



## AMÉRICA LATINA

Aunque los patrones del VIH están cambiando en algunos países de América Latina, las epidemias en el conjunto de la región permanecen estables. En 2006, las nuevas infecciones por el VIH totalizan unas 140 000 [100 000–410 000], y 65 000 [51 000–84 000] personas han fallecido por SIDA. Las dos terceras partes de los 1,7 millones [1,3–2,5 millones] de personas que se estima que están infectadas por el VIH en América Latina viven en los cuatro países más grandes: **Argentina, Brasil, Colombia y México**. Sin embargo, la prevalencia estimada del VIH es máxima en los países más pequeños de América central, donde, en 2005, fue ligeramente inferior al 1% en **El Salvador, Guatemala y Panamá**; 1,5% en **Honduras**, y 2,5% en **Belize** (ONUSIDA, 2006).

---

*En América del Sur se están produciendo brotes de VIH entre consumidores de drogas intravenosas y varones que tienen relaciones sexuales con varones.*

---

La transmisión del VIH se está produciendo en el contexto de factores comunes a la mayoría de países latinoamericanos: pobreza y migración generalizadas, información insuficiente acerca de las tendencias de la epidemia fuera de las grandes zonas urbanas y homofobia galopante. Concretamente, en muchas de las epidemias de América Latina, el papel de las relaciones sexuales sin protección entre varones tiende a negarse e ignorarse públicamente en las estrategias para afrontar el VIH, sobre todo en América central y la región andina de Sudamérica (Cohen, 2006a). Las relaciones sexuales sin protección entre

varones representan hasta el 25–35% de los casos de SIDA comunicados en países como **Argentina, Bolivia, Brasil, Guatemala y Perú** (Montano et al., 2005). Además, las personas infectadas por el VIH se enfrentan a estigma y discriminación, incluso por parte de los trabajadores sanitarios (Cohen, 2006a). Al mismo tiempo, los niveles de infección por el VIH varían ampliamente entre las profesionales femeninas del sexo. La prevalencia del virus es muy baja en algunos países sudamericanos, como **Chile y Venezuela** (Bautista et al., 2006), pero se han registrado tasas de prevalencia entre el 2,8% y el 6,3% en ciudades de la **Argentina** (Montano et al., 2005; Bautista et al., 2006; Pando et al., 2006), y se ha comunicado una prevalencia del 6% entre profesionales del sexo en ciertas partes del **Brasil** (Okie, 2006; Trevisol y da Silva, 2005).

El **Brasil**, el país más poblado de América Latina, alberga a unas 620 000 [370 000–1 millón] personas que viven con el VIH, un tercio del total de personas infectadas por el virus en Latinoamérica (ONUSIDA, 2006). El énfasis que ha puesto el país en medidas de prevención y tratamiento ha contribuido a mantener estable su epidemia durante los últimos años (Okie, 2006). Gracias a una promoción concertada de educación sexual y prevención del SIDA en las escuelas, uso de preservativos, reducción de daños y pruebas del VIH, la prevalencia nacional en adultos se ha mantenido constante en torno al 0,5% desde 2000. Aunque el porcentaje de jóvenes sexualmente activos apenas ha variado entre 1998 y 2005, las tasas de uso de preservativos han aumentado espectacularmente (en más de un tercio entre varones y mujeres de 15–24 años) (Berquo, 2005). Entre los brasileños de todas las edades, la

utilización de preservativos se incrementó casi un 50% durante el mismo periodo (Berquo, 2005).

Las infecciones por el VIH contraídas como consecuencia de la inyección de drogas han disminuido en varias ciudades, sobre todo aquellas que tienen epidemias más antiguas, y también se ha observado un rechazo progresivo de los equipos de inyección no estériles. Un estudio a gran escala en 2004 comprobó que más de las tres cuartas partes de los consumidores de drogas intravenosas no usaban jeringas o equipos de inyección no estériles (Okie, 2006). El descenso en las infecciones por el VIH entre los consumidores de drogas parece asociarse a la introducción de programas de reducción de daños, a un cambio en los hábitos de consumo (un mayor número de usuarios inhala o fuma cocaína *crack*) y a la mortalidad registrada en este grupo de población (Fonseca et al., 2006).

Pese a estos logros, los niveles de infección por el VIH entre los consumidores de drogas intravenosas siguen siendo altos. En el sur del país, la epidemia en este grupo no da indicios de retroceder (Hacker et al., 2006). Entretanto, un estudio transversal ha constatado que eran VIH-positivos el 37% de los consumidores de drogas intravenosas en los estados de Bahía, Rio Grande do Sul y Sao Paulo, y estos niveles de infección se asociaban significativamente con el hecho de haber estado encarcelado o tener relaciones sexuales sin protección con otros varones (Caiaffa et al., 2006). En este último estudio, más de una cuarta parte (26%) de los consumidores de drogas indicaron que habían tenido relaciones sexuales con otros varones, al parecer como forma de pagarse su propio consumo. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de abordar las prácticas peligrosas, tanto sexuales como de inyección de drogas, entre los consumidores de sustancias (Ferreira et al., 2006). Además, se ha detectado una estrecha asociación entre consumo de *crack* e infección por el VIH en varias otras ciudades, como Porto Alegre, donde se comprobó que estaban infectados el 27% de los consumidores de *crack* (Pechansky et al., 2006).

Las relaciones sexuales sin protección entre varones siguen siendo un factor significativo en la propagación del VIH y representan casi la mitad de las infecciones transmitidas sexualmente en el Brasil. A medida que el virus se propaga de las poblaciones de máximo riesgo a otras poblaciones de menor riesgo, la infección afecta cada vez más a las mujeres. En 2003, un estudio entre mujeres embarazadas en 27 municipios del sur del Brasil halló una preva-

lencia del VIH del 0,5% (Cardoso et al., 2005), y las mujeres han constituido un número creciente de los casos de SIDA durante los últimos años. Los sectores más pobres de la población parecen ser los más vulnerables; así, se están detectando niveles crecientes de infección por el VIH entre las personas con poca formación en los estratos socioeconómicos más bajos (Cardoso et al., 2005; Fonseca et al., 2003).

Se estima que un tercio de los adultos del Brasil se ha sometido a la prueba del VIH (la mayoría, mujeres de 25-39 años) (Paiva, Pupo y Barboza, 2006) y que aproximadamente uno de cada tres brasileños infectados conoce su estado serológico (Okie, 2006). El suministro de antirretrovíricos es uno de los más altos del mundo, y está dando resultados positivos. A nivel nacional, la transmisión maternoinfantil del VIH disminuyó sustancialmente, del 16% en 1997 a menos del 4% en 2002 (Dourado et al., 2006). Las tasas de mortalidad por SIDA descendieron un 50% entre 1996 y 2002, mientras que las hospitalizaciones relacionadas con el SIDA se redujeron en un 80% durante el mismo periodo (Okie, 2006).

En la **Argentina** se estima que la prevalencia nacional del VIH en adultos era del 0,6% [0,3-1,9%] en 2005. La mayoría de las 130 000 [80 000-220 000] personas que se estima que están infectadas por el VIH vive en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe. En varios estudios se ha comprobado que son VIH-positivos hasta el 44% de los consumidores de drogas intravenosas (Vignoles et al., 2006), el 7-15% de los varones que tienen relaciones sexuales con varones (Montano et al., 2005) y el 6% de las profesionales femeninas del sexo (Montano et al., 2005; Bautista et al., 2006). Hasta una cuarta parte (28%) de los reclusos en algunas prisiones urbanas han resultado seropositivos (Ministerio de Salud de la Argentina, 2004).

Debido a una combinación de factores (como la maduración de la epidemia y los efectos de la crisis económica de 2001), en los últimos años las relaciones sexuales sin protección se han convertido en el principal modo de transmisión del VIH (Cohen, 2006). Se estima que el coito sin protección (principalmente heterosexual) fue responsable aproximadamente de cuatro de cada cinco nuevos diagnósticos de VIH en 2005. Los varones todavía superan a las mujeres en el total de casos de VIH notificados, pero la razón varón/mujer para los nuevos diagnósticos se ha estrechado hasta 1,3:1

(respecto a 15:1 en 1988) (Programa Nacional del SIDA de la Argentina, 2005; Ministerio de Salud de la Argentina, 2004).

El consumo de drogas intravenosas parece haber disminuido en conjunto, sobre todo desde 2001, cuando muchos usuarios dejaron de inyectarse y pasaron a fumar pasta de cocaína de grado bajo, más barata. En Buenos Aires, por ejemplo, los consumidores de drogas intravenosas sólo representaron el 5% de las nuevas infecciones entre 2003 y 2005 (Cohen, 2006b). Pero hay indicios de que los consumidores de drogas se han visto abocados a una mayor clandestinidad por el estigma que asocia la inyección de drogas con el SIDA y la muerte. Muchos de los consumidores de drogas que todavía se inyectan tienden a hacerlo solos, y parece que se han desintegrado las redes en las que se movían anteriormente. Además, mientras que las tasas globales de mortalidad por SIDA empezaron a disminuir en la Argentina después de 1996, no se ha observado la misma tendencia entre los consumidores de drogas intravenosas, que han experimentado un gran número de fallecimientos en los últimos años. Esto sugiere que los consumidores de drogas no se han beneficiado lo suficiente del programa de tratamiento antirretrovírico del país (Rossi et al., 2006).

---

*El énfasis doble que ha puesto el Brasil en medidas de prevención y tratamiento ha contribuido a mantener estable su epidemia.*

---

A final de 2005, aproximadamente 9600 [4600-30 000] personas estaban viviendo con el VIH en el **Uruguay** (ONUSIDA, 2006), donde las relaciones sexuales sin protección (mayoritariamente heterosexuales) constituyen la principal vía de transmisión del VIH (Programa Nacional del SIDA del Uruguay, 2006). De todos modos, los niveles de infección son altos entre ciertos grupos de la capital, Montevideo, donde se concentra la epidemia: 22% en varones que tienen relaciones sexuales con varones (Montano et al., 2005), 19% en consumidores de drogas intravenosas y 10% en consumidores de drogas que no se inyectan (Vignoles et al., 2006). Las profesionales femeninas del sexo parecen tener niveles de prevalencia más bajos, y varios estudios indican que han contraído el VIH entre el 0,3% y el 1,3% de ellas (Montano et al., 2005; Bautista et al., 2006). A mediados de 2006 estaban recibiendo tratamiento antirretrovírico al menos la mitad de

las personas que lo necesitaban (OMS/ONUSIDA, 2006). La epidemia del **Paraguay** es de escala similar, con unas 13 000 [6200-41 000] personas que vivían con el VIH a final de 2005 (ONUSIDA, 2006). Los varones constituyen la mayoría de los casos de SIDA, y la exposición a equipos de inyección no estériles y las relaciones sexuales sin protección entre varones son los principales modos de transmisión del virus (Programa Nacional del SIDA del Paraguay, 2006).

Las relaciones sexuales sin protección, especialmente entre varones, constituyen el principal factor de riesgo de infección por el VIH en la epidemia más reducida de **Chile**, donde unas 28 000 [17 000-56 000] personas vivían con el VIH a final de 2005 (ONUSIDA, 2006). Un número creciente de mujeres está contrayendo el virus, muchas de ellas a partir de parejas masculinas que se infectaron durante relaciones sexuales sin protección con otros varones.

En el **Perú**, el VIH parece afectar principalmente a varones que tienen relaciones sexuales con varones. La prevalencia del VIH en este grupo de población es alta: 10% en Iquitos y sus alrededores (Cohen, 2006c) y un promedio del 14% en otras seis ciudades (Lama et al., 2006), incluida la capital, Lima, donde han resultado VIH-positivos hasta el 23% de los varones que tienen relaciones sexuales con varones (Montano et al., 2005; Ministerio de Salud del Perú, 2005). En este grupo es frecuente la adopción de riesgos sexuales. En algunas ciudades de la costa, más de las dos terceras partes de los varones indicaron que habían tenido recientemente relaciones sexuales sin protección (Konda et al., 2006). En una encuesta, casi la mitad (47%) de los varones que tenían relaciones sexuales con varones también las tenían con mujeres, y aun así, la prevalencia del VIH entre las mujeres ha permanecido muy baja, alrededor del 0,2% (Cohen, 2006).

---

*Las epidemias en América central son complejas y están creciendo, con prevalencias en algunos países que son las más altas de toda América Latina. Las relaciones sexuales entre varones y el comercio sexual parecen ser los principales factores de riesgo de infección por el VIH.*

---

Las relaciones sexuales entre varones también representan el principal factor de riesgo de infección por el VIH en las epidemias de los demás países andinos, incluidos **Bolivia** (donde se ha registrado una prevalencia del VIH del 24% entre varones que

tienen relaciones sexuales con varones en Santa Cruz), el **Ecuador** (prevalencia del VIH del 28% en Guayaquil y 15% en Quito) y **Colombia** (prevalencia del VIH del 20% en Bogotá) (Montano et al., 2005). En ninguno de estos tres países la prevalencia del VIH supera el 4% entre las profesionales femeninas del sexo, y se sitúa muy por debajo del 1% en varias ciudades (Montano et al., 2005; Khalsa et al., 2003; Mejía et al., 2002). Sin embargo, en un estudio de 2005 entre 120 profesionales del sexo de Barranquilla (Colombia) se observó una prevalencia del VIH del 3,3%, la más alta encontrada hasta ahora en el país. Un estudio de 2002 en Bogotá había registrado una prevalencia del 0,7% entre profesionales del sexo. La prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas fue del 1% en un estudio efectuado en Bogotá en 2003. En Colombia, en conjunto, la prevalencia del VIH según vigilancia centinela en mujeres embarazadas fue del 0,65% en 2005, un incremento respecto al 0,24% en 1999. Aunque la mayoría de los nuevos casos de VIH comunicados sigue correspondiendo a los varones, la razón varón/mujer se ha estrechado de cerca de 10:1 a comienzos de los años 1990 a 2-3:1 en 2003-2005 (ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006). Los varones también constituyen la mayoría de las 110 000 [54 000-350 000] personas que viven con el VIH en **Venezuela**, donde la mayor parte de las infecciones por el VIH comunicadas se ha producido durante relaciones sexuales sin protección entre varones (Ministerio de Salud de Venezuela, 2005).

Aunque incompletos, los datos de vigilancia del VIH disponibles indican que las epidemias en **América central** son complejas y están creciendo, con prevalencias en algunos países que son las más altas de toda América Latina. Las relaciones sexuales entre varones y el comercio sexual parecen ser los principales factores de riesgo de infección por el VIH. Al mismo tiempo, hay indicios de una transmisión más generalizada del virus, sobre todo a lo largo de las grandes rutas de transporte y en ciertas zonas de la costa caribeña de la región. Muchos de los países de América central están experimentando epidemias ocultas de VIH entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones, incluidos **Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Panamá**. En **Nicaragua**, por ejemplo, se ha comprobado que estaban infectados por el VIH el 7,6% de los varones que tienen relaciones sexuales con varones (y el 11% tenía sífilis), mientras que el 15% resultaron VIH-positivos en **El Salvador**. En ambos países, uno de cada cinco varones indicó que

también había tenido relaciones sexuales con una pareja femenina durante los seis meses anteriores (Soto et al., 2006). Y en **Guatemala** se registró una prevalencia del VIH del 12% entre varones que tenían relaciones sexuales con varones, la mitad de los cuales se consideraban heterosexuales o bisexuales (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2003; Proyecto Acción SIDA de Centroamérica, 2003). Así pues, las parejas femeninas de muchos de estos varones corren riesgo de contraer el VIH a partir de ellos.

Al igual que en varios otros países centroamericanos, se sabe poco acerca de la epidemia de VIH fuera de la capital de **Guatemala** o entre sus pueblos indígenas (principalmente mayas), que representan casi la mitad de la población total. Los datos disponibles indican la presencia generalizada del VIH entre la población indígena, pero no necesariamente a niveles más altos que entre la población ladina (una mezcla de amerindio y español). En 2003, la vigilancia centinela en mujeres embarazadas halló tasas de VIH ligeramente menores entre las mujeres mayas que entre las ladinas (Hernández y Aguilar, 2004). Entre los casos de VIH y SIDA notificados al Ministerio de Salud en 2004, los ladinos representaron el 74% y los mayas el 22%, mientras que, en 2005, los ladinos constituyeron el 69% del total y los mayas el 28% (García, 2005). Aun así, las poblaciones mayas representan la mayoría de los casos de VIH y SIDA en ocho de los 22 departamentos de Guatemala, y se ha detectado el VIH en estas poblaciones en todos los departamentos del país, una preocupación sería dado que estos grupos ya soportan altos niveles de pobreza y mortalidad materna, así como un acceso muy limitado a los servicios de salud (Secretaría Presidencial de Planificación y Programación de Guatemala, 2006). Para agravar aún más estas preocupaciones, un estudio entre pacientes tuberculosos (las tres cuartas partes de ellos mayas) en Quetzaltenango comprobó que los niveles de infección por el VIH se habían triplicado (del 4,2% al 12%) entre 1995 y 2002 (Cohen, 2006d).

En **Honduras**, la epidemia parece especialmente grave entre las minorías étnicas; en este caso, los garifunas, los descendientes afrohondureños de esclavos de África occidental. Los estudios efectuados entre comunidades garifunas han encontrado prevalencias del VIH del 8-14% (Secretaría de Salud de Honduras, 1998). Sin embargo, la infección por el VIH se ha propagado ampliamente por todo el país. Los niveles de infección son máximos entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones

(el 13% de los cuales resultaron VIH-positivos en un estudio de 2005), las profesionales femeninas del sexo (hasta el 11% de las cuales se ha comprobado que están infectadas por el VIH) (Secretaría de Salud de Honduras, 2003a; Secretaría de Salud de Honduras, 2003b; Ghee et al., 2006) y los reclusos (prevalencia del VIH del 8%) (Cohen, 2006e). Pero la epidemia está afectando cada vez más a las mujeres, que representaron poco menos de la mitad (47%) de los casos de VIH registrados en 2004. A nivel nacional, la prevalencia del VIH entre mujeres atendidas en dispensarios prenatales fue del 1,4% en 2004, pero llegó hasta el 3-4% en el valle del Sula (Ministerio de Salud de Honduras, 2006). Se estima que 63 000 [35 000-99 000] hondureños estaban viviendo con el VIH a final de 2005 (ONUSIDA, 2006).

---

*Las relaciones sexuales sin protección entre varones desempeñan un papel fundamental en las epidemias de la mayoría de los países latinoamericanos.*

---

La gran población de **México** implica que, a pesar de la baja prevalencia nacional del VIH estimada en adultos -0,3% [0,2-0,7%]-, 180 000 [99 000-440 000] personas estaban viviendo con el VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006; Bravo-García, Magis-Rodríguez y Saavedra, 2006). La epidemia de México se concentra principalmente entre varones que tienen relaciones sexuales con varones, profesionales del sexo y sus clientes y consumidores de drogas intravenosas. Se cree que las relaciones sexuales entre varones representan más de la mitad (57%) de las infecciones por el VIH registradas hasta la fecha (Bravo-García, Magis-Rodríguez y Saavedra, 2006), aunque hay indicios de un riesgo creciente de infección por el VIH entre las mujeres (Magis-Rodríguez et al., 2004).

Se ha observado una prevalencia del VIH del 4% entre consumidores de drogas intravenosas en Tijuana, por ejemplo (Magis-Rodríguez et al., 2005), y hay ciertos indicios de que los niveles de infección pueden estar aumentando en algunas ciudades a lo largo de la frontera con los Estados Unidos de América, donde el comercio sexual y el consumo de drogas intravenosas son prácticas generalizadas. En Tijuana y Veracruz, un estudio de 2003 demostró que el 6% de las profesionales femeninas del sexo estaban infectadas por el VIH (Magis et al., 2006a), mientras que un estudio de

2004-2006 detectó este mismo nivel de prevalencia entre profesionales femeninas del sexo en Tijuana y Ciudad Juárez. La prevalencia llegaba al 16% entre las que se inyectaban drogas (Patterson et al., 2006). También se han registrado altos niveles de prevalencia entre los profesionales masculinos del sexo: 25% en Monterrey, por ejemplo, en un estudio de 2005 (Gayet et al., 2006a) y 20% en Guadalajara y la ciudad de México (Magis et al., 2006b). Un estudio entre camioneros masculinos de largo recorrido en Monterrey comprobó que el 0,7% estaban infectados por el VIH (el doble que la prevalencia nacional del VIH estimada en adultos). Más de una cuarta parte de ellos habían pagado para tener relaciones sexuales durante el año anterior, y uno de cada seis nunca había utilizado un preservativo (Gayet et al., 2006b). También hay constancia de una propagación significativa del VIH en zonas rurales del país, y la migración (incluida la que se produce entre México y los Estados Unidos) parece ser un factor contribuyente (Cohen, 2006f).