

AMÉRICA DEL NORTE, EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL

En estas dos regiones, el número total de personas que viven con el VIH continúa aumentando –debido en gran parte a los efectos de la terapia antirretrovírica sobre la supervivencia–, con un número relativamente estable de nuevas infecciones anuales en América del Norte y un incremento en el número de nuevos diagnósticos de VIH en Europa occidental desde 2002.⁶ En conjunto, aproximadamente 2,1 millones [1,5–3,0 millones] de personas están viviendo con el VIH en 2006, incluidas las 65 000 [52 000–98 000] que contrajeron el VIH durante el pasado año. En el contexto de un acceso generalizado a tratamiento antirretrovírico eficaz, en 2006 falleció por SIDA un número comparativamente bajo de personas: 30 000, en un intervalo de valores de 24 000 a 45 000.

Se estima que, en todo el mundo, sólo siete países tienen más personas infectadas por el VIH que los **Estados Unidos de América** (EE UU): 1,2 millones [720 000–2,0 millones] en 2005 (ONUSIDA, 2006a). De acuerdo con datos a largo plazo de los 35 estados y territorios⁷ con notificación nominal confidencial del VIH, las prácticas sexuales peligrosas entre varones (que representaron alrededor del 44% de los casos de VIH o SIDA comunicados en 2001–2004) siguen siendo

el factor de riesgo más común de infección por el VIH, seguidas del coito heterosexual sin protección (34% de los casos) y el uso de equipos no estériles de inyección de drogas (17%) (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2006). (Nótese, sin embargo, que estos 35 estados y territorios no incluyen algunos de los estados que han notificado el mayor número de casos de SIDA, como California, Illinois, Maryland y Pensilvania.)

La proporción de mujeres entre los nuevos diagnósticos de VIH o SIDA ha aumentado espectacularmente: del 15% antes de 1997 al 27% en 2004. Alrededor de las tres cuartas partes de las mujeres con un nuevo diagnóstico de VIH se infectaron en el curso de relaciones sexuales sin protección (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2006b), a menudo con parejas masculinas que contrajeron el virus al inyectarse drogas o durante relaciones sexuales comerciales o con otros varones (McMahon et al., 2004; Valleroy et al., 2004; Montgomery et al., 2003). Sin embargo, una proporción significativa (20%) de las mujeres diagnosticadas de VIH en 2004 contrajo el virus como consecuencia de prácticas peligrosas de inyección de drogas.

⁶ Este análisis se basa principalmente en los diagnósticos de VIH comunicados. Una limitación significativa de utilizar los diagnósticos anuales de VIH para supervisar la epidemia es que este indicador no refleja la incidencia total, ya que puede incluir infecciones que se produjeron varios años antes, y sólo tiene en cuenta a las personas que se han sometido a la prueba. Por consiguiente, las tendencias del VIH basadas en los casos notificados pueden estar sesgadas por cambios en la aceptación de las pruebas o en el patrón de notificación. En la medida de lo posible, el presente análisis alerta a los lectores de los casos en que se han producido tales cambios.

⁷ Desde 2000, los 35 territorios siguientes tienen leyes o normativas que exigen la notificación nominal confidencial de las infecciones por el VIH en los EE UU: Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Colorado, Dakota del Norte, Dakota del Sur, Florida, Idaho, Indiana, Iowa, Kansas, Louisiana, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Nebraska, Nueva Jersey, Nueva York, Nuevo México, Ohio, Oklahoma, Tennessee, Texas, Utah, Virginia, Virginia Occidental, Wisconsin, Wyoming, Guam y las Islas Vírgenes estadounidenses. Desde julio de 1997, Florida ha tenido un sistema de notificación nominal confidencial de las infecciones por el VIH sólo para los nuevos diagnósticos.

El número total de personas que viven con el VIH continúa aumentando --debido en gran parte a los efectos de la terapia antirretrovírica sobre la supervivencia--, con un número relativamente estable de nuevas infecciones anuales en América del Norte y un incremento en el número de nuevos diagnósticos de VIH en Europa occidental.

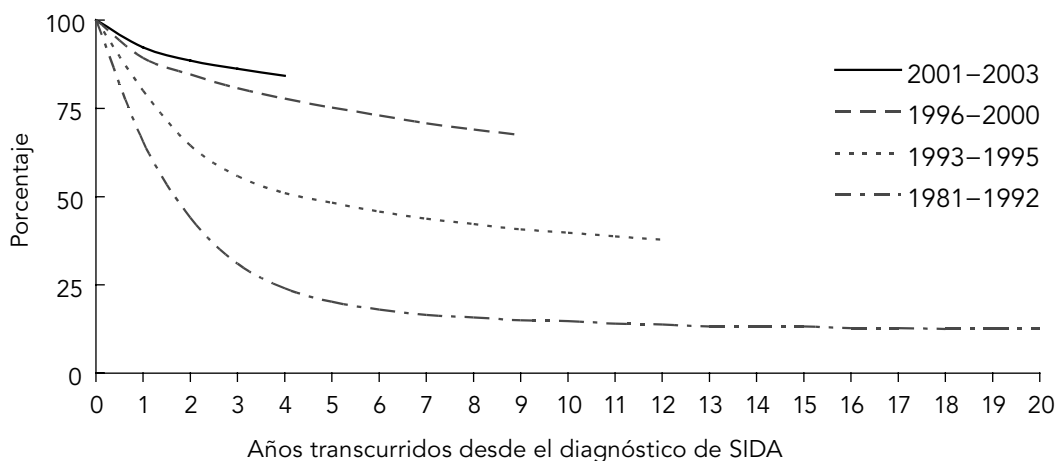
Los varones todavía representan la mayoría de los diagnósticos de VIH o SIDA en los Estados Unidos (alrededor del 73% en 2004). Casi las dos terceras partes (65%) de las infecciones por el VIH diagnosticadas en varones en 2004 podían atribuirse a relaciones sexuales peligrosas con otros varones (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2006b), y varios estudios han aportado pruebas de un incremento de los comportamientos sexuales de riesgo en ese grupo de población (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2006).

La epidemia de VIH sigue afectando de forma desproporcionada a las minorías étnicas y raciales. En 2001-2004, el 50% de los diagnósticos de SIDA correspondió a afroamericanos (que sólo constituyen el 12% de la población de los Estados Unidos) y el 20% a hispanos (14% de la población). En 2004, la tasa de nuevos diagnósticos de VIH o SIDA fue

siete veces mayor entre los varones afroamericanos que entre sus homólogos blancos (131,6 frente a 18,7 por 100 000 personas), y 21 veces mayor entre las mujeres afroamericanas que entre las blancas (67 frente a 3,2 por 100 000 personas) (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2006a). Un estudio reciente ha sugerido que los altos índices de encarcelación de los varones afroamericanos (aproximadamente uno de cada 12 ha estado en la cárcel o en prisión) podrían asociarse a las tasas desproporcionadas de infección por el VIH entre los afroamericanos, tanto varones como mujeres (Johnson y Raphael, 2006).

Cerca de la mitad (49%) de los varones afroamericanos diagnosticados de VIH o SIDA en 2005 contrajeron el virus durante relaciones sexuales sin protección con otro varón, mientras que la mayoría (78%) de las mujeres afroamericanas se infectó por coito heterosexual sin protección (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2006d). Varios estudios han demostrado que los varones afroamericanos que tienen relaciones sexuales con varones se enfrentan a un riesgo significativamente mayor de infección por el VIH, a pesar de comunicar los mismos comportamientos de riesgo sexual (o menos) que otros varones (Harawa et al., 2004; Koblin et al., 2006). Esto indica que factores adicionales (que incluyen posiblemente la prevalencia de otras infecciones de transmisión sexual) podrían estar

Porcentaje de personas que seguían con vida en junio de 2005, por años transcurridos desde el diagnóstico de SIDA para distintas cohortes entre 1981 y 2003 y por año del diagnóstico — Estados Unidos



Fuente: CDC. Twenty-Five Years of HIV/AIDS — United States, 1981-2006. MMWR 2006.

Figura 12

agravando el riesgo de infección por el VIH entre los varones afroamericanos que tienen relaciones sexuales con varones. Mientras tanto, el uso de equipos no estériles de inyección de drogas sigue siendo la segunda causa de infección por el VIH entre las mujeres afroamericanas, y la tercera entre sus homólogos masculinos (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2006c).

El suministro de terapia antirretrovírica se ha traducido en un descenso de las tasas de mortalidad por SIDA del 80% entre 1990 y 2003 (Crum et al., 2006). El tratamiento del VIH en los Estados Unidos está siendo cada vez más eficaz, de forma que la proporción de personas que sobreviven dos años o más después del diagnóstico de SIDA ha crecido del 64% en 1993-1995 al 85% en 1996-2005 (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2006). Se han salvado al menos tres millones de años de vida como resultado directo de la atención y tratamiento eficaces de pacientes con SIDA (Walensky, et al., 2006).

Se estima que una cuarta parte de las personas que viven con el VIH no saben que están infectadas (Glynn y Rhodes, 2005), lo que complica la respuesta al SIDA. Las personas que no son conscientes de su infección tienen pocas probabilidades de acceder a servicios apropiados de atención y tratamiento hasta etapas relativamente tardías en la progresión de la enfermedad, lo que limita la eficacia del tratamiento. También tienen menos probabilidades de adoptar precauciones para evitar la transmisión del VIH a otros. Potencialmente, las personas que no saben que son VIH-positivas pueden representar el 54-70% de todas las nuevas infecciones por el VIH transmitidas sexualmente en los Estados Unidos (Marks et al., 2006).

La proporción de mujeres entre los nuevos diagnósticos de VIH o SIDA ha aumentado espectacularmente en los Estados Unidos de América: del 15% antes de 1997 al 27% en 2004.

Los últimos datos sobre el VIH del **Canadá** subrayan la necesidad de asegurar la implantación de estrategias eficaces para prevenir nuevas infecciones por el virus y proporcionar servicios a las poblaciones vulnerables, como los consumidores de drogas intravenosas, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, y los aborígenes.

Se estima que, a finales de 2005, había unas 58 000 [48 000-68 000] personas que vivían con el VIH en el Canadá, lo que representa un incremento del 16% respecto a la estimación de 50 000 [41 000-59 000] en 2002 (Boulos et al., 2006). Además, se calcula que en 2005 se produjeron entre 2300 y 4500 nuevas infecciones. Los varones que tienen relaciones sexuales con varones constituyen casi la mitad (46%) de estas nuevas infecciones, lo que los convierte en el grupo más afectado. Aproximadamente el 14% de las nuevas infecciones eran atribuibles a prácticas peligrosas de inyección de drogas (menos que el 19% estimado en 2002), y el 37%, a coito heterosexual sin protección. Algo menos de la mitad de las infecciones contraídas por coito heterosexual correspondían a personas que habían nacido en países donde el VIH es endémico (Boulos et al., 2006). Se observaba una tendencia ligeramente al alza en las nuevas infecciones por el VIH entre las mujeres: 27% en 2005 frente al 24% estimado en 2002 (Boulos et al., 2006). Cabe destacar que una de cada cuatro personas con el VIH en el Canadá no sabe que está infectada (Boulos et al., 2006).

Las personas aborígenes en el Canadá están afectadas de forma desproporcionada por múltiples factores sociales, económicos y conductuales, como altas tasas de pobreza, abuso de sustancias e infecciones de transmisión sexual, además de tener un acceso o utilización limitados de los servicios de atención sanitaria, lo que, en conjunto, parece incrementar su vulnerabilidad a la infección por el VIH (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2006). La epidemia del Canadá sigue incidiendo de forma excesiva en las personas aborígenes: se estima que la tasa global de infección por el VIH entre los aborígenes es casi tres veces mayor que entre los no aborígenes. En 2005, los aborígenes representaron el 9% de las nuevas infecciones (Boulos et al., 2006), aunque sólo constituyen el 3,3% de la población del país (Estadística del Canadá, 2001).

Las características de la transmisión del VIH entre los aborígenes difieren de las que se observan en la población general. Según las estimaciones de 2005, el consumo de drogas intravenosas fue el modo más habitual de transmisión del VIH entre los aborígenes y representó el 53% de las nuevas infecciones, en comparación con el 14% en la población general. El resto de las nuevas infecciones entre los aborígenes puede atribuirse principalmente a exposición al VIH durante coito heterosexual (33%) y relaciones sexuales entre varones (10%) (Boulos et al., 2006).

Hay una necesidad evidente de intervenciones orientadas y diseñadas específicamente para los aborígenes jóvenes, sobre todo las mujeres. Entre las personas diagnosticadas de VIH menores de 30 años, hay una mayor proporción de aborígenes (33%) que en la población general (20%). Un estudio efectuado entre consumidores de drogas intravenosas de Vancouver comprobó que los jóvenes aborígenes que se inyectaban drogas tenían una probabilidad cuatro veces mayor de estar infectados por el VIH en el momento de inscribirse en un programa contra las drogas que sus homólogos no aborígenes (Miller et al., 2006). Sorprendentemente, entre los consumidores de drogas aborígenes de este estudio, casi las dos terceras partes eran mujeres, un patrón que ayuda a explicar por qué los dos tercios (65%) de los diagnósticos de VIH en mujeres aborígenes hasta diciembre de 2005 podían atribuirse a transmisión a través de la inyección de drogas (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2006).

La epidemia del Canadá sigue incidiendo de forma excesiva en las personas aborígenes: se estima que la tasa global de infección por el VIH entre los aborígenes es casi tres veces mayor que entre los no aborígenes.

Como en muchos otros países, el consumo de drogas intravenosas durante periodos de encarcelación parece ser habitual en el Canadá. Según un estudio reciente entre reclusos en centros de prisión preventiva de la provincia de Ontario, el uso de equipos de inyección no estériles es una práctica común en las prisiones, especialmente entre los consumidores de drogas recluidos en centros penitenciarios federales. En este estudio, el 6% de ellos resultaron VIH-positivos; casi la mitad (47%) de los infectados por el virus dijeron que habían compartido equipos de inyección mientras estaban encarcelados. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de ampliar los programas de reducción de daños en las prisiones, incluidos los programas de intercambio de agujas y jeringas (Calzavara et al., 2006).

Al otro lado del Atlántico, unas 740 000 [580 000-970 000] personas están viviendo con el VIH en Europa occidental y central en 2006. La mayor parte de la información sobre las características y tendencias de las epidemias en Europa occidental deriva de informes de casos de VIH y SIDA. Sin embargo, el sistema de notificación de casos de VIH no abarca todos los países ni todas las zonas dentro de ellos.

En concreto, en 2005 no se comunicaron datos nacionales sobre el VIH en España, Italia y Noruega (EuroHIV, 2006a).

En Europa occidental, algo más de un tercio (35%) de las infecciones por el VIH se produjeron en el curso de relaciones sexuales entre varones, mientras que más de la mitad (56%) se contrajeron durante el coito heterosexual. Aproximadamente las tres cuartas partes de las infecciones contraídas por vía heterosexual se dieron entre inmigrantes y migrantes (EuroHIV, 2006a), lo que refuerza la necesidad de adaptar los servicios de prevención, tratamiento y atención de forma que lleguen a esas poblaciones.

La tasa de nuevos diagnósticos de VIH casi se duplicó en Europa occidental durante el periodo 1998-2005: de 42 casos por millón de habitantes en 1998 a 74 por millón en 2006. El incremento más significativo se ha registrado en el **Reino Unido**, donde el VIH sigue siendo una de las principales amenazas de enfermedad transmisible (Asociación Médica Británica, 2006). El número anual de nuevos diagnósticos de VIH en el Reino Unido se ha duplicado desde 2000, superando los 7200 en 2004 y llegando a 7700 casos en 2005 (Organismo de Protección de la Salud del Reino Unido, 2005). La epidemia se concentra principalmente en Londres, donde se produjeron casi la mitad (43%) de los nuevos diagnósticos en 2005. Sin embargo, los nuevos diagnósticos también han ido aumentando gradualmente en otras regiones desde 1999, incluidas las zonas donde las infecciones por el VIH habían sido excepcionales anteriormente (como el este y nordeste, Gales y Yorkshire) (Organismo de Protección de la Salud del Reino Unido, 2006).

En el Reino Unido, las tres cuartas partes de los nuevos diagnósticos de VIH en varones y mujeres heterosexuales correspondieron a personas originarias de países extranjeros, principalmente de África subsahariana (Organismo de Protección de la Salud del Reino Unido, 2006). De hecho, las personas infectadas en África subsahariana constituyen actualmente el grupo más afectado por el VIH en el país, ligeramente más que los varones que tienen relaciones sexuales con varones. Las investigaciones en la región central y sur de Inglaterra señalan que el estigma y el miedo a la discriminación disuaden a una gran proporción de africanos de someterse a la prueba del VIH (Elam et al., 2006).

Entretanto, los niveles del VIH y otras infecciones de transmisión sexual siguen siendo altos entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones, que representan aproximadamente un tercio de

todos los nuevos diagnósticos de VIH (2252 en 2005). El número de nuevos diagnósticos en ese grupo de población ha aumentado casi un 50% desde 2000 (Organismo de Protección de la Salud del Reino Unido, 2006), lo que subraya la necesidad de revisar los esfuerzos de prevención dirigidos a los varones que tienen relaciones sexuales con varones (Elford et al., 2005).

Cabe destacar otras dos tendencias. Alrededor de un tercio de las personas con el VIH no saben que están infectadas (Asociación Médica Británica, 2006). Por tanto, no están recibiendo el tratamiento y atención que tal vez necesiten, y corren riesgo de transmitir el virus a otros. Además, parece que el conocimiento del VIH se está deteriorando. En un estudio de 2005, el 79% de los encuestados a nivel nacional (y sólo el 70% en Londres, la zona con la prevalencia máxima del VIH en el país) sabía que el virus puede transmitirse a través de relaciones sexuales sin protección, en comparación con el 91% en 2000. El porcentaje de personas que no supieron citar ninguna forma en que puede transmitirse el VIH aumentó del 6% al 8% durante el periodo 2000-2005 (Fondo Nacional del SIDA, 2006).

Los estudios en poblaciones específicas de varones que tienen relaciones sexuales con varones revelan una prevalencia del VIH del 10-20% en Europa occidental, y varios estudios en España, Francia, Reino Unido y Suiza han comunicado un incremento en la proporción de tales varones que han tenido recientemente prácticas sexuales de alto riesgo (Balthasar, Jeannin y Dubois-Arber, 2005; Moreau-Gruet, Dubois-Arber y Jeannin, 2006; Dodds et al., 2004). Esto subraya la necesidad de reforzar los programas de prevención y tratamiento del VIH en ese grupo de población (EuroHIV, 2006b). Varios otros países están experimentando un incremento en los nuevos diagnósticos de VIH entre varones que tienen relaciones sexuales con varones. En comparación con 2001, en 2005 el número de diagnósticos de VIH en este grupo de población fue tres cuartas partes mayor (75%) en los Países Bajos, más de dos tercios mayor en **Portugal** (68%) y Suiza (71%) y un 40% mayor en **Bélgica** (EuroHIV, 2006a). En algunos países, esta tendencia se acompaña de brotes de otras infecciones de transmisión sexual, lo que señala la adopción de mayores riesgos sexuales por parte de los varones que tienen relaciones con otros varones. Por ejemplo, en los Países Bajos, los casos de sífilis en este grupo se multiplicaron por más de tres durante el periodo 2000-2004 (Van de Laar et al., 2005). En Alemania, los nuevos diagnósticos de VIH en varones que

tienen relaciones sexuales con varones se han multiplicado por más de dos en 2001-2005 (EuroHIV, 2006a), y se estima que este grupo representó el 70% de las nuevas infecciones por el VIH diagnosticadas en 2005 (Instituto Robert Koch, 2005). En conjunto, se calcula que 49 000 [29 000-81 000] personas estaban viviendo con el VIH en Alemania en 2005 (ONUSIDA, 2006a). Las epidemias en los países escandinavos siguen siendo pequeñas y estables en general, aunque, desde 2002, se ha registrado un incremento en los diagnósticos de VIH entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones en Suecia (de 68 a 97 en 2005) (EuroHIV, 2006a).

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. Es necesario adaptar los servicios de prevención, tratamiento y atención para que lleguen a dichas poblaciones.

En varios países resulta evidente la eficacia de los programas de reducción del daño para controlar las infecciones por el VIH entre consumidores de drogas intravenosas. En **Portugal**, por ejemplo, los diagnósticos de VIH en este grupo fueron casi un tercio (31%) menores en 2005 que en 2001 (857 frente a 1247) (EuroHIV, 2006a). En **España**, los programas de reducción de daños se han asociado a un descenso en el consumo de drogas intravenosas, uso de agujas y jeringas no esterilizadas y número de infecciones por el VIH en este grupo. La prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas se redujo a la mitad en Barcelona (del 44% al 21% entre 1995 y 2001-2003) y Sevilla (del 44% al 22%), ciudades ambas con programas de reducción de daños bien establecidos. En cambio, en Madrid, donde tales programas sólo empezaron a introducirse a finales de los años 1990, la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas se mantuvo estable (37% en 1995 y 35% en 2001-2003) (de la Fuente et al., 2006). También en los **Países Bajos** se ha producido un descenso en las infecciones por el VIH entre los consumidores de drogas intravenosas: de 174 nuevos diagnósticos en 2002 a 29 en 2005. En Amsterdam, el epicentro de la epidemia holandesa de VIH relacionada con el consumo de drogas intravenosas, se ha observado una reducción sostenida tanto del uso de agujas no estériles como de la incidencia del VIH. La

mayoría de las nuevas infecciones por el VIH entre consumidores de drogas de Amsterdam se produce actualmente a través del coito heterosexual sin protección, un recordatorio de que los programas de reducción de daños también deben prestar atención específica a promover prácticas sexuales seguras (Lindenburg et al., 2006).

Los estudios en poblaciones específicas de varones que tienen relaciones sexuales con varones revelan una prevalencia del VIH del 10-20% en Europa occidental, y en diversos países se observan indicios de un aumento en las prácticas sexuales de alto riesgo sin protección en este grupo de población.

Las epidemias en Europa central siguen siendo pequeñas en comparación con las del resto de Europa. Sólo cuatro países comunicaron más de 100 nuevos diagnósticos de VIH en 2005: **Polonia** (donde se estableció tal diagnóstico en 652 personas), **Turquía** (332), **Rumania** (205), **Serbia y Montenegro**⁸ (112) y **Hungría** (110) (EuroHIV, 2006a). Las características de las epidemias varían considerablemente. El coito heterosexual sin protección es el principal modo de transmisión en la mayoría de los países, incluidos **Albania, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Rumania y Turquía**, mientras que las prácticas sexuales peligrosas entre varones predominan en **Croacia, República Checa, Eslovenia y Hungría**, y el uso de equipos no estériles de inyección de drogas es el principal factor de riesgo de infección por el VIH en **Polonia** (EuroHIV, 2006a; Rosinska, 2006).

En el Báltico, parece que se ha contenido el incremento repentino en el número de infecciones por el VIH diagnosticadas alrededor del cambio de siglo, y las epidemias están creciendo ahora a un ritmo más lento. Se ha observado un descenso progresivo en el número de nuevos diagnósticos de VIH en **Letonia** (de 542 a 299 durante el mismo periodo) (Inspectoría de Protección de la Salud de Estonia, 2006; EuroHIV, 2006a). En **Lituania** se han diagnosticado anualmente 110-135 nuevos casos de VIH durante los últimos tres años (EuroHIV, 2006a). Aproximadamente 10 000 [6100-17 000] personas

vivían con el VIH en **Letonia** en 2005, al igual que una cifra estimada de 3300 [1600-10 000] en **Lituania** (ONUSIDA, 2006). Los nuevos casos de VIH comunicados en **Estonia** también han disminuido (de 899 en 2002 a 621 en 2005). De todas formas, la prevalencia nacional estimada del VIH en adultos en Estonia (1,3% [0,6-4,3%] en 2005) era la segunda más alta de toda Europa (después de Ucrania). En total, se han comunicado más de 5000 infecciones por el VIH desde que comenzó la epidemia en Estonia, y se estima que el número real de personas que vivían con el VIH en 2005 era dos veces mayor (10 000, en un intervalo de 4800-32 000) (Inspectoría de Protección de la Salud de Estonia, 2006; ONUSIDA, 2006).

⁸ En el momento de la recopilación de datos, estas estadísticas se tomaron de la zona antiguamente conocida como Serbia y Montenegro, mientras que en el momento de la impresión, una parte de esta región corresponde ahora a la República de Serbia.