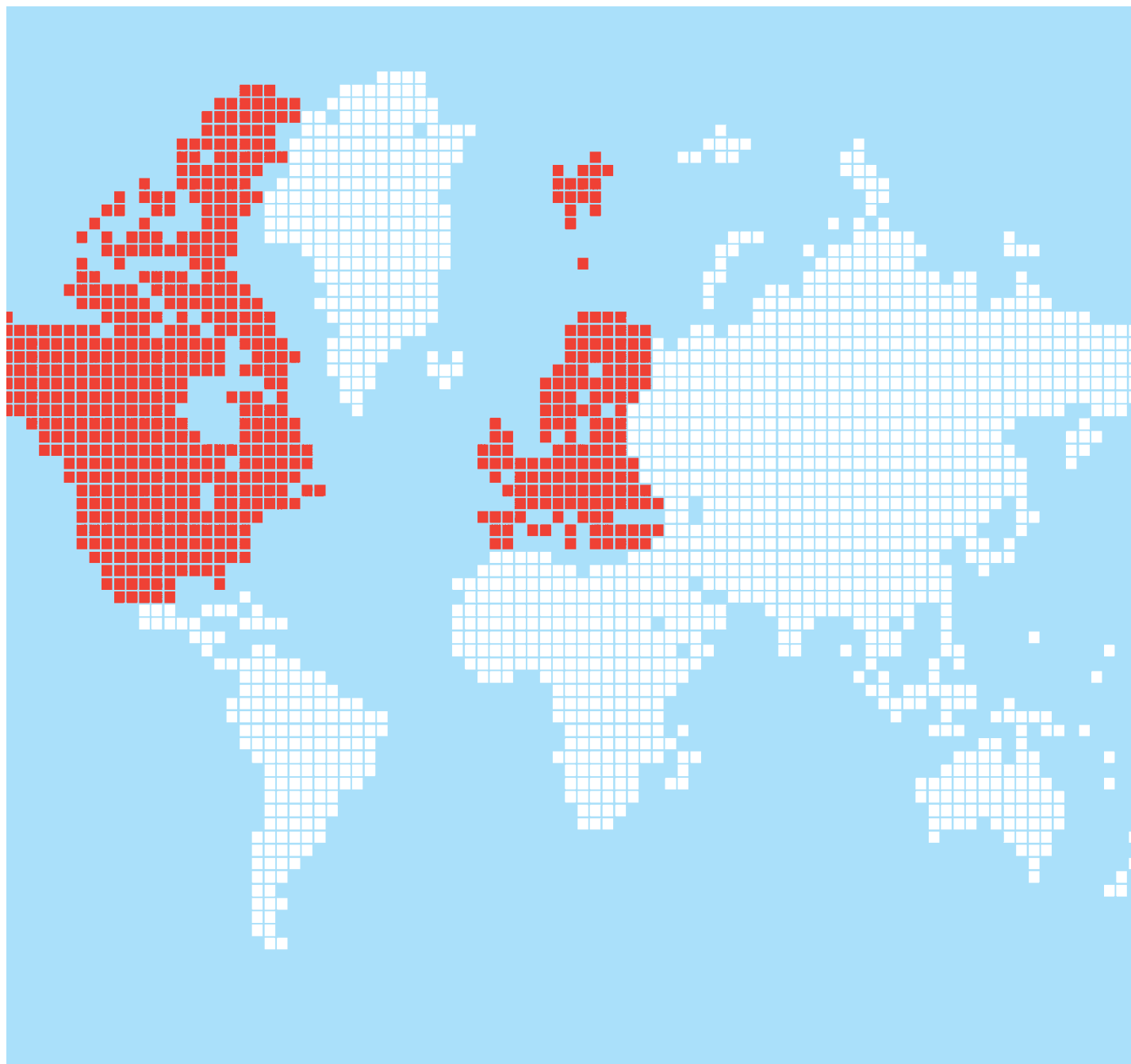


07

América del Norte, Europa Occidental y Central

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/08.14S / JC1532S (versión española, abril de 2008)

Versión original inglesa, UNAIDS/08.14E JC1532E, marzo de 2008:

North America, Western and Central Europe: 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@unaids.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 del Norte y Europa occidental y central.

«ONUSIDA/08.14S».

1.Infecciones por VIH - prevención y control. 2.Infecciones por VIH - epidemiología. 3.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida - epidemiología. 4.Brotos de enfermedades. 5.América del Norte. 6.Europa (Continente). I.ONUSIDA.

ISBN 978 92 9 173695 9

(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@unaids.org
www.unaids.org

América del Norte, Europa Occidental y Central

Situación de la epidemia de sida
Resumen regional



ONUSIDA

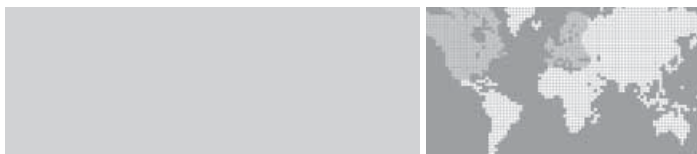
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNLID
UNFPA

ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL



**Organización
Mundial de la Salud**



AMÉRICA DEL NORTE, EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL

Estados Unidos de América y Canadá

Los **Estados Unidos de América** tienen una de las epidemias de VIH más grandes del mundo, con una cifra estimada de 1,2 [720 000-2,0] millones de personas que vivían con el VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006a). A juzgar por los datos de los 33 estados y cuatro territorios dependientes¹ con un sistema de notificación nominal y confidencial del VIH a largo plazo, los varones siguen representando la mayoría de los diagnósticos de VIH o sida entre adultos y adolescentes de los **Estados Unidos**: 74% en 2005, según los datos más recientes. Las relaciones sexuales no protegidas entre hombres continúan siendo el modo más habitual de transmisión del VIH. En 2005, más de la mitad (53%) de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH correspondieron a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Las personas expuestas al VIH por coito heterosexual con parejas ocasionales constituían poco menos de un tercio (32%) de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH y de sida, mientras que un 18% de las nuevas infecciones diagnosticadas en 2005 incidió en usuarios de drogas inyectables (Centros de Control y Prevención de Enfermedades, EE.UU., 2007b).

Las principales vías de transmisión del VIH difieren entre hombres y mujeres. La mayoría (67%) de las infecciones diagnosticadas en hombres en 2005 correspondió a hombres que tenían relaciones sexuales con hombres, sin historia de uso de drogas inyectables; el 5%, a hombres que tenían relaciones sexuales con hombres y consumían drogas inyecta-

bles, y el 13%, a usuarios de drogas inyectables que no tenían relaciones sexuales con hombres. Un 15% adicional de las infecciones se atribuyó a coito heterosexual con una pareja esporádica. El número anual de nuevos diagnósticos de VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (incluidos los que también se inyectan drogas) aumentó de 17 699 en 2001 a 19 620 en 2005, un incremento del 11% (Centros de Control y Prevención de Enfermedades, EE.UU., 2007b).

En cambio, en 2005, el 80% (un incremento respecto al 75% en 2001) de las mujeres adultas y adolescentes con un nuevo diagnóstico de VIH o sida contraído el virus durante relaciones sexuales no protegidas (Centros de Control y Prevención de Enfermedades, EE.UU., 2007b), a menudo con parejas masculinas que se habían infectado por medio de equipos contaminados de inyección o durante relaciones sexuales remuneradas o con otros hombres (Montgomery et al, 2003; McMahon et al, 2004; Valleroy et al, 2004). Aproximadamente una quinta parte (19%) de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH en mujeres fueron debidos al uso de drogas inyectables (Centros de Control y Prevención de Enfermedades, EE.UU., 2007b).

La proporción de mujeres entre los nuevos diagnósticos de VIH o sida aumentó durante los años 1990 y llegó casi al 30% en 2001. Posteriormente, sin embargo, esta proporción disminuyó de forma

¹ Este análisis se basa principalmente en diagnósticos de VIH notificados. Una limitación significativa de utilizar los diagnósticos anuales de VIH para vigilar la epidemia es que esta variable no representa la incidencia total (ya que puede incluir infecciones que se produjeron varios años antes) y sólo incluye a las personas que se han sometido a la prueba del VIH. En consecuencia, las tendencias epidémicas basadas en los casos de VIH notificados pueden estar sesgadas por cambios en la aceptación de las pruebas o en los patrones de notificación. En la medida de lo posible, este análisis alerta a los lectores de los casos en que se han producido tales cambios.

progresiva hasta el 26% en 2005 (Centros de Control y Prevención de Enfermedades, EE.UU., 2007b).

La epidemia de VIH en los **Estados Unidos** continúa afectando de forma desproporcionada a las minorías étnicas y raciales. Aunque los afroamericanos nos constituyen alrededor del 13% de la población (Oficina del Censo de los Estados Unidos, 2006), representaron el 48% de los nuevos diagnósticos de VIH o sida en 2005. En 2004, el sida fue la cuarta causa de mortalidad entre los afroamericanos de 25-44 años en los **Estados Unidos** (Anderson, Mosher y Chandra, 2006; Centros de Control y Prevención de Enfermedades, EE.UU., 2006a). Los hispanos, que constituyen aproximadamente el 14% de la población, representaron el 18% de los nuevos diagnósticos (Centros de Control y Prevención de Enfermedades, EE.UU., 2007c).

La epidemia de VIH sigue afectando de forma desproporcionada a los afroamericanos en los Estados Unidos y a los aborígenes en el Canadá.

Entre los hombres afroamericanos, las relaciones sexuales peligrosas con otros hombres constituyen el principal modo de transmisión del VIH (48% de los nuevos diagnósticos en 2005), mientras que entre las mujeres afroamericanas, la vía de transmisión predominante es el coito heterosexual no protegido (74%). Tanto entre hombres como entre mujeres afroamericanas, casi uno de cada cuatro (23% y 24%, respectivamente) nuevos casos de VIH en 2005 se atribuyeron a consumo de drogas inyectables (Centros de Control y Prevención de Enfermedades, EE.UU., 2007c).

Entre 2001 y 2004 disminuyó el número de nuevos diagnósticos de VIH entre hombres (un 4%) y mujeres (un 7%) afroamericanos (Centros de Control y Prevención de Enfermedades, EE.UU., 2006a). Estos descensos no reflejan necesariamente tendencias en la incidencia del VIH: podrían ser consecuencia de cambios en las prácticas de análisis y vigilancia del VIH (Centros de Control y Prevención de Enfermedades, EE.UU., 2006a). Sin embargo, una reducción simultánea en los diagnósticos de blenorragia entre afroamericanos y un incremento en el

número de pruebas del VIH señalan que el descenso observado podría reflejar realmente una menor incidencia del virus y que este descenso se asociaría, por tanto, a una reducción de los comportamientos sexuales de riesgo (Lieb et al, 2007).

Se dispone de nueva información sobre los efectos del acceso más generalizado a la terapia antirretrovírica eficaz en los **Estados Unidos**. Según un estudio efectuado en seis estados, los ingresos hospitalarios de personas VIH-positivas disminuyeron un 44% entre 2000 y 2004, y ha aumentado la edad promedio de las personas con el VIH hospitalizadas (Hellinger, 2007). Un estudio anterior había observado que el suministro de terapia antirretrovírica produjo una reducción del 80% en las tasas de mortalidad por sida entre 1990 y 2003 (Crum et al, 2006). Sin embargo, la proporción sustancial (alrededor de una cuarta parte) de personas que viven con el VIH y siguen sin saber que están infectadas (Glynn y Rhodes, 2005) limita el impacto potencial de tales beneficios. Las personas que no son conscientes de su infección tienden a buscar tratamiento únicamente cuando empieza a manifestarse el sida, lo que reduce la eficacia del tratamiento. Algunas investigaciones realizadas en la ciudad de San Francisco constataron que casi el 40% de las personas infectadas fueron diagnosticadas de sida menos de un año después de que dieran positivo en la primera prueba del VIH (Schwartz et al, 2006). Otro estudio, en el estado de Carolina del Sur, comprobó que el 41% de los casos de VIH diagnosticados en 2001-2005 se había sometido a la prueba «con retraso». En este último estudio, las tres cuartas partes (73%) de los «rezagados» habían visitado a proveedores sanitarios al menos una vez antes de que se les diagnosticara la infección por el VIH, pero la mayoría no había experimentado síntomas que les indujeran a realizarse la prueba teniendo en cuenta los riesgos adoptados. De acuerdo con estos hallazgos, los CDC de los **Estados Unidos** han recomendado el análisis sistemático del VIH, salvo exclusión voluntaria,² en todos los pacientes que acudan a centros de asistencia sanitaria (Centros de Control y Prevención de Enfermedades, EE.UU., 2006a).

La epidemia de VIH en el **Canadá** sigue evolucionando. Después de estabilizarse a mediados de los años 1990, el número total estimado de personas que viven con el VIH en este país empezó a aumentar de nuevo a finales de esa década, debido principalmente a los efectos prolongadores de la vida del tratamiento antirretrovírico y al número persistente de nuevas infecciones por el VIH. El número de personas con el

² El análisis del VIH «salvo exclusión voluntaria» significa que se recomienda la prueba para todos los pacientes en cualquier contexto sanitario, después de que se les haya notificado que se les efectuará la prueba a menos que la rehúsen explícitamente.

VIH aumentó aproximadamente un 16% entre 2002 y 2005. Sin embargo, el número anual de nuevas infecciones comunicadas se mantuvo prácticamente igual durante dicho periodo, oscilando entre 2495 y 2538 (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2006).

Entre las 58 000 [48 000–68 000] personas que se estima que vivían con el VIH en 2005, algo más de la mitad (51%) de las infecciones se atribuían a relaciones sexuales no protegidas entre hombres; el 17%, a uso de drogas inyectables, y el 27%, a coito heterosexual no protegido. Preocupa la estimación de que al menos uno de cada cuatro canadienses que vivían con el VIH no sabían que estaban infectados (Boulos et al, 2006).

La proporción estimada de nuevas infecciones atribuidas a relaciones sexuales no protegidas entre hombres disminuyó sustancialmente desde comienzos de los años 1980 hasta mediados de la década de 1990. Sin embargo, esta proporción empezó a aumentar posteriormente, ante la evidencia de la prosecución e incluso el posible incremento de las relaciones sexuales no protegidas entre hombres. En consecuencia, las relaciones sexuales no protegidas entre hombres siguen representando la mayor proporción de las *nuevas* infecciones por el VIH (45% en 2005 frente a 42% en 2002) (Boulos et al, 2006). Este hallazgo sugiere la necesidad de revitalizar

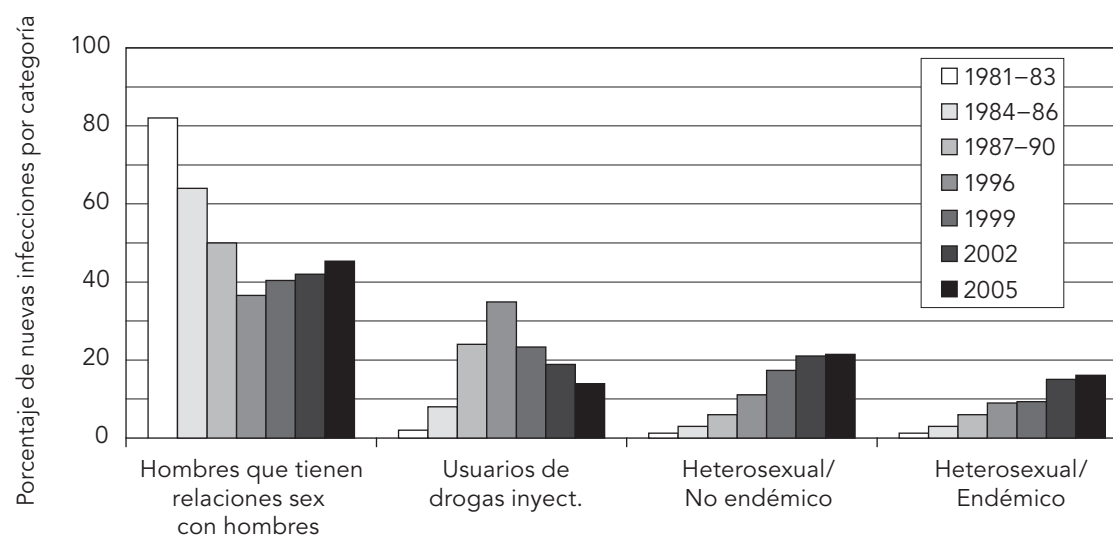
programas de prevención que lleguen a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en el **Canadá**.

Las mujeres representan una proporción creciente de las nuevas infecciones estimadas por el VIH: 27% en 2005, en comparación con el 24% en 2002 y el 12% durante el periodo 1985–1997. Entre los jóvenes en el grupo de edad de 15–29 años, las mujeres constituyeron el 35% de las nuevas infecciones por el VIH comunicadas en 2005. La epidemia está teniendo un impacto desproporcionado entre las mujeres aborígenes, que, en 2005, representaron el 60% de las nuevas infecciones por el VIH comunicadas entre todas las personas aborígenes (véase más abajo) (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2006).

Se estima que el 37% de las *nuevas* infecciones por el VIH en 2005 eran atribuibles al coito heterosexual sin protección. Una proporción sustancial de estas infecciones correspondía a personas nacidas en países donde el VIH es endémico (principalmente África subsahariana y el Caribe). Este último grupo está afectado de forma desproporcionada en la epidemia de VIH del **Canadá**, y se calcula que en 2005 representó el 16% de todas las nuevas infecciones. La tasa estimada de incidencia en esta subpoblación es más de 12 veces superior a la del resto de canadienses (Boulos et al, 2006).

Figura 1

Distribuciones de categorías de exposición estimada (%) de nuevas infecciones por el VIH en Canadá, por periodo



Fuente: Boulos D et al. (2006). Estimates of HIV prevalence and incidence in Canada, 2005. Canada Communicable Disease Report, 32:165–174.

La proporción de nuevas infecciones estimadas atribuibles al uso de drogas inyectables ha seguido disminuyendo, del 19% en 2002 al 14% en 2005. Entre las posibles razones de esta tendencia figuran la adopción de prácticas de inyección más seguras, los patrones cambiantes de consumo de drogas y los efectos de los programas de prevención. Este descenso, sin embargo, parece haberse producido principalmente entre los usuarios *masculinos* de drogas inyectables. En 2005, más de un tercio (35%) de las nuevas infecciones por el VIH comunicadas en mujeres de 15 años o más eran atribuibles al uso de equipos de inyección contaminados, un incremento respecto al 27% registrado en 2003 (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2006). Los estudios locales continúan notificando una alta prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables. Por ejemplo, en 2002 resultaron VIH-positivos el 23% de los participantes en programas de intercambio de agujas en Montreal y el 20% en Ottawa (Parent et al y el SurvUDI Working Group, 2003). De forma similar, en un estudio de 2003-2005 en un centro de inyección segura en Vancouver, el 17% de los participantes resultaron VIH-positivos (Tyndall et al, 2005). Entre aborígenes jóvenes que se inyectan drogas, en 2003-2005 se registró una prevalencia del VIH del 8% en Prince George y del 17% en Vancouver (ambos en la provincia de Columbia Británica) (Lloyd-Smith et al, 2006).

El coito heterosexual no protegido es el factor clave de la infección por el VIH en las mujeres, pero una combinación de relaciones sexuales peligrosas y uso de drogas inyectables parece estar exponiendo a algunas mujeres a una situación de riesgo particularmente alto. Un estudio efectuado en varias zonas del **Canadá** comprobó que, en 2003, alrededor del 40% de las usuarias femeninas de drogas inyectables también comerciaba con el sexo. Casi todas (92%) estas mujeres dijeron que utilizaban preservativos con los clientes masculinos, pero cerca de una tercera parte indicaron que nunca los empleaban con parejas esporádicas, y el uso de preservativos era infrecuente con las parejas habituales (Health Canada, 2004). Esta situación subraya la necesidad de esfuerzos de prevención para abordar el riesgo combinado de las relaciones sexuales peligrosas y el uso de drogas inyectables entre las mujeres (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2006).

La epidemia de VIH del **Canadá** sigue afectando de forma desproporcionada a las personas aborígenes. Aunque constituyen aproximadamente el 3,3% de la

población canadiense total (Oficina de Estadísticas del Canadá, 2003), se estima que representan el 7,5% de las personas que viven con el VIH y que en 2005 experimentaron cerca del 9% de todas las nuevas infecciones (Boulos et al, 2006).

En contraste con el resto de la población, más de la mitad (53%) de las nuevas infecciones por el VIH en personas aborígenes en 2005 eran atribuibles al uso de drogas inyectables; un tercio (33%), a coito heterosexual, y el 10%, a relaciones sexuales entre hombres (Boulos et al, 2006). Entre las mujeres aborígenes, el uso de drogas inyectables también es el principal factor en la infección por el VIH: entre 1998 y 2005, casi las dos terceras partes (65%) de las infecciones comunicadas en mujeres aborígenes se atribuyeron al consumo de tales drogas (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2006). Se cree que la vulnerabilidad de los aborígenes a la infección por el VIH es debida a los altos índices de desempleo y pobreza, así como de abuso de sustancias e infecciones de transmisión sexual; también está influida por su acceso limitado a servicios sanitarios de calidad (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2004).

En Europa occidental, la mayoría de los casos de VIH transmitidos por vía heterosexual se origina en países de África subsahariana con una alta prevalencia; dentro de este grupo, más del 50% de los nuevos diagnósticos de VIH corresponden a mujeres.

Europa occidental

Las infecciones por el VIH contraídas por vía heterosexual, la mayoría de ellas en inmigrantes y migrantes, constituyeron la mayor proporción (42%) de las nuevas infecciones diagnosticadas en Europa occidental en 2006. Algo menos de un tercio (29%) de las nuevas infecciones por el VIH diagnosticadas se atribuyeron a relaciones sexuales peligrosas entre hombres, mientras que una proporción decreciente (6%) de los diagnósticos correspondió a usuarios de drogas inyectables (EuroHIV, 2007).

En Europa occidental y central, el **Reino Unido** continúa padeciendo una gran epidemia de VIH, junto con **Francia, Italia** y **España**.³ El número anual de nuevas infecciones por el VIH diagnosti-

³ Conviene recordar que la notificación nacional del VIH sólo se ha iniciado recientemente en Francia, mientras que en Italia y España tal notificación únicamente tiene lugar en ciertas regiones.

casas se ha multiplicado por más de dos en el **Reino Unido**, desde 4152 en 2001 hasta 8925 en 2006 (EuroHIV, 2007). El país también tiene una de las tasas más altas de nuevos diagnósticos de VIH en Europa occidental y central: 149 por millón de habitantes en 2006, sólo superada por **Portugal** (205 por millón de habitantes) (EuroHIV, 2007).

La epidemia de VIH sigue concentrándose en Londres, donde se produjo el 41% de los nuevos diagnósticos durante 2006. Sin embargo, se han registrado incrementos significativos de los nuevos diagnósticos en la región central y oriental de Inglaterra, Irlanda del Norte y Gales (Organismo de Protección de la Salud del Reino Unido, 2007).

En 2002-2006, el número de nuevos diagnósticos de VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres casi se duplicó en Alemania y aumentó unas tres cuartas partes en Suiza, dos tercios en Bélgica y un tercio en el Reino Unido.

El incremento incesante de los diagnósticos de VIH notificados en el **Reino Unido** es debido principalmente a los niveles sostenidos de infecciones contraídas *de novo* por hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; al incremento de los diagnósticos entre hombres y mujeres heterosexuales que contrajeron la infección en un país con alta prevalencia (sobre todo en África subsahariana y el Caribe), y a un mejor sistema de notificación gracias a pruebas del VIH más numerosas y tempranas.

Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres siguen constituyendo el grupo de población con mayor riesgo de contraer el VIH *dentro* del **Reino Unido**. Se estima que, entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres diagnosticados de VIH en 2006, probablemente el 82% contrajo la infección en el **Reino Unido** (en comparación con el 18% de los hombres y mujeres heterosexuales) (Organismo de Protección de la Salud del Reino Unido, 2007). El número de nuevos diagnósticos de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres casi se duplicó entre 2001 y 2006, pasando de 1434 a 2597 (EuroHIV, 2007). Sin embargo, no está claro si este incremento refleja una variación en la *incidencia* del VIH o cambios en la ejecución de pruebas dentro de este grupo de población (Organismo de Protección de la Salud del Reino Unido, 2006; Dougan et al, 2007).

En otros países de esta región, aproximadamente un tercio (32% en 2005) de las personas con un nuevo diagnóstico de VIH no saben que están infectadas (Organismo de Protección de la Salud del Reino Unido, 2006). La proporción de personas que desconocen su estado del VIH es aún mayor entre los hombres seropositivos que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Por ejemplo, una encuesta en bares, clubes y saunas de cinco ciudades frecuentadas por varones homosexuales comprobó que el 41% de los que resultaron VIH-positivos no habían sido diagnosticados con anterioridad (Williamson et al, 2006).

También se ha casi duplicado el número de diagnósticos de VIH en personas que contrajeron la infección por coito heterosexual no protegido: de 2379 en 2001 a 4514 en 2006 (EuroHIV, 2006, 2007). Aquí también, la mayor aceptación de la prueba del VIH entre las personas atendidas en dispensarios genitourinarios (que llegó al 82% en 2005) podría ser un factor en esta tendencia al alza. La mayoría de los diagnósticos de VIH atribuidos a coito heterosexual no protegido correspondió a personas que se habían infectado en un país con alta prevalencia, principalmente en África subsahariana.

Al igual que en otros países de esta región, sigue retardándose el diagnóstico de VIH entre los adultos de raza negra y otras minorías étnicas. En 2005 se estableció un diagnóstico tardío en un 40% de las personas de estos grupos de población que resultaron VIH-positivas, y tales personas tenían una probabilidad significativamente mayor de fallecer durante el año siguiente al diagnóstico (en comparación con aquellas cuya infección se había detectado en etapas más tempranas) (Organismo de Protección de la Salud del Reino Unido, 2006). Las investigaciones en el centro y sur de Inglaterra señalan que el estigma y el miedo a la discriminación impiden que una gran proporción de los africanos que viven en el **Reino Unido** se sometan a la prueba del VIH (Elam et al, 2006).

La infección como consecuencia de la exposición a equipos contaminados de inyección de drogas representa un número reducido de casos de VIH (131 nuevos diagnósticos en 2006) en la epidemia del **Reino Unido** (Organismo de Protección de la Salud del Reino Unido, 2007). De todos modos, continúan detectándose infecciones por el VIH entre los usuarios de drogas inyectables. Fuera de Londres, se estima que la prevalencia entre usuarios de drogas inyectables aumentó del 0,5% en 2003 al 1,2% en 2005 (Organismo de Protección de la Salud del Reino Unido, 2006).

En conjunto, datos como éstos sugieren que puede mejorarse más la respuesta al sida en el **Reino Unido**. Por ejemplo, podría incrementarse y enfocarse la cobertura de las pruebas del VIH, y podrían ampliarse programas adecuados de prevención para los grupos que corren mayor riesgo de infección.

En Europa occidental (sin contar el **Reino Unido**), los nuevos diagnósticos de VIH comunicados anualmente casi se triplicaron entre 1999 y 2005 (de 7497 a 19 476), aunque disminuyeron de forma sustancial en 2006 (hasta 16 316). El mayor número de diagnósticos se notificó en **Francia** (donde la notificación sistemática sólo se inició en 2003 y donde se diagnosticaron 5750 nuevas infecciones por el VIH en 2006), **Alemania** (2718) y **Portugal** (2162). En **España** e **Italia**, sólo ciertas regiones contribuyen al sistema de notificación. En otras partes, el número de diagnósticos es menor, y las nuevas infecciones en 2006 sólo superaron las mil en los **Países Bajos** (1017) (EuroHIV, 2007).

El VIH en esta región se transmite mayoritariamente por relaciones sexuales peligrosas y, en mucho menor grado (excepto en países como **Portugal** y **España**), por la utilización de equipos contaminados de inyección de drogas. La mayoría de los casos de VIH transmitidos por vía heterosexual se origina en países con una alta prevalencia del virus; dentro de este grupo, más del 50% de los nuevos diagnósticos corresponden a mujeres (EuroHIV, 2007).

En Europa occidental se aprecian dos tendencias divergentes. Mientras que el número de nuevos diagnósticos de VIH atribuidos a relaciones sexuales peligrosas entre hombres casi se duplicó entre 1999 y 2006 (de 2538 a 5016), los atribuidos a consumo de drogas inyectables disminuyeron durante el mismo periodo (de 661 a 581).⁴ La primera tendencia parece asociarse a los incrementos descritos en las relaciones sexuales de hombres con parejas masculinas ocasionales en varios países europeos, incluidos **Francia**, **España**, **Suiza** y el **Reino Unido** (Dodds et al, 2004; Balthasar, Jeannin y Dubois-Arber, 2005; Moreau-Gruet, Dubois-Arber y Jeannin, 2006).

Entre 2002 y 2006, el número de infecciones por el VIH diagnosticadas *de novo* en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres casi se duplicó en **Alemania** (donde aumentó un 87%, hasta 1412)

y se incrementó en las tres cuartas partes (un 77%, hasta 237) en **Suiza**, en dos tercios (un 67%, hasta 255) en **Bélgica** y en un tercio (un 31%, hasta 2597) en el **Reino Unido**. En **Francia**, el número de nuevos diagnósticos de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres aumentó un 84%, hasta 1235, entre 2003 —cuando se introdujo el nuevo sistema de notificación del VIH— y 2006 (EuroHIV, 2007).

Estonia presenta la tasa más alta de nuevos diagnósticos de VIH comunicados y la máxima prevalencia nacional del VIH en adultos en Europa occidental y central.

En **Alemania**, donde los nuevos diagnósticos de VIH aumentaron casi un 50% entre 2002 y 2006 (EuroHIV, 2007), los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres constituían aproximadamente el 60% de las 56 000 personas que se estima que estaban viviendo con el VIH a final de 2006. Sin embargo, el 70% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2006 se atribuyó a relaciones sexuales peligrosas entre hombres (Instituto Robert Koch, 2006). El aumento de los comportamientos de riesgo y el número creciente de otras infecciones de transmisión sexual, junto con un cambio hacia un inicio más tardío de la terapia antirretrovírica, podrían explicar el incremento en las nuevas infecciones por el VIH en **Alemania** durante los últimos años (Hamouda et al, 2007).

Al mismo tiempo, el número de nuevos diagnósticos de VIH entre usuarios de drogas inyectables disminuyó en varios países europeos durante el periodo 2002-2006, especialmente en **Dinamarca** (72%), **Italia** (42% en 2002-2005), **Países Bajos** (91%), **Portugal** (38%), **España** (38% en 2003-2005) y **Suiza** (26%) (EuroHIV, 2007). Estas tendencias pueden atribuirse en gran medida a la introducción de programas de reducción de daños, que se han asociado a un descenso en el consumo de drogas inyectables y en el uso de agujas y jeringas contaminadas, según algunos estudios efectuados en los **Países Bajos** y **España**, por ejemplo (de la Fuente

⁴ Esta tendencia no incluye datos de Italia, Portugal y España, donde, en el pasado, se habían comunicado epidemias significativas de VIH entre los usuarios de drogas inyectables. Sin embargo, datos nacionales recientes de Portugal y datos regionales de Italia y España corroboran que los diagnósticos de VIH están disminuyendo entre los usuarios de drogas inyectables en Europa occidental (EuroHIV, 2007).

et al, 2006; Lindenburg et al, 2006) (véase también ONUSIDA, 2006b).

En Europa central, el número de nuevas infecciones por el VIH diagnosticadas en 2006 sólo superó las 100 en tres países: **Polonia** (750), **Turquía** (290) y **Rumania** (180). Sin embargo, las tendencias epidémicas en estos países parecen ser diferentes: entre 2001 y 2006, los nuevos diagnósticos de VIH aumentaron en **Polonia** (desde 564) y **Turquía** (desde 184), pero disminuyeron significativamente en **Rumania** (desde 440). En otros lugares, las epidemias son comparativamente pequeñas, de modo que sólo **Hungría**, **Montenegro** y **Serbia** han notificado un total de más de 1000 infecciones por el VIH desde que se iniciaron sus respectivas epidemias. El coito heterosexual no protegido es el principal modo de transmisión que se ha descrito en la mayoría de los países de esta subregión, incluidos **Albania**, **Bosnia y Herzegovina**, **Bulgaria**, **Rumania** y **Turquía**, mientras que las relaciones sexuales peligrosas entre hombres predominan en **Croacia**, **República Checa**, **Hungría** y **Eslovenia** (Hamers, 2006; Brucková et al, 2007; EuroHIV, 2007).

En Europa central, en conjunto, el número anual notificado de infecciones por el VIH contraídas por vía sexual se ha duplicado aproximadamente desde el cambio de siglo, mientras que los informes de infecciones por el VIH entre usuarios de drogas inyectables han disminuido notablemente (EuroHIV, 2007). Esta última tendencia se aprecia sobre todo

en **Polonia**, donde las 112 nuevas infecciones por el VIH diagnosticadas en 2006 entre usuarios de drogas inyectables representaron la mitad de las 223 registradas en 2003 (EuroHIV, 2007). En cualquier caso, el uso de equipos contaminados de inyección de drogas sigue siendo, con mucho, el modo de transmisión del VIH comunicado con mayor frecuencia en **Polonia** (Rosinska, 2006).

El uso de drogas inyectables también es el modo más habitual de transmisión del VIH en los tres estados bálticos, cuyas epidemias, relativamente pequeñas, parecen haberse estabilizado (Hamers, 2006; EuroHIV, 2007). En **Letonia**, por ejemplo, las 299 infecciones por el VIH diagnosticadas *de novo* en 2006 fueron muchas menos que las 807 documentadas en 2001, y los nuevos diagnósticos de VIH se han mantenido en torno a los 300-320 desde 2003. En **Lituania**, el incremento de las nuevas infecciones diagnosticadas en 2002 (397) parece haber sido una anomalía; desde entonces, el número de nuevos diagnósticos anuales de VIH se ha situado en 100-135. En **Estonia**, que tiene la mayor epidemia de VIH en los estados bálticos, los nuevos diagnósticos de VIH han disminuido desde un máximo de 1474 en 2001 hasta 668 en 2006. Aun así, **Estonia** sigue teniendo, con mucho, la tasa más elevada de nuevos diagnósticos de VIH comunicados (504 por millón de habitantes) y la mayor prevalencia nacional estimada del VIH en adultos (1,3% [0,6-4,3%]) en toda Europa (ONUSIDA, 2006a; EuroHIV, 2007).



BIBLIOGRAFÍA

AMÉRICA DEL NORTE, EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL

- Anderson JE, Mosher WD, Chandra A (2006). Percentage of persons aged 22–44 years at increased risk for human immunodeficiency virus (HIV) infection, by race/ethnicity and education – National Survey of Family Growth, United States, 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(46):1255.
- Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F (2005). *VIH/SIDA: augmentation des expositions au risque d'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes: premiers résultats de Gay Survey 04*. Bull BAG, 48:891–895.
- Boulos D et al. (2006) *Estimates of HIV prevalence and incidence in Canada, 2005*. Canadian Communicable Disease Report, 32:165–174.
- Brucková M et al. (2007). HIV/AIDS in the Czech Republic, 2006. *Eurosurveillance Weekly Release*, 12(4). 5 de abril.
- CDC (2006). Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55 (14):1–17.
- Crum NF et al. (2006). Comparisons of causes of death and mortality rates among HIV-infected patients. Analysis of the pre-, early, and late HAART (highly active antiretroviral therapy) eras. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41:194–200.
- de la Fuente L et al. (2006). Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(6):537–542.
- Dodds JP et al. (2004). Increasing risk behaviour and high levels of undiagnosed HIV infection in a community sample of homosexual men. *Sexually Transmitted Infections*, 80:236–240.
- Dougan S et al. (2007). Does the recent increase in HIV diagnoses among men who have sex with men in the United Kingdom reflect a rise in HIV incidence or increased uptake of HIV testing? *Sexually Transmitted Infections*, 83(2):120–125.
- Elam G et al. (2006). Barriers to voluntary confidential HIV testing among African men and women in England: results from the Mayisha II community-based survey of sexual attitudes and lifestyles among Africans in England. *HIV Medicines*, 7(Suppl. 1):7 (Resumen O28). Decimosegunda Conferencia Anual de la Asociación Británica contra el VIH, 29 de marzo–1 de abril, Brighton.
- EuroHIV (2006). *HIV/AIDS surveillance in Europe: mid-year report 2005, No 72*. Agosto. San Mauricio, Institut de Veille Sanitaire. Disponible en <http://www.eurohiv.org>.
- EuroHIV (2007). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006, No 76*. San Mauricio, Institut de Veille Sanitaire. Disponible en <http://www.eurohiv.org>.
- Glynn M, Rhodes P (2005). Estimated HIV prevalence in the United States at the end of 2003. En: Programs and abstracts of the 2005 National HIV Prevention Conference (Atlanta). Resumen 545. Atlanta, Centros de Control y Prevención de Enfermedades.
- Hamers FF (2006). HIV/AIDS in Europe: trends in EU-wide priorities. *Eurosurveillance*, 11(11).
- Hamouda O et al. (2007). Epidemiology of HIV infections in Germany. *Bundesgesundheitsblatt*, 50(4):399–411.
- Health Canada (2004). *I-Track: enhanced surveillance of risk behaviours among injecting drug users in Canada. Pilot survey report, February 2004*. Ottawa, Centro de Prevención y Control de Enfermedades Infecciosas.
- Organismo de Protección de la Salud del Reino Unido (2006). *Migrant health: infectious diseases in non-UK born populations in England, Wales and Northern Ireland. A baseline report—2006*. Londres.

- Organismo de Protección de la Salud del Reino Unido (2007). HIV and AIDS in the United Kingdom update: data to the end of March 2007. *Health Protection Report*, 1(17).
- Hellinger FJ (2007). The changing pattern of hospital care for persons living with HIV: 2000 through 2004. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 45:239–246.
- Lieb S et al. (2007). HIV/AIDS diagnoses among blacks—Florida, 1999–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56(4):69–73.
- Lindenburg CEA et al. (2006). Decline in HIV incidence and injecting, but not in sexual risk behaviour, seen in drug users in Amsterdam: a 19-year prospective cohort study. *AIDS*, 20:1771–1775.
- Lloyd-Smith E et al. (2006). Frequent needle exchange use and HIV incidence among injection drug users in Vancouver. *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 17(Suppl. A):49A (Resumen 327).
- McMahon D et al. (2004). Increased sexual risk behaviour and high HIV sero-incidence among drug-using low-income women with primary heterosexual partners. Resumen TuOrD1220. Decimoquinta Conferencia Internacional sobre el Sida, 11–16 de julio, Bangkok.
- Montgomery JP et al. (2003). The extent of bisexual behaviour in HIV-infected men and implications for transmission to their female sex partners. *AIDS Care*, 15:829–837.
- Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F, Jeannin A (2006). Long-term HIV/AIDS-related prevention behaviours among men having sex with men: Switzerland 1992–2000. *AIDS Care*, 18:35–43.
- Parent R et al., the SurvUDI Working Group (2003). *Rapport SurvUDI 2003*. Diciembre. Institut national de santé publique du Québec.
- Organismo de Salud Pública del Canadá (2004). *HIV/AIDS among Aboriginal peoples in Canada: a continuing concern—HIV/AIDS epi update May 2004*. Ottawa.
- Organismo de Salud Pública del Canadá (2006). *HIV and AIDS in Canada: surveillance report to June 30, 2006*. Ottawa. Disponible en: www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/index.html#surveillance.
- Robert Koch Institut (2006). *Epidemiologisches Bulletin*, 47. 24 de noviembre. Disponible en http://www.jk-aids-stiftung.de/news/pdf/RKI_EB_47_06.pdf.
- Rosinska M (2006). Current trends in HIV/AIDS epidemiology in Poland, 1999–2004. *Eurosurveillance*, 11(4–6):94–97.
- Schwartz S et al. (2006). Late diagnosis of HIV infection: trends, prevalence, and characteristics of persons whose HIV diagnosis occurred within 12 months of developing AIDS. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(4):491–494.
- Oficina de Estadísticas del Canadá (2003). *Population by Aboriginal group. 2001 Census, Canadian provinces and territories*. Ottawa. Disponible en <http://www.statcan.ca/english/Pgdb/popula.htm#ori>.
- Tyndall M et al. (2005). HIV prevalence among injection drug users attending the supervised injection site in Vancouver—1996 to 2000. *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 16 (Suppl. A):15A (Resumen 119).
- ONUSIDA (2006a). *Informe sobre la epidemia mundial de sida*. Ginebra.
- ONUSIDA (2006b). *Situación de la epidemia de sida*. Ginebra.
- Oficina del Censo de los EE.UU.(2006). *Population estimates: entire data set*. Washington. Disponible en <http://www.census.gov>.
- Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU. (2006a). Racial/ethnic disparities in diagnoses of HIV/AIDS—33 states, 2001–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55:121–125.
- Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU. (2007a). Update to racial/ethnic disparities in diagnoses of HIV/AIDS—33 states, 2001–2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56:189–193.
- Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU. (2007b). *HIV/AIDS surveillance report: cases of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas, 2005*. Vol. 17. Revisado en junio de 2007. Atlanta.
- Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU. (2007c). HIV/AIDS among blacks—Florida, 1999–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56:69–73.
- Valleroy LA et al. (2004). The bridge for HIV transmission to women from 15- to 29-year-old men who have sex with men in 7 US cities. Resumen ThOrC1367. Decimoquinta Conferencia Internacional sobre el Sida, 11–16 de julio, Bangkok.
- Williamson L et al. (2006). HIV prevalence and undiagnosed infection among community samples of gay men in the United Kingdom: five-city comparison. Resumen MOPE0517. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida, 13–18 de agosto, Toronto.

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 del Norte, Europa Occidental y Central.



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