

07

América Latina

Situación de la epidemia de sida Resumen regional



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL



**Organización
Mundial de la Salud**

ONUSIDA/08.12S / JC1530S (versión española, abril de 2008)

Versión original inglesa, UNAIDS/08.12E JC1530E, marzo de 2008:

Latin America: AIDS epidemic update: regional summary

Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2008.

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas conjuntamente por el ONUSIDA y la OMS pueden obtenerse solicitándolas al Centro de Información del ONUSIDA. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones del ONUSIDA –sea con fines comerciales o no– también deben dirigirse al Centro de Información por correo a la dirección indicada más abajo, por fax (+41 22 791 4835) o por correo electrónico (publicationpermissions@unids.org).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA o de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el ONUSIDA o la OMS los aprueben o recomienden con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

El ONUSIDA y la OMS no garantizan que la información contenida en la presente publicación sea completa y correcta, y no se responsabilizan de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Situación de la epidemia de sida : América Latina.

«ONUSIDA/08.12S».

1.Infecciones por VIH - prevención y control. 2.Infecciones por VIH - epidemiología. 3.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida - epidemiología. 4.Brotos de enfermedades. 5.América Latina. I.ONUSIDA.

ISBN 978 92 9 173671 3

(Clasificación NLM: WC 503.4)

ONUSIDA
20 avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 48 35

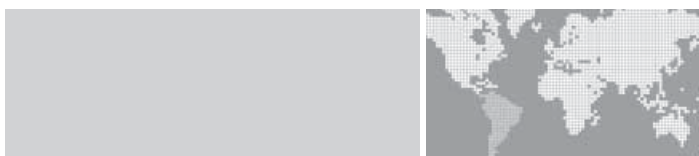
distribution@unids.org
www.unids.org

América Latina

Situación de la epidemia de sida

Resumen regional





AMÉRICA LATINA

Sudamérica

Aproximadamente un tercio de todas las personas que viven con el VIH en América Latina se encuentran en el populoso **Brasil**, donde un enfoque simultáneo en asegurar el acceso a los servicios de prevención y tratamiento ha contribuido a mantener estable la epidemia. La prevalencia nacional del VIH en adultos ha permanecido en torno al 0,5% [0,3-1,6%] desde 2000 (ONUSIDA, 2006). La transmisión maternoinfantil del VIH disminuyó drásticamente a partir de 1997 (de Brito et al, 2006), desde una estimación del 16% a nivel nacional en 1997 hasta menos del 4% en 2002 (Dourado et al, 2006). Al mismo tiempo, el acceso generalizado a la terapia antirretrovírica redujo a la mitad las tasas de mortalidad por sida entre 1996 y 2002 (Okie, 2006). Sin embargo, preocupa la sostenibilidad de la política actual de acceso universal al tratamiento antirretrovírico. El gasto en medicamentos antirretrovíricos aumentó un 66% en 2005, debido al gran número de personas que reciben tratamientos antirretrovíricos de segunda línea, la debilitación de la industria nacional de fármacos genéricos y las dificultades en la negociación de precios y otros acuerdos con las compañías farmacéuticas (Grangeiro et al, 2006).

Aunque al principio se concentró esencialmente en hombres que tenían relaciones sexuales con hombres, la epidemia del **Brasil** se propagó posteriormente a usuarios de drogas inyectables y, por último, a la población general, con cifras cada vez más altas de mujeres infectadas (Dourado et al, 2007). En una gran proporción de mujeres que viven con el VIH, el factor decisivo es el comportamiento de sus parejas sexuales masculinas (Silva y Barone, 2006), que podrían haberse infectado durante relaciones sexuales no protegidas con otros hombres o mujeres, o utilizando equipos de inyección contaminados. Las relaciones sexuales no protegidas entre hombres siguen siendo un factor significativo, y se estima que representan alrededor de la mitad de las infecciones por el VIH que se transmiten sexualmente en el **Brasil**.

Aunque la epidemia permanece estable en conjunto, la transmisión del VIH está aumentando en algunos sectores empobrecidos y analfabetos de la sociedad (Fonseca et al, 2003; Dourado et al, 2007). Un estudio de ámbito poblacional en Salvador, en el estado nororiental de Bahía, constató una prevalencia del VIH del 0,6% en la población adulta. Sin embargo, este mismo estudio también

comprobó que los niveles de infección eran casi tres veces más altos entre las categorías de personas con menores ingresos que en los grupos con ingresos más elevados (0,8% frente a 0,3%, respectivamente) (Dourado et al, 2007).

La prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables ha disminuido en algunas ciudades, sobre todo en aquellas que tienen programas de prevención y epidemias relativamente establecidos. Los principales motivos de este descenso son los efectos de los programas de reducción de daños, el cambio de las drogas inyectadas a las inhaladas y la mortalidad entre los consumidores de drogas (ONUSIDA y OMS, 2006). Algunos estudios han puesto de manifiesto que las relaciones sexuales no protegidas con otros hombres figuran entre los principales factores que contribuyen a la infección por el VIH en usuarios masculinos de drogas inyectables, lo que subraya la necesidad de servicios que permitan reducir en este grupo las prácticas de riesgo tanto sexuales como relacionadas con drogas (Ferreira et al, 2006). También se requieren tales servicios para ser sensibles a la vulnerabilidad potencialmente mayor de las mujeres que consumen drogas intravenosas. En un estudio transversal realizados en los estados de Bahía, Rio Grande do Sul, Santa Catarina y São Paulo, las usuarias femeninas de drogas inyectables VIH-positivas tendían a cambiar sexo por drogas con mayor frecuencia que sus homólogos masculinos, y también era más probable que tuvieran parejas sexuales que se inyectaran drogas a menudo (Cintra et al, 2006).

El enfoque simultáneo del Brasil en asegurar el acceso a los servicios de prevención y tratamiento ha contribuido a mantener estable su epidemia.

Se ha registrado una alta prevalencia del VIH entre reclusos. Se ha comprobado que eran VIH-positivos casi el 6% de los presos masculinos evaluados en un centro penitenciario de São Paulo (Coelho et al, 2007), como lo eran el 14% de las mujeres en un centro de detención de la misma ciudad (Strazza et al, 2007). Los niveles de conocimiento del VIH entre los reclusos parecen ser altos, pero el acceso a servicios de prevención dentro de las prisiones sigue siendo insuficiente (Coelho et al, 2007).

En los últimos años, las relaciones sexuales no protegidas se han convertido en la principal vía

de transmisión del VIH en la **Argentina** (Cohen, 2006). La mayoría de las 120 000 [80 000-220 000] personas que se estima que vivían con el VIH en 2005 se localizaba en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe. Según las estimaciones, cuatro de cada cinco nuevos diagnósticos de VIH en 2005 eran atribuibles a coito no protegido (principalmente heterosexual) (Programa Nacional del Sida de la Argentina, 2005). Sin embargo, como en varios otros países sudamericanos, la prevalencia máxima del VIH se ha registrado entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Por ejemplo, en 2000-2001, la vigilancia centinela del VIH en este grupo de población constató una prevalencia del 14% en Buenos Aires (Pando et al, 2006).

El uso de drogas inyectables, que había sido un factor importante en la epidemia de la **Argentina**, ha disminuido durante la última década, como ha disminuido la utilización de equipos de inyección no estériles. Por ejemplo, entre 2003 y 2005, el uso de drogas inyectables sólo representó aproximadamente el 5% de las nuevas infecciones por el VIH en la capital, Buenos Aires (Cohen, 2006). Esta tendencia ha estado influida por el impacto visible y emocional del sida dentro de las redes de usuarios de drogas inyectables, junto con cambios en el precio y la calidad de las drogas. En consecuencia, parece haberse generalizado el hábito de fumar (en vez de inyectarse) pasta de cocaína. En un estudio efectuado en la capital, Buenos Aires, el 44% de los usuarios de drogas inyectables dijeron que se estaban «inyectando actualmente» cuando fueron encuestados en 1998, en comparación con tan sólo el 5% en 2003. Persiste el uso de drogas inyectables, pero cada vez más como práctica solitaria y oculta, lo que plantea problemas para llevar a cabo esfuerzos eficaces de alcance y reducción de daños (Rossi et al, 2006).

En el vecino **Uruguay** se estima que casi 10 000 [4600-30 000] personas estaban viviendo con el VIH a finales de 2005 (ONUSIDA, 2006). La epidemia de VIH en el **Uruguay** se concentra principalmente en la capital, Montevideo, y sus alrededores (donde se han notificado más de las tres cuartas partes de todos los casos de sida) y en los distritos de Canelones, Maldonado y Rivera. Las relaciones sexuales no protegidas (mayoritariamente heterosexuales) son responsables de cerca de los dos tercios de los casos de VIH comunicados. Sin embargo, hasta una cuarta parte de las infecciones podrían ser debidas a relaciones sexuales peligrosas entre hombres, y en la capital se ha registrado una prevalencia del VIH del 22% entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (Montano et al, 2005). El uso

de equipos de inyección de drogas no estériles también es un factor importante en la epidemia del **Uruguay**, y explica casi una quinta parte (18%) de las infecciones por el VIH (Programa Nacional del Sida del Uruguay, 2007). Se ha estado produciendo una transmisión sustancial del VIH entre usuarios de drogas inyectables de Montevideo, un 19% de los cuales resultaron VIH-positivos en un estudio (IDES et al, 2005).

Más al norte, la epidemia del **Paraguay** también es comparativamente pequeña y se concentra sobre todo en la ciudad de Asunción (la capital) y el departamento de Central, así como en algunas zonas fronterizas con la **Argentina** y el **Brasil** (Programa Nacional del Sida del Paraguay, 2007). A nivel nacional, la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas era del 0,3% en 2005 (Programa Nacional del Sida del Paraguay, 2006a), pero la mayoría de las 13 000 [6200-41 000] personas que se estima que vivían con el VIH a final de 2005 eran hombres (ONUSIDA, 2006). La mayor parte de éstos contrajo el virus a través de relaciones sexuales remuneradas no protegidas, relaciones sexuales con otros hombres o inyección de drogas. En encuestas centinela recientes, el 12% de los usuarios de drogas inyectables resultaron VIH-positivos en Asunción, al igual que el 3,6% de los clientes de profesionales del sexo en la misma ciudad (Programa Nacional del Sida del Paraguay, 2006b). La prevalencia del VIH entre profesionales masculinos del sexo, que se eleva al 11%, es considerablemente mayor que las tasas del 1,8% y 2,6% que se han detectado en estudios independientes entre sus homólogas femeninas (Bautista et al, 2006a; Programa Nacional del Sida del Paraguay, 2006c). No obstante, la alta prevalencia de sífilis en los profesionales del sexo tanto masculinos (13%) como femeninos (19%) sugiere un acceso insuficiente a los servicios de salud sexual y un uso infrecuente de preservativos, factores ambos que pueden facilitar la transmisión del VIH entre profesionales del sexo, sus clientes y sus demás parejas sexuales (Programa Nacional del Sida del Paraguay, 2006b).

En **Chile**, también, la mayoría de las infecciones por el VIH corresponde a varones, aunque un número creciente de mujeres está contrayendo el virus a partir de sus parejas masculinas (Martínez, Elea y Chiu, 2006), la mayor parte de las cuales se infectó probablemente durante relaciones sexuales no protegidas con otros hombres. Se requiere una mayor investigación sobre el VIH en **Chile** entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Los estudios han comprobado una baja

prevalencia del VIH entre profesionales femeninas del sexo (ninguna de las cuales resultó VIH-positiva en un reciente estudio en la capital); es probable, por tanto, que las relaciones heterosexuales peligrosas remuneradas expliquen tan sólo un pequeño porcentaje de las actuales infecciones por el VIH (Barrientos et al, 2007). En un estudio efectuado en Santiago, el 93% de las profesionales femeninas del sexo encuestadas dijo que siempre había utilizado preservativos durante las relaciones remuneradas, lo que refleja probablemente los resultados de esfuerzos de prevención anteriores a favor de un comercio sexual más seguro (Barrientos et al, 2007).

Se requieren más investigaciones sobre el VIH en Chile entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

En **Bolivia**, **Ecuador** y **Perú**, el VIH sigue afectando principalmente a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En **Bolivia**, en este grupo de población, se han registrado prevalencias del VIH del 22% y 15% en Santa Cruz y La Paz, respectivamente. Se estima que en 2005 menos del 3% de este colectivo tenía acceso a servicios de prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, en comparación con una cobertura de servicios del 30% para los profesionales del sexo (Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia y ONUSIDA, 2007a, b).

En el **Perú**, la prevalencia promedio del VIH en hombres que tenían relaciones sexuales con hombres se mantuvo en torno al 18-22% en varios estudios realizados entre 1996 y 2002 (Sánchez et al, 2007; Ministerio de Salud del Perú, 2006). En un estudio de 2002 en Lima, se estimó que la incidencia del VIH era del 8,3% (Sánchez et al, 2007). También en Lima, el uso de preservativos está aumentando durante las relaciones sexuales con parejas tanto habituales como ocasionales, y ha habido un ligero descenso en la prevalencia de sífilis y una reducción más acusada en la de blenorragia entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (Sánchez et al, 2007). Sin embargo, en el pasado se habían comunicado niveles mucho más bajos de uso de preservativos en la proporción sustancial (entre una cuarta parte y la mitad, dependiendo del estudio) de hombres que también tienen relaciones sexuales con mujeres, menos de una quinta parte (17%) de los cuales dijeron que habían empleado preservativos en las relaciones sexuales con mujeres durante el último

año (Tabet et al, 2002). Es probable que la mayoría de las mujeres infectadas haya contraído el virus a partir de parejas masculinas que también tienen relaciones sexuales con hombres (Ministerio de Salud del Perú, 2005). La prevalencia del VIH ha sido mucho menor entre profesionales femeninas del sexo: entre el 0,6% y el 1,6%, dependiendo de la ciudad (Montano et al, 2005).

Se estima que, en conjunto, la prevalencia nacional del VIH en adultos en el **Perú** era del 0,6% [0,3-1,7%] en 2005 (ONUSIDA, 2006). Se han registrado prevalencias más bajas en estudios específicos, incluidos un 0,2% en una encuesta de población de 2002 (Carcamo et al, 2003). Han aparecido indicios de una prevalencia elevada del VIH entre poblaciones indígenas de la región amazónica del **Perú**. En 2004 se detectó una prevalencia del VIH del 7,5% entre chayahuaitas adultos. Ninguno de los participantes en el estudio había utilizado nunca un preservativo, y las relaciones sexuales entre hombres parecían ser relativamente comunes (Zavaleta et al, 2007).

Las relaciones sexuales entre hombres también son el principal factor de transmisión del VIH en **Colombia**, donde se ha observado recientemente una prevalencia del 10-18% entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en varias ciudades. Las relaciones sexuales remuneradas no protegidas constituyen otro factor fundamental, de modo que, en 2006, se registraron prevalencias del VIH del 3,3% y 5% entre profesionales femeninas del sexo de Barranquilla, en la costa caribeña (ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006). Esta cifra es considerablemente mayor que la prevalencia del 0,7% registrada en un estudio de 2002 entre profesionales del sexo de la capital, Bogotá (ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006).

América Central

En América Central, los sistemas deficientes de vigilancia epidemiológica del VIH obstaculizan una comprensión actualizada de las epidemias en esta subregión. La información disponible señala epidemias que se asocian principalmente a la transmisión del VIH durante relaciones sexuales no protegidas entre hombres y relaciones sexuales peligrosas remuneradas, y la migración es un factor importante en la propagación del virus.

En un contexto de homofobia generalizada, se están produciendo epidemias ocultas de VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

en varios países centroamericanos, incluidos **Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua** y **Panamá**. En comparación con la prevalencia del VIH en la población adulta general, los niveles de infección en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres eran siete veces mayores en **Honduras**, 10 veces mayores en **Guatemala** y **Panamá**, 22 veces mayores en **El Salvador** y 38 veces mayores en **Nicaragua**, según una investigación de 2002 (Soto et al, 2007).

Un descenso acusado de la prevalencia del VIH entre profesionales femeninas del sexo en tres ciudades hondureñas parece relacionarse con incrementos significativos en el uso de los preservativos durante las relaciones sexuales comerciales.

En un estudio de cinco países realizado en 2002, resultaron VIH-positivos casi uno de cada seis (15%) hombres en **El Salvador** y uno de cada ocho (12%) en **Guatemala** y **Honduras**. Las prevalencias más bajas constatadas fueron del 8% en **Nicaragua** y 9% en **Panamá**. Los niveles relativamente altos de conocimiento de métodos de prevención del VIH (que iban del 79% en **El Salvador** al 96% en **Honduras**) se contradecían en parte con la gran proporción de hombres (entre una cuarta parte en **Honduras** y la mitad en **Nicaragua**) que albergaba conceptos erróneos acerca de la transmisión del VIH. Las relaciones sexuales seguras eran infrecuentes en **Guatemala** y **Nicaragua**, donde más de la mitad de los hombres dijeron que no habían utilizado sistemáticamente preservativos con parejas masculinas esporádicas durante el mes anterior al estudio. En **Nicaragua**, casi la mitad de los profesionales masculinos del sexo encuestados no habían utilizado sistemáticamente preservativos durante el último mes (Soto et al, 2007).

Los hallazgos en estos países también sugieren que hay condiciones propicias para la transmisión del VIH entre hombres VIH-positivos que tienen relaciones sexuales con parejas masculinas y femeninas. Excepto en **Panamá**, entre una cuarta parte y un tercio de los hombres dijeron que habían tenido relaciones sexuales al menos con un hombre y una mujer durante los seis meses anteriores. Además, entre el 30% y el 40% de estos hombres indicaron que habían tenido relaciones sexuales no protegidas tanto con hombres como con mujeres durante los

últimos 30 días. Existe la necesidad urgente de ampliar las actividades de alcance e intervenciones clínicas y sociales integradas que sean accesibles para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en América Central (Soto et al, 2007).

Se están produciendo epidemias ocultas de VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en varios países de América Central, incluidos Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Panamá.

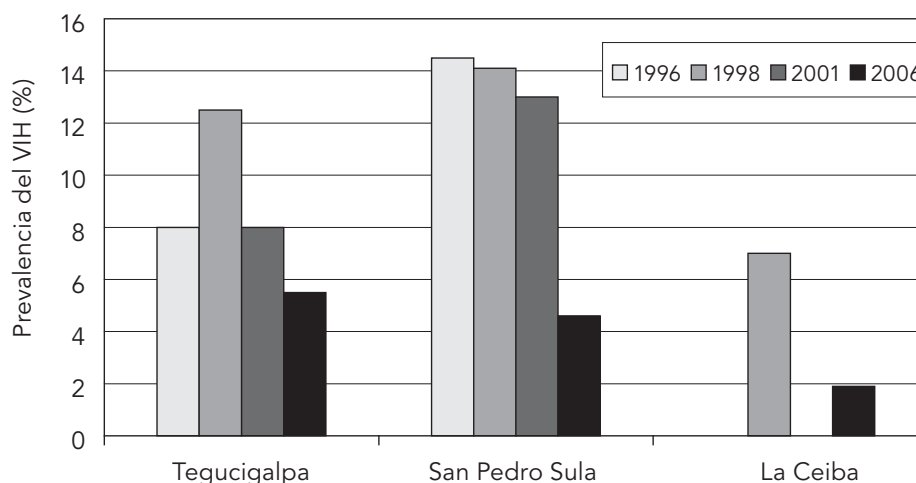
El mismo estudio encontró niveles elevados de prevalencia del VIH entre profesionales femeninas del sexo en **Honduras** (10%), **Guatemala** (4%) y **El Salvador** (3%), junto con una baja prevalencia del 0,2% en **Nicaragua** y **Panamá**. Dado que casi la mitad de las profesionales femeninas del sexo en **Nicaragua** dijeron que no habían utilizado preservativos de forma constante con clientes nuevos o habituales durante el último mes, este país deberá incrementar los esfuerzos de prevención del VIH dirigidos a los profesionales del sexo si pretende hacer retroceder los actuales niveles de infección. Las notables disparidades en la prevalencia de otras infecciones de transmisión sexual también subrayan la necesidad de mejorar

los servicios básicos de salud sexual en países como **El Salvador** (donde el 15% de las profesionales femeninas del sexo estaban infectadas por sífilis y el 11% por blenorragia), **Guatemala** (prevalencia del 12% de sífilis y 11% de blenorragia) y **Nicaragua** (prevalencia del 8% de sífilis y 9% de blenorragia) (Soto et al, 2007).

Las recientes encuestas centinela sobre el VIH han arrojado nueva luz sobre la epidemia en **Honduras**, donde la mayor parte de la transmisión del VIH tiene lugar durante relaciones sexuales peligrosas remuneradas y relaciones sexuales no protegidas entre hombres. Se ha registrado una alta prevalencia del VIH entre profesionales femeninas del sexo y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (Ministerio de Salud de Honduras, 2006), aunque existen pruebas recientes de un descenso de la prevalencia en estos grupos de población (Secretaría de Salud de Honduras et al, 2007a, b). Los hallazgos preliminares de un estudio de 2006 indican una prevalencia del VIH del 5,7% entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Tegucigalpa (un descenso respecto al 8,2% en 2001 y el 10% en 1998) y del 9,7% en San Pedro Sula (un descenso respecto al 16% en 2001). Sin embargo, la prevalencia creciente de sífilis constatada en el estudio de 2006 sugiere que deben mejorarse el acceso a servicios de salud sexual y su aceptación, junto con un incremento

Figura 1

Prevalencia del VIH en profesionales femeninas del sexo en diversas ciudades de Honduras, 1996-2006



Fuente: Secretaría de Salud de Honduras et al. (2007). Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables: Trabajadoras Sexuales. Agosto. Tegucigalpa, Secretaría de Salud de Honduras.

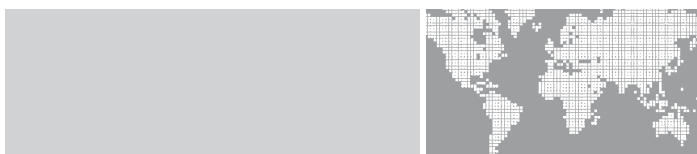
en el uso de preservativos. Las tres cuartas partes o más de los hombres que participaron en el estudio indicaron que habían utilizado preservativos sistemáticamente con parejas ocasionales durante el último mes, y las dos terceras partes o más también dijeron que los habían empleado con sus parejas estables. En cambio, una cuarta parte o más de los hombres que tenían relaciones sexuales con hombres todavía practicaban el sexo anal no protegido (Secretaría de Salud de Honduras et al, 2007b).

También se ha observado un fuerte descenso en la prevalencia del VIH entre profesionales femeninas del sexo en tres ciudades de **Honduras** (véase la figura). El uso sistemático de preservativos durante los últimos 30 días fue alto en las tres ciudades (>80% en Tegucigalpa y San Pedro Sula, y 98% en La Ceiba con clientes que pagaban y 87% o más con parejas ocasionales), lo que sugiere que la promoción de los preservativos y otras iniciativas de prevención han resultado fructíferas (Secretaría de Salud de Honduras, 2007a).

La epidemia de **México** sigue concentrándose principalmente en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo y sus clientes, y usuarios de drogas inyectables. En varios estudios efectuados en 2005 se registró una prevalencia del 2-4% entre usuarios de drogas inyectables en Tijuana y Ciudad Juárez, junto a la frontera con los Estados Unidos (White et al, 2007; Frost et al, 2006). Más del 85% de los usuarios de drogas inyectables dijeron que habían empleado equipos de inyección no esterilizados, lo que subraya la importancia de introducir programas de reducción de daños (White et al, 2007). En las

mismas ciudades se detectó una prevalencia del VIH del 5% entre profesionales femeninas del sexo, y las relaciones sexuales no protegidas (el 31% de las profesionales del sexo en Ciudad Juárez estaban infectadas por sífilis) y el uso de drogas inyectables eran los factores fundamentales en la transmisión del VIH (Patterson et al, 2006). Estos hallazgos han sido confirmados por otro estudio que comprobó una prevalencia del VIH del 12% entre profesionales del sexo que se inyectaban drogas y del 5% entre sus homólogas que no se inyectaban. Las profesionales femeninas del sexo que tomaban drogas inyectables también tenían niveles más altos de otras infecciones de transmisión sexual, y era más probable que tuvieran relaciones sexuales peligrosas con sus clientes, en comparación con sus homólogas que no se inyectaban drogas (Strathdee et al, 2007). Se requieren esfuerzos orientados de prevención para ayudar a proteger del VIH a las profesionales del sexo que toman drogas inyectables, sus clientes y sus demás parejas sexuales respectivas.

En conjunto, las relaciones sexuales no protegidas entre hombres representan más de la mitad (57%) de las infecciones por el VIH registradas hasta ahora en **México** (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). Los profesionales masculinos del sexo, en particular, parecen correr un alto riesgo de exposición al VIH. Un estudio en Ciudad de México y Guadalajara constató una prevalencia del VIH del 20% en este grupo de población, mientras que otro estudio en Acapulco y Monterrey registró una prevalencia del 15% en 2005 (Magis et al, 2006).



BIBLIOGRAFÍA

AMÉRICA LATINA

- Barrientos JE et al. (2007). HIV prevalence, AIDS knowledge and condom use among female sex workers in Santiago, Chile. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8):1777–1784.
- Bravo-García E, Magis-Rodriguez C, Saavedra J (2006). New estimates in Mexico: more than 180,000 people living with HIV. Resumen CDC0411. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Bautista CT et al. (2006a). Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in South America. *Sexually Transmitted Infections*, 82(4):311–316.
- Bautista CT et al. (2006b). HIV, syphilis, hepatitis B and C among local and immigrant female sex workers in six cities of Argentina. Resumen CDC0205. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- de Brito AM et al. (2006). Trends in maternal-infant transmission of AIDS after antiretroviral therapy in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 40(Suppl.):18–22.
- Carcamo P et al. (2003). Sex and STDs in Peru: a nation-wide general population-based survey of urban young adults. Presentado en el Octavo Congreso Mundial sobre ITS/Sida, la Cuadragésima Asamblea General Mundial de IUSTI y la Decimocuarta Conferencia Panamericana sobre ITS/Sida; 2003. Punta del Este.
- Cintra AM de O et al. (2006). Characteristics of male and female injecting drug users of the AjUDE-Brasil II Project. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(4):791–802.
- Coelho HC et al. (2007). HIV prevalence and risk factors in a Brazilian penitentiary. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9):2197–2204.
- Cohen J (2006). Up in smoke: epidemic changes course. *Science*, 313:487–488.
- Dourado I et al. (2007). HIV-1 seroprevalence in the general population of Salvador, Bahia State, Northeast Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1):25–32.
- Dourado I et al. (2006). AIDS epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 40(Suppl.): 9–17.
- Ferreira AD et al. (2006). Profile of male Brazilian injecting drug users who have sex with men. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(4):849–860.
- Fonseca MGP et al. (2003). Distribuição social da AIDS no Brasil, Segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status socio-econômico dos casos de 1987–1998. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(5): 1351–1363.
- Frost SD et al. (2006). Respondent-driven sampling of injection drug users in two US-Mexico border cities: recruitment dynamics and impact on estimates of HIV and syphilis prevalence. *Journal of Urban Health*, 83(Suppl. 6): i83–i97.
- Grangeiro A et al. (2006). Sustainability of Brazilian policy for access to antiretroviral drugs. *Revista de Saúde Pública*, 40(Suppl.):60–69.
- IDES, et al. (2005). *HIV, HBV, HCV prevalence related to sexual behavior and drug use in 200 injecting drug users in Montevideo, Uruguay*. Ministerio de Salud. Montevideo.

- Magis C et al. (2006b). HIV prevalence and factors associated with the possession of condoms among male sex workers in two cities: Guadalajara and Mexico City, Mexico. Resumen CDC0336. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Magis-Rodriguez C et al. (2004). Migration and AIDS in Mexico: an overview based on recent evidence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37(Suppl. 4):S215–S226.
- Martínez GP, Elea NA, Chiu AM (2006). Epidemiology of HIV infection and acquired immune deficiency disease syndrome in Chile. *Revista Chilena Infectología*, 23(4):321–329.
- Ministerio de la Protección Social de Colombia y ONUSIDA (2006). *Infección por VIH y SIDA en Colombia, Estado del arte. 2000–2005*. Bogotá.
- Ministerio de Salud del Perú (2006). *Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú – Bases Epidemiológicas para la Prevención y el Control*. Lima.
- Ministerio de Salud del Perú (2005). *Sentinel surveillance report*. Lima, Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Epidemiología.
- Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia/ONUSIDA (2007a). *Diagnóstico situacional, monitoreo y evaluación de la implementación del Compromiso UNGASS sobre el VIH/sida*. La Paz.
- Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia/ONUSIDA (2007b). *Plan para Alcanzar el Acceso Universal a la Prevención, Atención y Tratamiento del VIH/SIDA en Bolivia 2006–2010*. La Paz.
- Ministerio de Salud de Honduras (2006). *Honduras: follow-up report to the Commitment on HIV/AIDS*. Tegucigalpa.
- Montano SM et al. (2005). Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in South America. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40(1):57–64.
- Programa Nacional del Sida de la Argentina (2005). *Epidemiological surveillance report*. Diciembre. Buenos Aires.
- Programa Nacional del Sida del Paraguay (2007). *Epidemiological surveillance report*. Febrero. Asunción.
- Programa Nacional del Sida del Paraguay (2006a). *HIV/STI sentinel prevalence and behavioral study on women after delivery*. Asunción.
- Programa Nacional del Sida del Paraguay (2006b). *HIV/STI sentinel prevalence and behavioral study on clients of female sex workers and injecting drug users*. Asunción.
- Programa Nacional del Sida del Paraguay (2006c). *HIV/STI sentinel prevalence and behavioral study on male and female sex workers*. Asunción.
- Programa Nacional del Sida del Uruguay (2007). *Epidemiological surveillance report*. Febrero. Montevideo.
- Okie S (2006). Fighting HIV—lessons from Brazil. *New England Journal of Medicine*, 354(19):1977–1981.
- ONUSIDA/Ministerio de Protección Social de Colombia (2006). *Infección por VIH y SIDA en Colombia. Estado del arte*. Bogotá.
- Pando MA et al. (2006). Epidemiology of human immunodeficiency virus, viral hepatitis (B and C), *Treponema pallidum*, and human T-cell lymphotropic I/II virus among men who have sex with men in Buenos Aires, Argentina. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(5):307–313.
- Patterson TL et al. (2006). Comparison of sexual and drug use behaviors between female sex workers in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico. *Substance Use & Misuse*, 41(10–12):1535–1549.
- Rossi D et al. (2006). The HIV/AIDS epidemic and changes in injecting drug use in Buenos Aires, Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(4):741–750.
- Sanchez J et al. (2007). HIV-1, sexually transmitted infections, and sexual behavior trends among men who have sex with men in Lima, Peru. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 44(5):578–585.
- Secretaría de Salud de Honduras et al. (2007a). *Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables: Trabajadoras Sexuales*. Agosto. Tegucigalpa.
- Secretaría de Salud de Honduras et al. (2007b). *Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables: Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)*. Julio. Tegucigalpa.
- Silva ACM, Braone AA (2006). Risk factors for HIV infection among patients infected with hepatitis C virus. *Revista de Saúde Pública*, 40(3):482–488.

- Soto RJ et al. (2007). Sentinel surveillance of sexually transmitted infection/HIV and risk behaviours in vulnerable populations in five Central American countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. (En prensa)
- Strathdee SA et al. (2007). Correlates of injection drug use among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities. *Drug and Alcohol Dependence*, 20 de agosto de 2007.
- Strazza L et al. (2007). Behaviour associated with HIV and HCV infection in female prison inmates in São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1):197–205.
- Tabet S et al. (2002). HIV, syphilis and heterosexual bridging among Peruvian men who have sex with men. *AIDS*, 16(9):1271–1277.
- ONUSIDA (2006). *Informe sobre la epidemia mundial de Sida*. Ginebra.
- ONUSIDA/OMS (2006). *Situación de la epidemia de Sida*. Ginebra.
- White EF et al. (2007). Prevalence of hepatitis C virus and HIV infection among injection drug users in two Mexican cities bordering the US. *Salud Pública México*, 49(3):165–172.
- Zavaleta C et al. (2007). High prevalence of HIV and syphilis in a remote native community of the Peruvian Amazon. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 76(4):703–705.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) mancomuna los esfuerzos y recursos de diez organizaciones de las Naciones Unidas para dar una respuesta mundial al sida. Estos diez organismos copatrocinadores son los siguientes: ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, ONUDD, OIT, UNESCO, OMS y Banco Mundial. La Secretaría del ONUSIDA, con sede en Ginebra, trabaja sobre el terreno en más de 80 países de todo el mundo.

El papel utilizado en este informe es 100% reciclado aprobado por FSC. El papel utilizado para este documento está aprobado por FSC es decir que está manufacturado con pasta de papel de árbol blando cultivado en plantaciones gestionadas profesionalmente donde se planta por lo menos un árbol por cada árbol utilizado.

*La Situación de la epidemia de sida informa
anualmente de la evolución de la epidemia.
Este Resumen regional 2007 ofrece las
estimaciones más recientes del alcance
de la epidemia y de su costo humano, y
explora nuevas tendencias en su evolución
en América Latina.*



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
FMA
PNUD
UNFPA
ONUDD
GIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GINEBRA 27
SUIZA

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 48 35

www.unaids.org