15-24 años de edad) son sexualmente activos antes de cumplir los 15 años, y sin embargo, el 40% de los padres encuestados no quiere que sus hijos de esa edad aprenda el uso del preservativo en la escuela. Sólo el 18% de los varones jóvenes y el 26% de las mujeres jóvenes saben cómo prevenir la transmisión sexual del VIH y no tienen conceptos erróneos importantes sobre el virus, tal como halló una encuesta de 2004 (Ministerio de Salud y Bienestar Social de Lesotho y ORC Macro, 2004). El impacto de la epidemia en las mujeres jóvenes es terrible. Entre las mujeres de 18-19 años de edad, menos del 10% son VIH-positivas, pero cuando celebran el vigesimosegundo aniversario, el 30% ya ha contraído el VIH, y cuando llegan a los 24 años, casi el 40% están infectadas. Para una gran proporción de las mujeres jóvenes de Lesotho, retrasar el inicio de la actividad sexual significa simplemente posponer una posterior infección por el VIH (Comisión Nacional del SIDA de Lesotho y ONUSIDA, 2006).

Después de ampliar su sistema de vigilancia centinela del VIH a todas las provincias en los últimos años, **Angola** está adquiriendo gradualmente una mejor comprensión de su epidemia. Con una tasa inferior al 5%, la prevalencia nacional del VIH en adultos en Angola es menor que la de cualquier otro país de África meridional. Sin embargo, la epidemia de VIH varía sustancialmente entre las diferentes provincias. La prevalencia en mujeres embarazadas va desde menos del 1% en la

provincia central de Bie hasta el 9% en la provincia de Cunene, junto a la frontera con Namibia (Instituto Nacional de Lucha contra el SIDA, 2005). Esta variación ilustra en parte la inaccesibilidad relativa de ciertas regiones del país durante el largo conflicto armado de Angola, que finalizó a mediados de los años 1990.

Mientras que es demasiado pronto para discernir tendencias precisas en la epidemia de Angola, los datos de **Mozambique** indican un incremento significativo en los niveles de infección por el VIH desde el cambio de siglo. La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas (15-49 años) aumentó del 11% en 2000 al 16% en 2004 (Consejo de Lucha contra el VIH/SIDA, 2006), uno de los aumentos más abruptos que se han observado en África subsahariana en los últimos años.

Los niveles de infección por el VIH en mujeres embarazadas son máximos en el sur y centro del país. Se han registrado aumentos especialmente acusados en la ciudad de Maputo, provincia de Maputo, Sofala y Gaza, donde la prevalencia del VIH osciló entre el 18% y el 27% en 2004. En centros centinela de Quelimane (provincia de Zambezia) y Beira (provincia de Sofala), una de cada tres mujeres atendidas en servicios de atención prenatal era VIH-positiva en 2004 (Programa Nacional de Control de ETS y VIH/SIDA, 2005). En ciertas regiones del norte, donde la epidemia avanzó inicialmente a un ritmo mucho más lento que en otras partes del país, la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas casi se ha duplicado desde 2000, hasta alcanzar el 9,2% y 11% en Nampula y Niassa, respectivamente, en 2004. El hecho de que la prevalencia también haya estado aumentando entre las mujeres embarazadas jóvenes sugiere que las nuevas infecciones siguen creciendo y puede señalar una ulterior propagación de la epidemia en el país (Consejo de Lucha contra el VIH/SIDA, 2006).

Casi un millón de personas [940 000 con un intervalo de 480 000-1,4 millones] vivían con el VIH en Malawi en 2005. Se estima que la prevalencia nacional del VIH en adultos era del 14,1% [6,9-21,4%] en 2005 (ONUSIDA, 2006), una cifra próxima a la prevalencia en adultos del 12,7% comunicada en la Encuesta Demográfica y de Salud de 2004 (Oficina Nacional de Estadística y ORC Macro, 2005).

En conjunto, los niveles de infección por el VIH en Malawi parecen haberse estabilizado desde el cambio de siglo, con una prevalencia mediana del VIH medida en centros de vigilancia centinela que fluctuó entre el 15% y el 17% en 2001-2005

(Comisión Nacional del SIDA de Malawi, 2005). Sin embargo, los niveles de infección disminuyeron en centros de vigilancia del VIH urbanos y semiurbanos, desde el 26-27% en 1999 hasta el 17-20% en 2005 (Comisión Nacional del SIDA de Malawi, 2005). En la capital, Lilongwe, la prevalencia del VIH en mujeres que utilizaron servicios prenatales alcanzó su cota máxima del 27% en 1996, antes de retroceder hasta el 17% en 2003. Este descenso, sin embargo, no se mantuvo en 2005, cuando la prevalencia en mujeres embarazadas aumentó ligeramente hasta el 19% (Bello, Chipeta, Aberle-Grasse, 2006; Comisión Nacional del SIDA de Malawi, 2005).

Ciertos cambios de comportamiento parecen asociarse a los descensos observados. En una encuesta de 2000, un menor porcentaje de mujeres y varones comunicó que tenía relaciones sexuales con múltiples parejas, en comparación con 1996. La proporción de varones jóvenes (15-24 años) con dos o más parejas ocasionales disminuyó en más de la mitad (del 28% al 12%), mientras que el descenso correspondiente entre las mujeres jóvenes fue del 3% a menos del 1%. En 2000, en comparación con 1996, más mujeres jóvenes indicaron que utilizaban preservativos con las parejas ocasionales (31% frente a 22%), aunque la tasa de uso de preservativos entre los varones jóvenes se mantuvo en el mismo 38%. El porcentaje de mujeres y varones que se abstuvieron de relaciones sexuales durante los últimos 12 meses varió muy ligeramente entre 1996 y 2000 (aumentó del 21% al 22% en el caso de las mujeres y del 17% al 20% en el de los varones) (Oficina Nacional de Estadística y ORC Macro, 2001 y 1997). Además, es probable que las crecientes tasas de mortalidad (que se duplicaron entre 1992 y 2000) fueran responsables de una parte importante de los descensos observados en la prevalencia del VIH.

Con los niveles actuales de prevalencia del VIH, y en ausencia de tratamiento, los jóvenes de Zambia se enfrentan a un riesgo del 50% de fallecer por SIDA a lo largo de su vida.

Aunque Malawi es un país pequeño, su epidemia varía considerablemente de un lugar a otro. Con una tasa del 17,6% en 2004, la prevalencia del VIH en adultos en la región meridional fue casi tres veces mayor que en la región central y dos veces mayor que en la región septentrional (Oficina Nacional de Estadística y ORC Macro, 2005). La epidemia en el norte ha seguido creciendo, con una prevalencia del VIH en las zonas rurales que se ha triplicado desde

aproximadamente el 5% en 1998 hasta más del 15% en 2003 (Bello, Chipeta, Aberle-Grasse, 2006; Ministerio de Salud y Población de Malawi, 2005). Esta tendencia en el norte puede relacionarse con el crecimiento socioeconómico en la ciudad de Mzuzu y sus alrededores y a lo largo de las principales rutas de transporte (Bello, Chipeta, Aberle-Grasse, 2006; Ministerio de Salud y Población de Malawi, 2005).

Como en otros países de la región, la prevalencia del VIH entre las mujeres jóvenes (15-24 años) de Malawi es mucho mayor que entre los varones de edad similar: 9% frente a 2% en conjunto, y 13% frente a menos del 1% en las zonas urbanas (Oficina Nacional de Estadística y ORC Macro, 2005). En una encuesta de 2004, sólo una de cada cuatro mujeres jóvenes demostró un conocimiento exhaustivo sobre el VIH, en comparación con más de uno de cada tres varones (Oficina Nacional de Estadística y ORC Macro, 2005).

La prevalencia global del VIH entre las mujeres que acuden a dispensarios prenatales de **Zambia** también ha permanecido relativamente estable desde mediados de los años 1990; así, entre las mujeres embarazadas de 15-39 años la tasa de prevalencia se mantuvo en el 19-20% durante el periodo 1994-2004. Sin embargo, los datos muestran patrones y tendencias localizados y divergentes, de modo que los niveles de infección por el VIH en mujeres embarazadas de 15-44 años varían de menos del 10% en algunos lugares a más del 25% en otros. La prevalencia del VIH es máxima en zonas urbanas a lo largo de las principales rutas de transporte del país, como Kabwe, Livingstone y Ndola (Ministerio de Salud de Zambia, 2005).

En zonas urbanas se ha observado un ligero descenso en los niveles de infección por el VIH –del 28% en 1994 al 25% en 2004– entre las mujeres embarazadas de 15-39 años. Este retroceso era más acusado entre las mujeres embarazadas de 20-24 años (la prevalencia disminuyó del 30% en 1994 al 24% en 2004) y las de 15-19 años (la prevalencia disminuyó del 20% en 1994 al 14% en 2004) (Ministerio de Salud de Zambia, 2005).

En las zonas rurales, sin embargo, la prevalencia del VIH aumentó ligeramente, del 11% al 12% durante el periodo 1994-2004 (Ministerio de Salud de Zambia, 2005). Entre las mujeres embarazadas de mayor edad (30-39 años) en las zonas urbanas, la prevalencia se incrementó de forma notable (del 24% al 30%) durante el mismo periodo. En las mujeres embarazadas jóvenes de algunos núcleos urbanos (como Mongu), la prevalencia del VIH se ha mantenido alta (en el 28-30% durante 1994-

2004), mientras que en ciertas zonas rurales los niveles de infección casi se han duplicado en el mismo periodo (del 7% al 14% en Kalabao, por ejemplo) (Sandoy et al., 2006; Ministerio de Salud de Zambia, 2005). Con los niveles actuales de prevalencia del VIH, y en ausencia de tratamiento, los jóvenes de Zambia se enfrentan a un riesgo del 50% de fallecer por SIDA a lo largo de su vida (Ministerio de Salud de Zambia, 2005).

Los países isleños en la costa de África meridional están experimentando epidemias mucho menores. En **Madagascar**, la prevalencia nacional del VIH en adultos se situaba bastante por debajo del 1% en 2005, con una cifra estimada de 49 000 [16 000-110 000] personas que vivían con el VIH. No obstante, el conocimiento sobre el virus es escaso, y el uso de preservativos, sumamente infrecuente. En una encuesta de 2003-2004, sólo uno de cada cinco malgaches podía citar dos métodos para prevenir la transmisión sexual del VIH. Casi una de cada tres (31%) mujeres jóvenes y casi tres de cada cuatro (72%) varones jóvenes dijeron que habían tenido relaciones sexuales con una pareja ocasional durante los últimos 12 meses, y a pesar de ello, sólo aproximadamente uno de cada 10 (12%) de estos varones y una de cada 20 (5%) de estas mujeres indicaron que habían utilizado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional (Instituto Nacional de Estadística de Madagascar y ORC Macro, 2005a).

Mauricio tiene que dirigir esfuerzos más sólidos de prevención a los consumidores de drogas intravenosas, y en especial a aquellos que también comercian con el sexo (Dewing et al., 2006). Entre los consumidores de drogas intravenosas, la exposición a equipos de inyección contaminados es el principal factor de riesgo de infección por el VIH en la por ahora pequeña epidemia de Mauricio.

En ese país, alrededor de las tres cuartas partes de las infecciones por el VIH diagnosticadas durante los seis primeros meses de 2004 correspondieron a consumidores de drogas intravenosas (Sulliman y Ameerberg, 2004). El uso de equipos de inyección no estériles parece ser habitual: en una encuesta de 2004, el 80% de los consumidores de drogas intravenosas dijeron que habían compartido agujas durante los tres meses anteriores. Entre los que aceptaron someterse a la prueba del VIH, el 4% resultó estar infectado. Un gran porcentaje (75%) de los profesionales del sexo indicaron que consumían drogas intravenosas, y el uso de preservativos era infrecuente (sólo el 32% los había utilizado de forma sistemática durante los últimos tres meses). Después de la prueba del VIH se comprobó que el 13% de los profesionales del sexo estudiados estaban infectados (Sulliman, Ameerberg y Dhannoo, 2004).

África oriental

En África oriental parecen continuar las tendencias generales hacia la estabilización o descenso en la prevalencia del VIH.

Tras disminuir durante los años 1990, la epidemia de **Uganda** se ha estabilizado en conjunto. La prevalencia nacional del VIH en adultos se situaba en el 6,7% [5,7-7,6%] en 2005, pero era significativamente mayor entre las mujeres (casi el 8%) que entre los varones (5%) (ONUSIDA, 2006; Ministerio de Salud de Uganda y ORC Macro, 2006). Aproximadamente un millón [850 000-1,2 millones] de ugandeses vivían con el VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006). A nivel regional, la prevalencia era mínima en la región del Nilo Occidental y máxima en las regiones de Kampala, Centro y

CONFLICTOS Y RIESGO DE VIH

Los hallazgos de investigaciones recientes en Uganda suscitan dudas sobre el presupuesto tan extendido de que los refugiados y desplazados dentro del país tienen mayores probabilidades de estar infectados por el VIH que las personas que viven en entornos mucho más estables. Se estima que Acholiland, en el norte de Uganda, alberga a unos dos millones de personas desplazadas internamente. Con una tasa algo superior al 8%, la prevalencia del VIH en la región es alta (Ministerio de Salud de Uganda y ORC Macro, 2006). Sin embargo, un estudio entre mujeres embarazadas de los distritos de Gulu, Kitgum y Pader comprobó que las que vivían fuera de campamentos protegidos tenían una mayor probabilidad de estar infectadas por el VIH que sus homólogas desplazadas que vivían en campamentos protegidos. Esto podría ser debido a la menor movilidad y el mayor acceso a servicios de salud y prevención de las mujeres refugiadas en algunos de estos campamentos (Fabiani et al., 2006). Una reciente revisión de las publicaciones sobre el VIH y las personas desplazadas en ocho países (incluido Uganda) tampoco encontró pruebas de que los conflictos favorezcan la transmisión del VIH (Spiegel y Harroff-Tavel, 2006).

TASAS MUY ALTAS DE PALUDISMO EN PERSONAS INFECTADAS POR EL VIH

Se están detectando niveles insospechadamente altos de infección por el VIH en adultos que solicitan tratamiento para el paludismo en Uganda. Más del 30% de los adultos atendidos en centros sanitarios de distrito a causa de paludismo no complicado por *P. falciparum* estaban coinfectados por el VIH. El tratamiento clínico para el paludismo era tres veces más probable en adultos con el VIH. Estos hallazgos están en consonancia con un corpus creciente de pruebas en otras partes de África subsahariana según el cual el paludismo tiende a afectar con mayor frecuencia e intensidad a adultos infectados por el VIH. Esto subraya la necesidad de nuevas estrategias de asesoramiento y pruebas del VIH para adultos con paludismo no complicado por *P. falciparum* (Kamya et al., 2006).

Norte-Centro (superior al 8%) (Ministerio de Salud de Uganda y ORC Macro, 2006).

Las tendencias varían en la epidemia de Uganda. La prevalencia del VIH disminuyó radicalmente entre las mujeres embarazadas de Kampala y otras ciudades desde principios de los años 1990 hasta comienzos del nuevo siglo, en el contexto de un cambio significativo de comportamiento (incluidos la abstinencia sexual y el uso de preservativos durante las relaciones sexuales ocasionales) y una mayor mortalidad por SIDA (Kirungi et al., 2006). Sin embargo, en algunas zonas rurales hay indicios actualmente de un incremento en los niveles de infección. Entre 2000 y 2004, la prevalencia del VIH aumentó de tan sólo el 5,6% al 6,5 % en los varones y del 6,9% al 8,8% en las mujeres, según datos recopilados en un estudio efectuado en 25 aldeas. Se observó una tendencia similar –que se remonta a 2002– entre las mujeres embarazadas atendidas en cerca de la mitad de los centros de vigilancia prenatal incluidos en este estudio (Shafer et al., 2006). El despliegue a gran escala de fármacos antirretrovíricos (y la prolongación del tiempo de vida de las personas tratadas) no puede explicar el hecho de que hubiese un mayor número de personas que vivían con el VIH. El despliegue del tratamiento sólo se inició en 2004, mientras que el incremento en el porcentaje de personas que viven con el VIH comenzó varios años antes, hacia el 2000. El estudio rural constató que la *incidencia* del VIH en varones y mujeres de edad más avanzada (40-49 años) había estado aumentando desde 2000; de hecho, entre los varones, la incidencia alcanzó su cota máxima a niveles superiores a los que se habían observado en 1990-1994. Este hallazgo se reiteró en la encuesta nacional por hogares sobre el VIH de 2004-2005, que encontró altos niveles de infección entre los ugandeses de mediana edad (Ministerio de Salud de Uganda y ORC Macro, 2006). Podrían estar actuando ciertos cambios de comportamiento. El estudio rural, por ejemplo, comprobó que en el periodo 2000-2004 había aumentado el porcentaje

de varones de 40 años o más que dijeron que habían tenido al menos dos parejas ocasionales durante el último mes (Shafer et al., 2006).

Se requieren nuevas investigaciones para validar estas tendencias aparentes, pero los hallazgos actuales apuntan a un posible desgaste en los avances que había logrado Uganda en la lucha contra el SIDA durante los años 1990. Esta interpretación cuenta con el apoyo de datos nacionales de comportamiento que demuestran un uso errático de los preservativos (aproximadamente la mitad de los varones y mujeres de 15-49 años indicaron que habían utilizado un preservativo la última vez que habían tenido relaciones sexuales con una pareja ocasional) y un número creciente de varones que tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja durante el año anterior, según la encuesta nacional por hogares sobre el VIH de 2004-2005 (Ministerio de Salud de Uganda y ORC Macro, 2006).

Más alentadores, en cambio, son los hallazgos de un estudio reciente (en la zona rural de Tororo) según los cuales las personas que reciben terapia antirretrovírica tienen un riesgo significativamente menor de transmitir el VIH después de dos años de tratamiento, debido en parte a una fuerte reducción de la carga vírica y una menor frecuencia de las relaciones sexuales sin protección (Bunnell et al., 2006).

Con 1,3 millones [1,1-1,5 millones] de personas que están viviendo actualmente con el VIH, Kenya continúa enfrentándose a una grave epidemia de SIDA, a pesar de que hay indicios de una prevalencia decreciente del VIH entre las mujeres embarazadas (Cheluget, Marum, y Stover, 2006; OMS, 2005; Baltazar, 2005). La prevalencia nacional del VIH en adultos disminuyó desde el 10% a finales de los años 1990 hasta aproximadamente el 7% en 2003 (Ministerio de Salud de Kenya, 2005) y justo por encima del 6% [5,2-7,0%] en 2005 (ONUSIDA, 2006). También ha habido un descenso acusado en los niveles de infección entre las mujeres embarazadas que acuden a la mayoría de servicios prenatales

con datos congruentes y comparables sobre el VIH. En algunos de estos centros, la prevalencia del VIH disminuyó del 25% en 1998 al 8% en 2004, mientras que en otros el descenso fue del 15% en 2001 al 4,3% en 2004 (Cheluguet, Marum, y Stover, 2006).

Las posibles razones de estas tendencias son complejas. Los grandes esfuerzos de prevención del VIH en Kenya se iniciaron a partir de 2000, y hay indicios de que un mayor número de personas están retrasando el comienzo de la actividad sexual, que han aumentado las tasas de utilización de los preservativos y que un menor porcentaje de adultos tiene múltiples parejas sexuales. Sin embargo, parece que las nuevas infecciones por el VIH ya habían alcanzado su máximo a mediados de los años 1990, antes de la ampliación progresiva de los programas de prevención. Esto sugiere que otros factores —como la mortalidad creciente por SIDA y la saturación de la infección entre las personas de máximo riesgo— explican la mayor parte de la reducción en la prevalencia del VIH que se ha observado en los últimos años (Cheluguet, Marum, y Stover, 2006). Cabe esperar que los cambios de comportamiento recién observados mantengan la tendencia a la baja. Sin embargo, una nueva preocupación es la emergencia del consumo de drogas intravenosas como factor contribuyente a la epidemia de Kenya. Por ejemplo, un estudio de 2004 comprobó que estaban infectados por el VIH el 50% de los consumidores de drogas intravenosas de Mombasa (Ndeti, 2004), mientras que un estudio en Nairobi halló una tasa de seropositividad del 53% en este mismo grupo de población (Odek-Ogunde, 2004).

Se estima que, a finales de 2005, la **República Unida de Tanzania** tenía 1,4 millones [1,3-1,6 millones] de adultos y niños que vivían con el VIH, lo que la convierte en uno de los países más afectados del mundo. Aquí también, los niveles de infección por el VIH han disminuido ligeramente: del 8,1% al 6,5% a nivel nacional entre 1995 y 2004 (Somi et al., 2006), y del 14% al 11% en mujeres embarazadas de Dar es Salaam entre 1995 y 2003 (Urassa et al., 2006). En 2004, los niveles de infección por el VIH oscilaban entre el 15% y 19% en varias zonas urbanas de Mbeya e Iringa, las regiones más afectadas del país (Swai et al., 2006; Oficina Nacional de Estadística de Tanzania y ORC Macro, 2005).

Por otra parte, se ha observado una alta prevalencia del VIH en ambulatorios prenatales rurales; por ejemplo, 8% y 11% en Ilembo e Igamba (en la región de Mbeya) en 2004 (Swai et al., 2006). Según las proyecciones, en 2010 el número de

nuevas infecciones por el VIH en las zonas rurales (donde viven aproximadamente las tres cuartas partes de la población) podría ser dos veces mayor que en las zonas urbanas. Esto refuerza la necesidad de asegurar que en las zonas rurales del país también se desarrollen recursos suficientes de prevención, tratamiento y atención (Somi et al., 2006).

En África oriental, parece continuar la tendencia general de estabilización o disminución de la prevalencia del VIH. Sin embargo los hallazgos actuales apuntan a un posible desgaste en los avances que había logrado Uganda en la lucha contra el SIDA durante los años 1990.

Hay signos de que el consumo de drogas intravenosas, que se ha propagado con rapidez por África oriental (McCurdy et al., 2005a), también podría convertirse en un factor coadyuvante en la epidemia de **Tanzania**. No se conoce todavía la prevalencia del VIH entre tanzanos que se inyectan drogas, pero son habituales las prácticas con alta probabilidad de transmitir el virus. Según un pequeño estudio, hasta uno de cada tres consumidores de drogas intravenosas de Dar es Salaam ha utilizado equipos de inyección no estériles y la mayoría de las consumidoras femeninas también comercia con el sexo. Especialmente peligrosa es una práctica denominada *flashblood* (también conocida como *backloading* en otros países), que consiste en extraerse sangre en la jeringa después de haberse inyectado heroína, y luego pasar la jeringa a otros compañeros. Esta práctica, común entre las profesionales del sexo de Dar es Salaam que se inyectan drogas —y que pretende presuntamente compartir un chute con compañeros que no pueden comprar su propia droga—, acarrea un riesgo muy alto de transmisión del VIH (McCurdy et al., 2005b).

El consumo de drogas intravenosas también es una característica de la epidemia más reducida de Zanzíbar. La prevalencia del VIH entre mujeres que acuden a dispensarios prenatales fue del 0,9% en 2005. Sin embargo, un estudio reciente comprobó que uno de cada tres consumidores de drogas intravenosas está infectado por el virus. Cerca de la mitad (46%) de los consumidores de drogas indicaron que no utilizaban agujas estériles. Además, casi uno de cada cinco estaba infectado por la sífilis, lo que sugiere que, en este grupo de población, es prevalente una combinación de comportamientos de riesgo, tanto en las prácticas sexuales como de inyección (Dahoma et al., 2006).

La epidemia de **Rwanda** se ha estabilizado desde el comienzo de siglo, pero la prevalencia del VIH sigue siendo alta en la capital, Kigali, donde aproximadamente el 13% de las mujeres embarazadas resultaron VIH-positivas en 2003. En los últimos años, Rwanda ha ampliado la vigilancia del VIH, especialmente en las zonas rurales –donde se ha comprobado que la prevalencia es significativamente menor que en las zonas urbanas, con una tasa del 3% o inferior entre las mujeres embarazadas–, y ha introducido mejores metodologías de estimación de la epidemia (Kayirangwa et al., 2006). Por este motivo, sólo deberían compararse a lo largo del tiempo los datos de centros de vigilancia congruentes. Una comparación de este tipo pone de manifiesto un descenso en la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas de zonas urbanas, sobre todo en 1998-2003. En Kigali, la prevalencia disminuyó de poco más del 16% al 13% en el mismo periodo, mientras que en otras dos zonas urbanas el descenso fue del 9,5% al 5,8%. Esta tendencia a la baja parece que se ha debilitado en los últimos años. En zonas rurales, mientras tanto, la prevalencia del VIH ha permanecido estable, aunque a niveles considerablemente inferiores (del 2,1% al 2,8% entre 1998 y 2003) (Kayirangwa et al., 2006). Según los resultados preliminares de la última Encuesta Demográfica y de Salud, los niveles de infección por el VIH son más de tres veces mayores en las zonas urbanas que en las rurales: 7,3% frente a 2,2%. La prevalencia máxima sigue correspondiendo a Kigali, donde los niveles de infección son entre dos y tres veces mayores que en cualquier otra parte del país (Instituto Nacional de Estadística, 2005).

En 2005, poco más del 3% [2,7-3,8%] de los adultos –aproximadamente 150 000 personas– estaban viviendo con el VIH en el vecino Burundi, donde se aprecian tendencias divergentes en las distintas partes del país. La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas jóvenes (15-24 años) disminuyó del 13% al 9% durante 2000-2004 en los dispensarios prenatales de Bujumbura y otras zonas urbanas (Ministerio de Salud Pública de Burundi, 2005). Sin embargo, los últimos datos de vigilancia centinela indican un aumento brusco de las infecciones por el VIH entre las mujeres atendidas en dispensarios prenatales de Bujumbura (del 12,6% en 2004 al 18% en 2005), con niveles de infección que casi se duplican entre las mujeres jóvenes (15-24 años) que acuden a estos centros: del 8,6% en 2004 al 15,5% en 2005. Durante el mismo periodo, la prevalencia entre mujeres

embarazadas también aumentó en las zonas rurales (Ministerio de Salud Pública de Burundi, 2005)

De acuerdo con los datos sobre el VIH recopilados en dispensarios prenatales, en 2005 los niveles de infección por el VIH en adultos de Etiopía fueron más de cinco veces más elevados en las zonas urbanas (10,5%) que en las rurales (1,9%). En algunos dispensarios prenatales de Addis Abeba y otras zonas urbanas se ha observado un descenso gradual en la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas, sobre todo desde 1997-1998 (Ministerio Federal de Salud de Etiopía, 2006). No obstante, la prevalencia sigue siendo alta en el conjunto de Addis Abeba (donde ha permanecido en el 14-16% desde mediados de los años 1990) y otras urbes importantes (donde se ha mantenido entre el 11% y 13% durante el mismo periodo) (Hladik et al., 2006). Alrededor del 80% de la población del país vive en zonas rurales, donde la prevalencia entre mujeres que acuden a dispensarios prenatales aumentó del 1,9% en 2000 al 2,6% en 2003, y pasó al 2,2% en 2005 (Hladik et al., 2006; Ministerio Federal de Salud de Etiopía, 2004; Ministerio Federal de Salud de Etiopía, 2006).

Dado que sólo una minoría de las mujeres embarazadas acude a estos dispensarios en Etiopía, los datos sobre el VIH recopilados en tales centros ofrecen una imagen incompleta de las tendencias epidemiológicas. Por tanto, los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud de 2005 (que incluyeron a más de 13 000 varones y mujeres de todas las regiones) ofrecen una imagen más nítida para perfilar la epidemia de Etiopía. Según la encuesta, el 1,4% de los adultos (15-49 años) estaba viviendo con el VIH en 2005, y la prevalencia en mujeres adultas era dos veces mayor que en varones adultos. Los niveles de infección eran mucho más altos en las zonas urbanas (5,5% entre adultos) que en las rurales (0,7%) (Organismo Central de Estadística de Etiopía y ORC Macro, 2006).⁴

Los datos más recientes de la vecina **Eritrea** también indican una epidemia estable, con una seropositividad del 2,4% entre las mujeres que solicitan atención prenatal. Esto es compatible con la prevalencia del VIH del 2,8% y 2,4% observada en 2001 y 2003, respectivamente. La prevalencia oscilaba desde más del 7% en Assab (en el sur) y el 6% en Assia (en el centro del país) hasta el 0% en Shieb (también en el centro) (Ministerio de Salud de Eritrea, 2006).

⁴ Las diferencias en las estimaciones del VIH –según los datos de dispensarios prenatales y los presentados en esta encuesta de población– parecen derivar principalmente de la cobertura limitada de los servicios de atención prenatal en Etiopía y de discrepancias en la cobertura geográfica entre los dos sistemas de vigilancia. Conviene señalar que la prevalencia del VIH en la encuesta poblacional entre las mujeres que habían recibido atención prenatal era la misma (3,5%) que la prevalencia estimada a partir de los datos de dispensarios prenatales (Organismo Central de Estadística de Etiopía y ORC Macro, 2006).

No se dispone de nuevos datos sobre la epidemia de **Somalia**, donde una encuesta de vigilancia centinela en 2004 encontró niveles de infección por el VIH comparativamente bajos: 0,9% entre las mujeres embarazadas a nivel nacional. En algunos dispensarios prenatales, la prevalencia del VIH era considerablemente más alta que en 1999: en Hargeisa había aumentado del 0,7% al 1,6%, mientras que en Berbera había pasado del 0% al 2,3% (OMS, 2005a). El conocimiento sobre la transmisión del VIH es bajo, y el uso de preservativos, muy infrecuente. Según una encuesta, más del 85% de los varones y mujeres jóvenes (15-24 años) nunca han utilizado un preservativo (OMS, 2005b).

África occidental y central

La prevalencia nacional del VIH en adultos sigue siendo mucho más baja en **África occidental** que en otras partes de África subsahariana. Dicha prevalencia sólo sobrepasa el 4% en **Côte d'Ivoire** y es del 2% o inferior en varios otros países, especialmente los del Sahel. Como en la mayor parte de África oriental, las tendencias de la infección por el VIH se mantienen estables en general, aunque se ha observado una prevalencia decreciente entre mujeres embarazadas de varias ciudades, como Ouagadougou (**Burkina Faso**), Abidján (**Côte d'Ivoire**) y Lomé (**Togo**) (OMS, 2005).

Sólo la India y Sudáfrica tienen más personas infectadas por el VIH que **Nigeria**, donde se estima que 2,9 millones [1,7-4,2 millones] de personas vivían con el virus en 2005 (ONUSIDA, 2006). Aproximadamente 300 000 adultos contrajeron una nueva infección por el VIH durante el pasado año. Cuando los mejores presupuestos utilizados para obtener las estimaciones actuales de prevalencia del VIH en mujeres embarazadas se aplican a rondas previas de vigilancia centinela, la tendencia global en los niveles de infección por el VIH entre las mujeres embarazadas de Nigeria parece mantenerse estable. En 2005 se comprobó que estaban infectadas por el VIH alrededor del 4,4% [4,2-4,6%] de las mujeres atendidas en dispensarios prenatales de todo el país, pero la prevalencia superaba el 5% casi en una docena de estados. La epidemia muestra variaciones notables, con prevalencias a nivel estatal que van desde el 10% en Benue (en la zona centro-norte) y el 8% en Akwa Imbom (zona sur-sur) hasta menos del 2% en Ekiti, Oyo (ambos en la zona sudoeste) y Jigawa (zona noroeste). En algunos estados, la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas es mayor en las zonas rurales que en las urbanas, mientras que en otros ocurre lo contrario. Se requieren investigaciones más detalladas para

lograr una mejor comprensión de los motivos de estos patrones tan variados (Ministerio Federal de Salud de Nigeria, 2006).

En el **Senegal**, la prevalencia nacional del VIH en adultos se mantiene justo por debajo del 1% [0,4-1,5%] (ONUSIDA, 2006), aunque los niveles de infección en adultos son más de dos veces mayores (2,2% y 2%, respectivamente) en las regiones de Ziguinchor y Kolda, en el sur (Centre de Recherche pour le Développement Humain y MEASURE DHS+, 2005). Parece que los profesionales del sexo todavía son el principal factor en la epidemia del Senegal, con niveles de prevalencia del VIH que llegan hasta el 30% entre profesionales del sexo de Ziguinchor, por ejemplo. Persiste el peligro de que el VIH se propague de los profesionales del sexo a sus clientes y a la población general (Gomes do Espirito Santo y Etheredge, 2005).

Las investigaciones están descubriendo un aspecto anteriormente oculto de la epidemia del Senegal: el papel de las relaciones sexuales entre varones como factor de riesgo de infección por el VIH. Un estudio llevado a cabo en cinco zonas urbanas (Dakar, Kaolack, Mbour, Saint-Louis y Thiés) ha hallado una prevalencia del VIH del 22% entre varones que tienen relaciones sexuales con varones, la mayoría de los cuales (94%) dijeron que también tenían relaciones sexuales con mujeres (Wade et al., 2005). Este grupo de población podría actuar como puente potencial para la transmisión del VIH a mujeres que, de lo contrario, tendrían un bajo riesgo de infección. Sólo la mitad aproximadamente de los varones de este estudio indicaron que habían utilizado preservativos durante las relaciones sexuales con varones o mujeres en el último mes (Wade et al., 2005).

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.

La epidemia de VIH en **Malí** podría estar creciendo, después de haber permanecido estable durante muchos años. Una comparación de datos de centros de vigilancia centinela con información congruente para el periodo 2002-2005 revela que la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas aumentó del 3,3% en 2002 al 4,1% en 2003 y 2005. También han aumentado de forma similar los niveles de infección por el VIH entre las mujeres embarazadas de 15-19 años (del 2,5% en 2002 al 3,4% en 2005), como

han aumentado entre las mayores de 35 años (del 1,5% en 2002 al 4,5% en 2005). Normalmente, los niveles de infección tenderían a ser más altos entre las mujeres de edad algo mayor, que han sido sexualmente activas durante más tiempo y, por tanto, tienen mayores probabilidades de haberse infectado. En conjunto, la prevalencia máxima del VIH correspondía a la región de Ségou, donde se comprobó que el 5,1% de las mujeres embarazadas eran VIH-positivas en 2005, un recordatorio de que en este enorme país están teniendo lugar epidemias importantes aunque localizadas (Ministerio de Salud de Malí, 2005).

Guinea está experimentando una de las epidemias de SIDA más limitadas en África subsahariana. Se estima que la prevalencia del VIH en adultos era del 1,5% [1,2-1,8%] en 2005, cuando estaban viviendo con el VIH unas 85 000 [69 000-100 000] personas. Una reciente encuesta nacional por hogares indica que los niveles de infección por el VIH son máximos en las zonas urbanas y superan el 2% en adultos de la capital, Conakry (Dirección Nacional de Estadística de Guinea y ORC Macro, 2006).

Aún se carece de nuevos datos sobre el VIH en **Côte d'Ivoire**, donde el conflicto civil ha obstaculizado la vigilancia de la epidemia y probablemente también los esfuerzos de prevención. Los datos disponibles señalan una epidemia relativamente estable pero grave, ya que al menos el 4% de los adultos vivían con el VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006). Los datos sobre el VIH también apuntan a una epidemia importante en **Togo**, donde las regiones Maritime, Plateaux y Savanes, junto con la capital Lomé, son las zonas más afectadas (OMS, 2005). En estas partes del país, al menos el 7% de las mujeres atendidas en dispensarios prenatales son VIH-positivas (OMS, 2005; Ministerio de Salud de Togo, 2004). Se estima que, en 2005, la prevalencia global del VIH en adultos era del 3,2% [1,9-4,7%], lo que supone que unas 110 000 [65 000-160 000] personas estaban viviendo con el virus (ONUSIDA, 2006).

El vecino **Benin** tiene una epidemia más reducida, con unas 87 000 [57 000-120 000] personas que vivían con el VIH en 2005 y una prevalencia estimada del VIH en adultos del 1,8% [1,2-2,5%] (ONUSIDA, 2006). En el escaso número de centros urbanos de vigilancia centinela con datos sobre el VIH que se remontan a mediados de los años 1990, se ha apreciado una tendencia decreciente de las infecciones por el VIH desde 2000, de modo que la prevalencia ha disminuido desde aproximadamente el 4% en 2001 hasta menos del 2% en 2005. Al mismo tiempo, se han registrado altos niveles de infección por el VIH (entre el 3% y más del

5%) en mujeres que acuden a dispensarios prenatales de zonas tanto urbanas como rurales de los departamentos Atlantique y Mono. En conjunto, sin embargo, la epidemia de Benin parece mantenerse estable, con una prevalencia del VIH en mujeres atendidas en dispensarios prenatales que fluctúa del 1,8% al 2,3% desde 2003 (Ministerio de Salud de Benin, 2006; Alary, Mukenge-Tshibaka et al., 2002).

En **Ghana**, un país vecino donde se estima que la prevalencia del VIH en adultos era del 2,3% [1,9-2,6%] en 2005 (ONUSIDA, 2006), hay signos de que la epidemia nacional podría estar en retroceso. Después de aumentar progresivamente hasta un máximo del 3,6% en 2003, los niveles de infección por el VIH en mujeres atendidas en dispensarios prenatales disminuyeron posteriormente al 3,1% en 2004 y al 2,7% en 2005 (Programa Nacional de Control del SIDA/ITS, 2006). La encuesta nacional de 2003 demostró que, en contra de lo que ocurre en la mayoría de los países de África subsahariana, la prevalencia global del VIH en Ghana sólo difiere ligeramente entre las zonas urbanas y rurales (2,3% frente a 2,0%) (Servicio Estadístico de Ghana, Noguchi Memorial Institute for Medical Research y ORC Macro, 2004). Al mismo tiempo, la propagación del VIH difiere de una región a otra, con prevalencias en mujeres embarazadas que van del 1,2% en el norte al 4,7% en el este (Programa Nacional de Control del SIDA/ITS, 2006).

Las infecciones por el VIH son especialmente prevalentes en grupos de edad más avanzada, sobre todo mujeres de 35-39 años y varones de 40-44 años (Akwere et al., 2005). Sin embargo, entre las mujeres embarazadas, la mayoría de los casos de VIH corresponde al grupo de 25-34 años (Programa Nacional de Control del SIDA/ITS, 2006). Como en muchos otros países, el matrimonio parece ser un factor de riesgo significativo para las mujeres de Ghana, mientras que la movilidad es un factor importante para los varones (Akwara et al., 2005). Las mujeres casadas tenían una probabilidad casi tres veces mayor de estar infectadas por el VIH que las que nunca se habían casado (Servicio Estadístico de Ghana, Noguchi Memorial Institute for Medical Research y ORC Macro, 2004).

Las investigaciones efectuadas en tres prisiones de Nsawan y Accra, en Ghana, han revelado una alta prevalencia del VIH tanto entre los reclusos (19%) como entre los funcionarios de prisiones (8,5%) que participaron en el estudio. El pequeño tamaño de la muestra podría haber provocado una sobrestimación de la prevalencia del VIH, pero los hallazgos indican la existencia de brotes de VIH en estos contextos. En conjunto, casi uno de cada tres reclusos mascu-

linos que participaron en el estudio indicó que había tenido relaciones sexuales con otros varones (internos o externos a la prisión), mientras que un pequeño porcentaje también dijo que se inyectaba drogas. Los tatuajes podrían constituir otra causa de transmisión del VIH dentro de las prisiones. Parece que muchos de los reclusos infectados por el VIH contrajeron el virus en la prisión; aunque la mayoría de ellos habían estado encarcelados durante unos 10 años, ninguno había llegado a la fase sintomática del SIDA, lo que da a entender una infección relativamente reciente (Adjei et al., 2006).

También hay signos de una prevalencia decreciente del VIH al norte de Ghana, en Burkina Faso, donde la prevalencia del VIH en adultos se ha mantenido en un porcentaje estimado del 2% [1,5-2,5%] (ONUSIDA, 2006). Entre mujeres jóvenes (15-24 años) que acuden a dispensarios prenatales de zonas urbanas, los niveles de infección por el VIH se redujeron a la mitad entre 2001 y 2003, hasta menos del 2%. Este hallazgo concuerda con datos de una encuesta nacional según los cuales la población de Burkina Faso se está protegiendo a sí misma y protege a sus parejas sexuales contra una posible infección por el VIH (Presidencia de Faso, 2005; Instituto Nacional de Estadística y Demografía y ORC Macro, 2004). El sur y el oeste del país (incluida la provincia de Poni, donde la prevalencia del VIH en adultos era del 3,7% en 2003) están mucho más afectados por la epidemia que las regiones orientales (Instituto Nacional de Estadística y Demografía y ORC Macro, 2004).

En el **Chad**, un país escasamente poblado, una reciente encuesta nacional ha constatado una prevalencia del VIH en adultos del 3,3%. En las cinco ciudades más grandes del país, más del 6% de los adultos estaban viviendo con el VIH, y en la capital, N'Djamena, la prevalencia era del 8%. Queda mucho por mejorar en la prevención del VIH. Menos de uno de cada diez (8%) varones y mujeres indicaron que habían utilizado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales, y aproximadamente el 4% de los varones y el 2% de las mujeres dijeron que, en algún momento, habían cambiado sexo por dinero (pero únicamente la mitad había utilizado un preservativo en tales relaciones). El conocimiento básico sobre el VIH es deficiente: sólo uno de cada cuatro varones y mujeres sabía cómo prevenir la transmisión sexual del VIH y refutaba conceptos erróneos importantes sobre el virus (República del Chad, 2005).

Los datos incompletos sobre el VIH hacen difícil discernir tendencias claras en la mayoría de los

países de África central, aunque el **Camerún** y la **República Centroafricana** parecen ser los más afectados. En este último, casi el 11% [4,5-17,2%] de los adultos (15-49 años) estaban viviendo con el VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006), mientras que en el primero la prevalencia del VIH en adultos superaba el 5% [4,9-5,9%] (ONUSIDA, 2006). Los niveles de infección son máximos en las regiones del este y noroeste (casi el 9%) y mínimos en el norte del **Camerún** (2% o inferior) (Instituto Nacional de Estadística y Demografía y ORC Macro, 2005). Según la Encuesta Demográfica y de Salud de 2005, la prevalencia era casi dos veces mayor en las mujeres adultas que en los varones de la misma edad (15-49 años) (6,8% frente a 4,1%). La encuesta halló una sensibilización generalizada sobre el SIDA pero escaso conocimiento del VIH: más de un tercio de las mujeres no sabían ningún método para prevenir la transmisión sexual del virus (Instituto Nacional de Estadística y Demografía y ORC Macro, 2004).

Se estima que, en 2005, hasta un millón [560 000-1,5 millones] de personas, más de 100 000 [40 000-270 000] de ellas niños menores de 14 años, estaban viviendo con el VIH en la **República Democrática del Congo** (ONUSIDA, 2006). Sin embargo, no se dispone de datos de vigilancia del VIH en muchas partes de este gran país. Al oeste, en la más pequeña y menos poblada **República del Congo**, unas 120 000 [75 000-160 000] personas vivían con el VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006). En 2005 estaban infectadas por el VIH el 4,9% de las mujeres que acudían a dispensarios prenatales. Sin embargo, la prevalencia entre las mujeres embarazadas variaba ampliamente, desde tan sólo el 2% en Djambala hasta el 9% en Sibiti y el 10% en Gamboma. En la capital, Brazzaville, un 4% de las mujeres atendidas en dispensarios prenatales eran VIH-positivas (Ministerio de Salud y Población de la República del Congo, 2005).

En resumen, las epidemias de VIH en África subsahariana están siguiendo tendencias divergentes. Hay indicios de una propagación decreciente o estable del VIH en la mayor parte de África oriental y occidental, junto con signos de epidemias crecientes en unos pocos países. En África meridional, sólo Zimbabwe presenta pruebas de un descenso importante en la prevalencia nacional del VIH. En varios otros países –incluida Sudáfrica–, la epidemia todavía no muestra signos de retroceso.