

07

Situación de la epidemia de sida



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/07.27S / JC1322S (versión española, diciembre de 2007)
Versión original inglesa, UNAIDS/07.27E JC1322E, diciembre de 2007 :
AIDS epidemic update: December 2007
Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS) 2007.

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 : informe especial sobre la prevención del VIH : Diciembre de 2007.

«ONUSIDA/07.27S» JC1322S.

1.Infecciones por VIH - epidemiología. 2.Infecciones por VIH - prevención y control. 3.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – epidemiología. 4.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – prevención y control. 5.Brotos de enfermedades. I.ONUSIDA. II.Organización Mundial de la Salud. III.Título.

ISBN 978 92 9 173623 2

(Clasificación NLM: WC 503.41)

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

Situación de la epidemia de sida

Diciembre de 2007



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

ACNUR
UNICEF
PMA
PNLUD
UNFPA
ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL



**Organización
Mundial de la Salud**

ÍNDICE

RESUMEN MUNDIAL	3
RESUMEN REGIONAL	15
ÁFRICA SUBSAHARIANA	15
ASIA	21
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	26
CARIBE	29
AMÉRICA LATINA	31
AMÉRICA DEL NORTE, EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL	33
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE	35
OCEANÍA	36
MAPAS	37

Estimaciones mundiales para adultos y niños, 2007	38
Número estimado de adultos y niños que viven con el VIH, 2007	39
Número estimado de nuevas infecciones por el VIH en adultos y niños, 2007	40
Número estimado de defunciones por sida en adultos y niños, 2007	41

BIBLIOGRAFÍA	43
--------------	----

Situación de la epidemia de sida, diciembre de 2007





Resumen mundial de la epidemia de sida, Diciembre de 2007

Personas que vivían con el VIH en 2007

Total	33,2 millones [30,6–36,1 millones]
Adultos	30,8 millones [28,2–33,6 millones]
Mujeres	15,4 millones [13,9–16,6 millones]
Menores de 15 años	2,5 millones [2,2–2,6 millones]

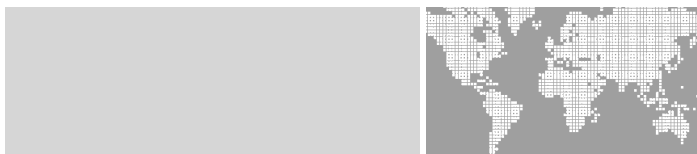
Nuevas infecciones por el VIH en 2007

Total	2,5 millones [1,8–4,1 millones]
Adultos	2,1 millones [1,4–3,6 millones]
Menores de 15 años	420 000 [350 000–540 000]

Defunciones causadas por el sida en 2007

Total	2,1 millones [1,9–2,4 millones]
Adultos	1,7 millones (1,6–2,1 millones)
Menores de 15 años	330 000 (310 000–380 000)

Los intervalos de las estimaciones presentadas en este cuadro, que están basadas en la mejor información disponible, definen los márgenes dentro de los cuales se encuentran los datos reales.



RESUMEN MUNDIAL

Introducción

En 2007, los avances en la metodología de estimación de la epidemia del VIH aplicados a un espectro más amplio de datos por países han dado por resultado cambios sustanciales en las estimaciones de los números de personas que viven con el VIH en todo el mundo. Sin embargo, la interpretación cualitativa de la gravedad y de las consecuencias de la pandemia no ha cambiado mucho. El número estimado de personas que vivían con el VIH en todo el mundo en 2007 alcanzó los 33,2 millones [30,6–36,1 millones], un 16% menos que la cifra estimada publicada en 2006 (39,5 millones [34,7–47,1 millones]). (ONUSIDA/OMS, 2006). La principal razón individual de esta reducción fue el ejercicio intensivo de evaluar la epidemia del VIH en **India**, que provocó una importante revisión de las estimaciones de ese país. También contribuyeron las importantes revisiones de las estimaciones de otras regiones, en especial, de **África subsahariana**. El 70% de la diferencia total en las estimaciones publicadas en 2006 y 2007 se deben a cambios en seis países: **Angola, India, Kenya, Mozambique, Nigeria y Zimbabwe**. Tanto en **Kenya** como en **Zimbabwe**, se observan cada vez más indicios de que un porcentaje de las reducciones se debe a una reducción del número de nuevas infecciones que, a su vez, provienen de una disminución de los comportamientos de riesgo.

Asimismo, las nuevas estimaciones de la incidencia y la mortalidad del VIH en 2007 difieren sustancialmente de evaluaciones previas debido a que las estimaciones de nuevas infecciones por el VIH y de defunciones asociadas con el VIH se derivan mediante modelos matemáticos aplicados a las estimaciones de prevalencia del VIH. Cabe destacar que estas diferencias entre las estimaciones publicadas en 2006 y en 2007 son el resultado, en gran medida,

del perfeccionamiento de la metodología y no de las tendencias en la misma pandemia. En consecuencia, no es apropiado derivar conclusiones mediante la comparación de las estimaciones de ambos años. No obstante, las revisiones metodológicas se han aplicado retrospectivamente a todos los datos anteriores de prevalencia del VIH con el fin de que las estimaciones de la incidencia, prevalencia y mortalidad de años anteriores incluidas en el presente informe permitan evaluar las tendencias en el transcurso del tiempo.

La *Situación de la epidemia de sida* informa acerca de los últimos avances en la epidemia mundial de sida y se publica anualmente desde 1998. La edición de 2007 ofrece las estimaciones más recientes del alcance de la epidemia y de su costo humano, y explora nuevas tendencias en su evolución. Es un informe conjunto del ONUSIDA y la OMS, y las estimaciones calculadas por el Grupo de Trabajo OMS/ONUSIDA sobre la Vigilancia Mundial del VIH/Sida y las ITS se basan en métodos y parámetros que informa el Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones sobre el VIH/Sida. Estas estimaciones también se fundan en trabajos realizados por analistas de los países en una serie de 11 talleres regionales de estimaciones del VIH organizados por el ONUSIDA y la OMS en 2007. El ONUSIDA y la OMS utilizan un proceso y una metodología que fueron revisados y avalados por una Consulta Internacional sobre las Estimaciones Epidemiológicas del Sida convocada en forma conjunta por la Secretaría del ONUSIDA y la OMS el 14 y el 15 de noviembre de 2007 en Ginebra.

Los principales elementos de las mejoras metodológicas de 2007 incluyeron una mayor comprensión de la epidemiología del VIH a través de encuestas poblacionales, de la extensión de la vigilancia centinela

a más centros en países relevantes y de los ajustes aplicados a los modelos matemáticos como resultado de un mejor entendimiento de la evolución natural de la infección por el VIH sin tratamiento en los países de ingresos bajos y medianos. Estos ajustes aplicados a la metodología empleada se explican en mayor detalle en el cuadro “Nuevos datos provocan cambios en los supuestos y mejoran las estimaciones”. El ONUSIDA y la OMS continuarán modificando sus estimaciones de las infecciones por el VIH y las defunciones por sida a medida que surjan nuevos datos científicos, investigaciones y análisis.

En este informe, se han realizado varias comparaciones entre las estimaciones del VIH derivadas de la metodología uniforme revisada para los años 2007 y 2001. En 2001 se celebró el Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (UNGASS) que definió, por primera vez, los objetivos de la intervención; por otra parte, seis años es un intervalo lo suficientemente largo como para realizar una evaluación significativa de las tendencias de los datos sometidos a análisis uniformes.

Situación de la epidemia 2007: hallazgos esenciales

Cada día, más de 6800 personas contraen infección por el VIH y más de 5700 fallecen a causa del sida, en la mayoría de los casos debido a un acceso inadecuado a los servicios de prevención y tratamiento del VIH. La pandemia del VIH sigue constituyendo uno de los desafíos más importantes en enferme-

dades infecciosas para la salud pública. No obstante, la evaluación epidemiológica actual presenta elementos alentadores, ya que sugiere que:

- a prevalencia mundial de la infección por el VIH (porcentaje de personas infectadas por el virus) se mantiene en el mismo nivel, aunque el número general de personas que viven con el VIH está aumentando debido a la acumulación continua de nuevas infecciones con períodos más prolongados de supervivencia, medidos en una población general en constante crecimiento;
- existen reducciones localizadas en la prevalencia en países específicos;
- se observa una reducción en la mortalidad asociada al VIH, en parte atribuible al reciente aumento de acceso al tratamiento; y
- se logró una reducción del número de nuevas infecciones anuales por el VIH a nivel mundial.

La evaluación de las tendencias mundiales y regionales sugiere que la pandemia ha formado dos patrones generales:

- epidemias generalizadas en las poblaciones generales de muchos países de África subsahariana, en especial en la parte meridional del continente; y
- epidemias en el resto del mundo que se concentran principalmente entre las poblaciones de mayor riesgo, como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo y sus parejas sexuales.

Figura 1

Número estimado de personas que viven con el VIH a nivel mundial, 1990–2007

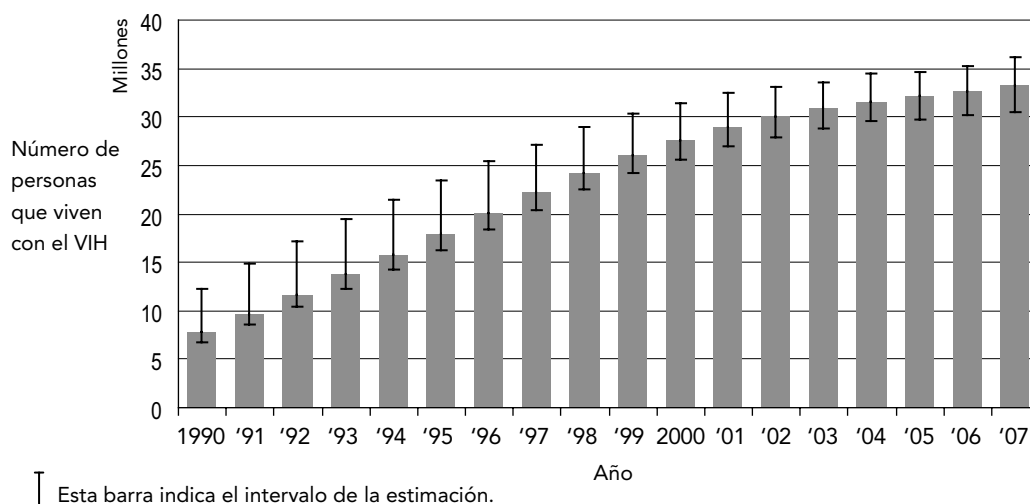
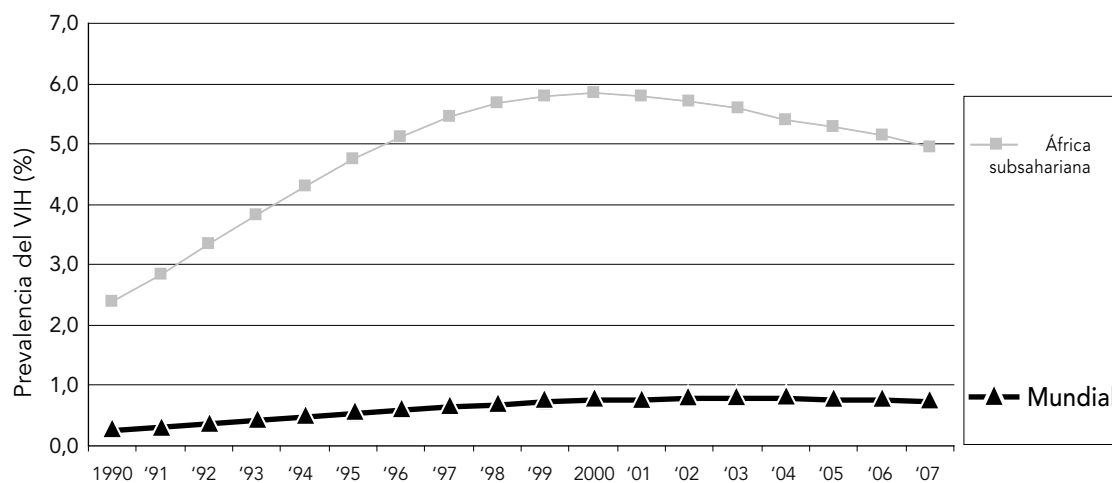


Figura 2

Prevalencia estimada del VIH en adultos (15-49) (%) en todo el mundo y en África subsahariana, 1990-2007



África subsahariana continúa siendo la región más gravemente afectada, donde el sida todavía es la causa principal de mortalidad.

Si bien la prevalencia porcentual se ha estabilizado, la continuidad (aunque a un menor ritmo) de las nuevas infecciones contribuye a que el número estimado de personas que viven con el VIH, 33,2 millones [30,6–36,1 millones], sea más alto que nunca (Figura 1). La prevalencia del VIH tiende a reducirse lentamente con el paso del tiempo, a medida que se reduce el número de nuevas infecciones y debido a las defunciones de las personas infectadas por el VIH; por otra parte, puede aumentar a través de la persistente incidencia del VIH y de la reducción de

la mortalidad de las personas infectadas por el VIH que reciben tratamiento antirretrovírico. Los análisis en este informe no pueden medir específicamente las influencias opuestas sobre la prevalencia del VIH de las iniciativas de prevención que reducen el número de nuevas infecciones y la ampliación del tratamiento que disminuye la mortalidad entre personas que viven con el VIH.

Se considera que la prevalencia mundial del VIH (el porcentaje de población adulta del mundo que vive con el VIH) se ha mantenido estable desde el año 2001 (Figura 2). Se registran tendencias descendentes en la prevalencia del VIH en varios países, donde se observan los resultados de las iniciativas de preven-

Figura 3

Número estimado de defunciones por sida en adultos y niños a nivel mundial, 1990-2007

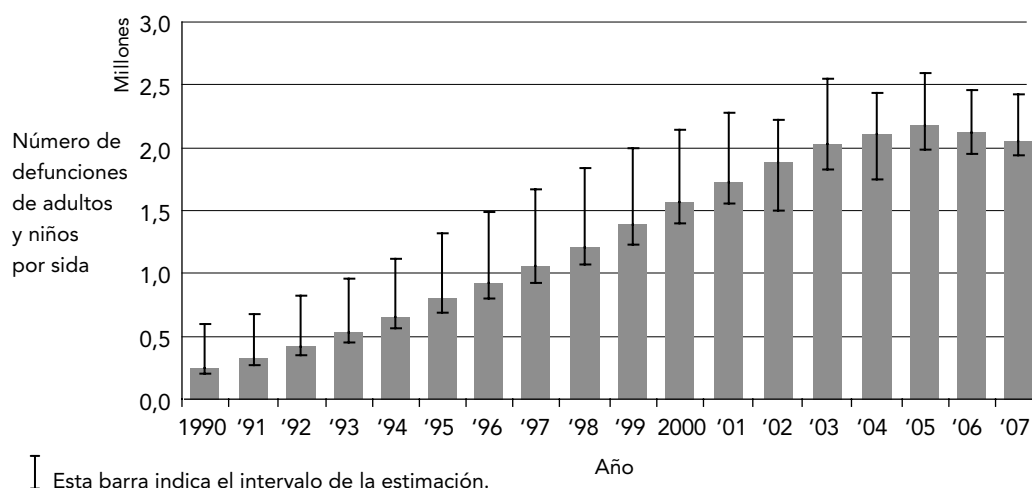
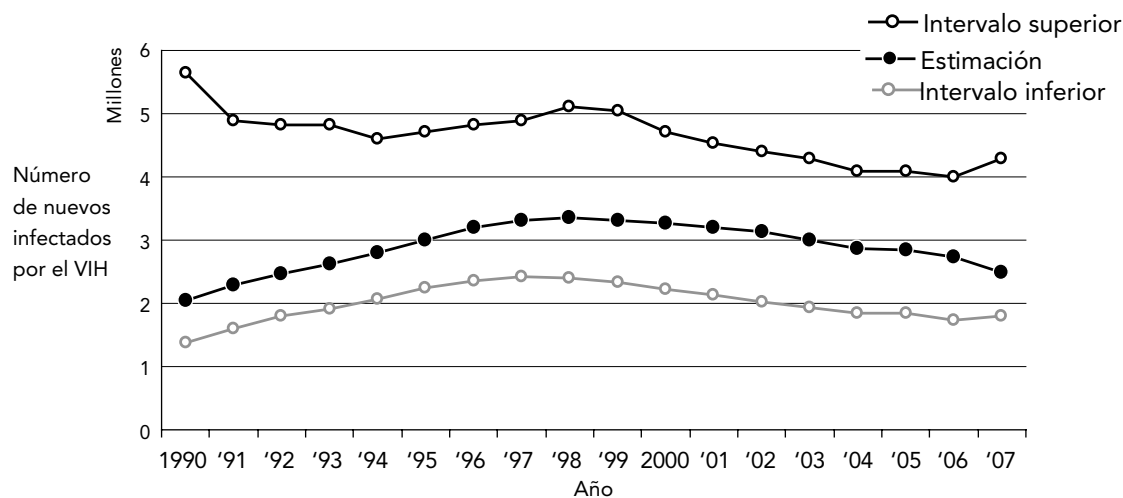


Figura 4

Número estimado de nuevos infectados por el VIH a nivel mundial, 1990–2007



ción dirigidas a reducir las nuevas infecciones por el virus desde 2000 y 2001. En la mayor parte de África subsahariana, la prevalencia del VIH se ha estabilizado o muestra signos de disminuir (Figura 2). En **Côte d'Ivoire**, **Kenya** y **Zimbabue**, se registraron disminuciones en la prevalencia nacional en concordancia con las tendencias anteriores. En **Asia sudoriental**, la epidemia en **Camboya**, **Myanmar** y **Tailandia** presenta una disminución en la prevalencia del VIH.

En todo el mundo, el número estimado de fallecimientos a causa del sida en 2007 fue 2,1 millones [1,9–2,4 millones] (Figura 3), de los cuales el 76% se produjo en África subsahariana. Las disminuciones registradas en los dos últimos años se deben en parte a la ampliación de los servicios de tratamiento antirretrovírico. El sida continúa siendo una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo y la principal en África subsahariana, lo que ilustra el tremendo obstáculo a largo plazo que debe enfrentarse para la provisión de servicios de tratamiento y, específicamente en África subsahariana, no deja dudas con respecto a su impacto inmensamente desproporcionado.

La incidencia del VIH (el número de nuevas infecciones por el VIH en una población, por año) es el parámetro clave que las iniciativas de prevención pretenden reducir, ya que los nuevos infectados contribuyen al número total de personas que viven con el VIH; con el tiempo, los infectados evolucionarán hacia la enfermedad y la muerte, y constituyen una posible fuente de transmisión futura. La incidencia mundial del VIH probablemente alcanzó su punto máximo en los últimos años de la década de 1990 (Figura 4) con más de 3 millones de nuevas infecciones por año, y se estimó que más de dos

tercios (68%) de los 2,5 millones [1,8–4,1 millones] de nuevas infecciones registradas en 2007 se produjeron en África subsahariana. Esta reducción en la incidencia del VIH probablemente refleje las tendencias naturales en la epidemia así como también el resultado de los programas de prevención que generan cambios de comportamiento en diferentes contextos.

Una conclusión final atañe a la calidad y la naturaleza de la información estratégica relacionada con la pandemia y los efectos de nuestros programas. El aumento de las inversiones en intervenciones para la prevención, el tratamiento y la atención del VIH manifiesta resultados, pero también incrementa en gran parte la complejidad de la epidemia y el análisis de sus tendencias. Los análisis presentados en este documento no pueden definir adecuadamente el impacto de intervenciones o programas específicos. Para ello, se necesitarán estudios especiales en zonas locales que incluyan evaluaciones directas de la incidencia del VIH, la mortalidad, la eficacia de los programas y la carga de la infección por el VIH, de enfermedad y de defunciones en los niños.

A medida que aumentan los recursos destinados al sida y a otros importantes problemas médicos, se necesita un mayor énfasis para fortalecer los sistemas para recopilar y analizar los datos y para mejorar la calidad de estos datos a fin de orientar estratégicamente la programación. A pesar de los desafíos y las limitaciones inherentes en la recopilación de datos de esta índole, los recursos disponibles para la respuesta mundial al sida han permitido lograr que la calidad de la información sobre la pandemia del VIH y de nuestra comprensión del fenómeno sea superior a muchas otras estimaciones de enfermedades mundiales.

Resúmenes regionales

El Cuadro 1 muestra los datos regionales. **África subsahariana** continúa siendo la región más afectada por la pandemia del sida. Más de dos de

cada tres (68%) adultos y aproximadamente el 90% de los niños infectados por el VIH viven en esta región, y más de tres de cada cuatro (76%) defunciones por sida en 2007 se produjeron

Cuadro 1 Estadísticas regionales del VIH y el sida, 2001 y 2007

	Adultos y niños que vivían con el VIH	Nuevas infecciones por el VIH en adultos y niños	Prevalencia en adultos (%)	Defunciones de adultos y niños por sida
África subsahariana				
2007	22,5 millones [20,9 millones–24,3 millones]	1,7 millones [1,4 millones–2,4 millones]	5,0% [4,6%–5,5%]	1,6 millones [1,5 millones–2,0 millones]
2001	20,9 millones [19,7 millones–23,6 millones]	2,2 millones [1,7 millones–2,7 millones]	5,8% [5,5%–6,6%]	1,4 millones [1,3 millones–1,9 millones]
Oriente Medio y África del Norte				
2007	380 000 [270 000–500 000]	35 000 [16 000–65 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	25 000 [20 000–34 000]
2001	300 000 [220 000–400 000]	41 000 [17 000–58 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	22 000 [11 000–39 000]
Asia meridional y sudoriental				
2007	4,0 millones [3,3 millones–5,1 millones]	340 000 [180 000–740 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	270 000 [230 000–380 000]
2001	3,5 millones [2,9 millones–4,5 millones]	450 000 [150 000–800 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	170 000 [120 000–220 000]
Asia oriental				
2007	800 000 [620 000–960 000]	92 000 [21 000–220 000]	0,1% [<0,2%]	32 000 [28 000–49 000]
2001	420 000 [350 000–510 000]	77 000 [4900–130 000]	<0,1% [<0,2%]	12 000 [8200–17 000]
Oceanía				
2007	75 000 [53 000–120 000]	14 000 [11 000–26 000]	0,4% [0,3%–0,7%]	1200 [<500–2700]
2001	26 000 [19 000–39 000]	3800 [3000–5600]	0,2% [0,1%–0,3%]	<500 [1100]
América Latina				
2007	1,6 millones [1,4 millones–1,9 millones]	100 000 [47 000–220 000]	0,5% [0,4%–0,6%]	58 000 [49 000–91 000]
2001	1,3 millones [1,2 millones–1,6 millones]	130 000 [56 000–220 000]	0,4% [0,3%–0,5%]	51 000 [44 000–100 000]
Caribe				
2007	230 000 [210 000–270 000]	17 000 [15 000–23 000]	1,0% [0,9%–1,2%]	11 000 [9800–18 000]
2001	190 000 [180 000–250 000]	20 000 [17 000–25 000]	1,0% [0,9%–1,2%]	14 000 [13 000–21 000]
Europa oriental y Asia central				
2007	1,6 millones [1,2 millones–2,1 millones]	150 000 [70 000–290 000]	0,9% [0,7%–1,2%]	55 000 [42 000–88 000]
2001	630 000 [490 000–1,1 millones]	230 000 [98 000–340 000]	0,4% [0,3%–0,6%]	8000 [5500–14 000]
Europa occidental y central				
2007	760 000 [600 000–1,1 millones]	31 000 [19 000–86 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	12 000 [<15 000]
2001	620 000 [500 000–870 000]	32 000 [19 000–76 000]	0,2% [0,1%–0,3%]	10 000 [<15 000]
América del Norte				
2007	1,3 millones [480 000–1,9 millones]	46 000 [38 000–68 000]	0,6% [0,5%–0,9%]	21 000 [18 000–31 000]
2001	1,1 millones [390 000–1,6 millones]	44 000 [40 000–63 000]	0,6% [0,4%–0,8%]	21 000 [18 000–31 000]
TOTAL				
2007	33,2 millones [30,6 millones–36,1 millones]	2,5 millones [1,8 millones–4,1 millones]	0,8% [0,7%–0,9%]	2,1 millones [1,9 millones–2,4 millones]
2001	29,0 millones [26,9 millones–32,4 millones]	3,2 millones [2,1 millones–4,4 millones]	0,8% [0,7%–0,9%]	1,7 millones [1,6 millones–2,3 millones]

allí; estos porcentajes reflejan la necesidad no satisfecha de tratamientos antirretrovíricos en África. Sin embargo, la epidemia de la región varía significativamente en escala: la prevalencia nacional del VIH en adultos (15–49 años) varía de menos del 2% en algunos países del Sahel a más del 15% en la mayor parte de África meridional. África meridional representó prácticamente un tercio (32%) de todas las nuevas infecciones por el VIH y defunciones por el sida a nivel mundial en 2007.

Un total de 1,7 millones [1,4 millones–2,4 millones] de personas en **África subsahariana** contrajeron la infección por el VIH el año pasado, es decir, se registró una disminución en comparación con los 2,2 millones [1,7 millones–2,7 millones] de nuevas infecciones del año 2001. Se calcula que actualmente 22,5 millones [20,9 millones–24,3 millones] de personas viven con el VIH en la región en 2007, en comparación con 20,9 millones [19,7 millones–23,6 millones] en 2001. En África subsahariana, la prevalencia del VIH en adultos (15–49 años) disminuyó del 5,8% [5,5%–6,6%] en 2001 al 5,0% [4,6%–5,5%] en 2007. El sida sigue siendo la principal causa individual de mortalidad en África subsahariana (OMS, 2003); 1,6 millones [1,5 millones–2,0 millones] del total general de 2,1 millones [1,9 millones–2,4 millones] de fallecimientos de adultos y niños por sida en 2007 se produjeron en esta región. Se estima que en esta región hay 11,4 millones [10,5 millones–14,6 millones] de huérfanos a causa del sida¹.

Además de las disminuciones en nuevas infecciones en **África subsahariana** entre 2001 y 2007, el número anual estimado de nuevas infecciones por el VIH se redujo en **Asia meridional y sudoriental** de 450 000 [150 000–800 000] en 2001 a 340 000 [180 000–740 000] en 2007, y en **Europa oriental** de 230 000 [98 000–340 000] en 2001 a 150 000 [70 000–290 000] en 2007. La diferencia en el número de nuevas infecciones en **Europa oriental** se debe principalmente a una mayor lentitud en la evolución de la epidemia del VIH en la **Federación de Rusia**, el país con la epidemia más extendida de la región y en el cual las nuevas infecciones aumentaron drásticamente a fines de la década de 1990 y alcanzaron su punto máximo en 2001. Las nuevas infecciones notificadas (en vez de estimadas) anualmente en la **Federación de Rusia** han vuelto a crecer en los últimos años, aunque a un ritmo menor que en el cambio de siglo.

Los 92 000 [21 000–220 000] adultos y niños que se estima que han contraído la infección por el VIH en **Asia oriental** en 2007 representan un aumento de

casi un 20% en comparación con las 77 000 [49 000–130 000] personas que contrajeron el virus en 2001. En **Oceanía** también se registró un aumento de las nuevas infecciones estimadas, de 3800 [3000–5600] en 2001 a 14 000 [11 000–26 000] en 2007. En el **Caribe, América Latina, Oriente Medio y África del Norte, América del Norte y Europa occidental**, los números de nuevas infecciones por el VIH en 2007 se mantuvieron relativamente estables.

Estas cifras de incidencia regional pueden ocultar que el número verdadero de personas que viven con el VIH tal vez esté en aumento; por ejemplo, en Europa oriental, el número total de personas con el VIH aumentó prácticamente el 150% entre 2001 y 2007. De la misma forma, en países individuales como Viet Nam e Indonesia, la prevalencia del VIH está creciendo.

Mujeres que viven con el VIH

Entre 2001 y 2007, se produjeron aumentos similares en la cifra estimada total de nuevas infecciones en varones y mujeres, si bien la razón varón/mujer se mantuvo estable en todo el mundo. El número estimado de 15,4 millones [13,9–16,6 millones] de mujeres que viven con el VIH en 2007 representa 1,6 millones más que los 13,8 millones [12,7–15,2 millones] en 2001. En el caso de los varones, los 15,4 millones [14,3–17,0 millones] que se estima que viven con el VIH en 2007 se comparan con los 13,7 millones [12,6–15,2 millones] en 2001. En **África subsahariana**, aproximadamente el 61% de los adultos que viven con el VIH en 2007 son mujeres, mientras que en el Caribe el porcentaje fue del 43% (en comparación con el 37% en 2001) (Figura 5). Los porcentajes de mujeres que viven con el VIH en **América Latina, Asia y Europa oriental** están aumentando lentamente, ya que el VIH se transmite a las parejas femeninas de varones que probablemente lo hayan contraído a través del consumo de drogas inyectables, las relaciones sexuales remuneradas o entre varones sin protección. En **Europa oriental y Asia central**, se estima que las mujeres representan el 26% de los adultos con el VIH en 2007 (en comparación con el 23% en 2001), mientras que en **Asia** ese porcentaje alcanzó el 29% en 2007 (en comparación con el 26% en 2001).

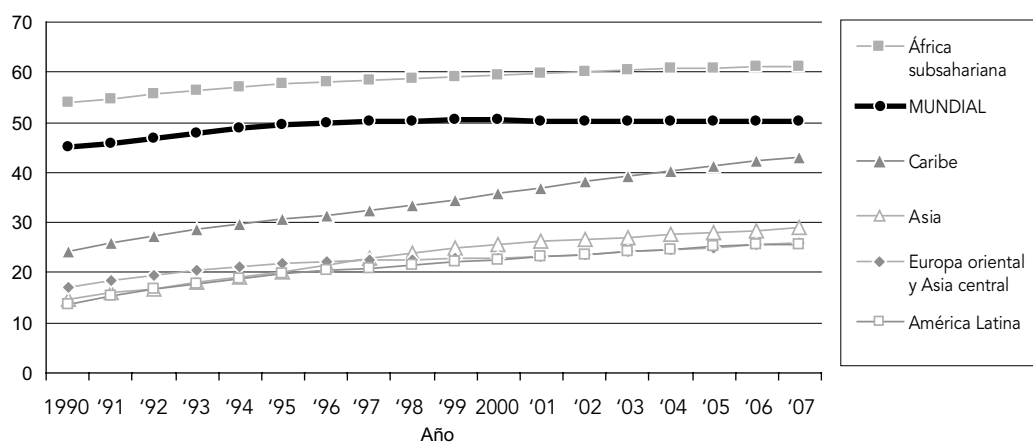
Menores de 15 años que viven con el VIH

A nivel mundial, el número de niños que viven con el VIH aumentó de 1,5 millones [1,3–1,9 millones] en 2001 a 2,5 millones [2,2–2,6 millones] en 2007. No obstante, el número estimado de nuevas infecciones en niños disminuyó de 460 000

¹ Los huérfanos (0–17 años) que actualmente viven se definen como el número estimado de niños de 0 a 17 años de edad en 2007 que han perdido a uno o ambos progenitores a causa del sida.

Figura 5²

Porcentaje de mujeres adultas (15 años o más) que viven con el VIH, 1990-2007



[420 000–510 000] en 2001 a 420 000 [390 000–470 000] en 2007. Los fallecimientos a causa del sida entre niños había aumentado de 330 000 [380 000–560 000] en 2001 a 360 000 [350 000–540 000] en

2005, pero ha comenzado a disminuir a un número estimado de 330 000 [310 000–380 000] en 2007. Aproximadamente el 90% de todos los niños VIH-positivos vive en África subsahariana.

NUEVOS DATOS PROVOCAN CAMBIOS EN LOS SUPUESTOS Y MEJORAN LAS ESTIMACIONES

Como parte del proceso continuo de pulido de las estimaciones sobre el VIH, el ONUSIDA y la OMS actualizan periódicamente su metodología de estimación con nueva información, conforme a las recomendaciones del Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones, y conforme a los últimos avances científicos³. Además, la Secretaría del ONUSIDA y la OMS convocaron en forma conjunta una Consulta Internacional sobre Estimaciones Epidemiológicas del Sida, celebrada el 14 y 15 de noviembre de 2007 en Ginebra, Suiza, a fin de revisar los procesos y las metodologías actuales utilizados por ambos organismos para elaborar las estimaciones sobre el VIH a nivel nacional, regional y mundial.

Las herramientas que se han desarrollado en base a las recomendaciones del Grupo de Referencia del ONUSIDA incluyen el Estimation and Projection Package (EPP), WORKBOOK y Spectrum. Estas herramientas generan una curva de prevalencia del VIH y proyectan el impacto demográfico específico por edad de la mortalidad por el sida. El producto incluye la prevalencia del VIH con el transcurso del tiempo, el número de personas que viven con el VIH, el número de nuevas infecciones, los fallecimientos a causa del sida, el número de huérfanos y las necesidades de tratamiento. Las estimaciones de incidencia y mortalidad se derivan de las estimaciones de la prevalencia del VIH en adultos con el paso del tiempo; estas últimas cifras se fundan en datos provenientes de vigilancias centinelas, encuestas y estudios especiales.

Los sistemas de vigilancia del VIH se han ampliado y mejorado considerablemente en los últimos años en **África subsahariana** y **Asia**. Los datos de vigilancia centinela del VIH mejoran a medida que aumenta el número de rondas de vigilancia y su cobertura geográfica y demográfica. Por ejemplo, en India, el número de centros de vigilancia centinela aumentó a más de 1100 en 2006 (de 155 en 1998) y ahora cubre de manera más generalizada a las poblaciones en mayor riesgo. En algunos países africanos que disponían de limitados datos sobre la prevalencia del VIH en el pasado (como **Angola**, **Liberia** y **Sudan**), las rondas recientes de vigilancia centinela han arrojado datos más representativos.

² La proporción mundial de mujeres en comparación con varones infectados se mantenido en aproximadamente el 50% desde los últimos años de la década de 1990. En este gráfico de tasas proporcionales, aunque la proporción de mujeres en comparación con varones ha aumentado en cada región, en la mayoría de las regiones, el número total de varones infectados supera ampliamente al número de las mujeres.

³ El Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones sobre el VIH está integrado por investigadores destacados en VIH y sida, epidemiología, demografía y campos relacionados. El Grupo de Referencia evalúa los trabajos más recientes, tanto publicados como inéditos, provenientes de estudios de investigación de distintos países. Asimismo, revisa los progresos realizados en el conocimiento de la epidemia del VIH, y sugiere métodos para mejorar la calidad y la precisión de las estimaciones.

Los datos recopilados en encuestas nacionales poblacionales han mejorado la precisión de las estimaciones del VIH y el sida. Si bien los datos sobre la prevalencia del VIH provenientes de la vigilancia centinela continuarán aportando información valiosa respecto de las tendencias en la epidemia, la medición de la prevalencia del VIH mediante encuestas poblacionales nacionales, ajustada según los casos sin respuesta y otros sesgos, proporciona mejores datos para estimar las prevalencias nacionales. No obstante, es posible que este tipo de encuestas en países con epidemias concentradas no incluya a poblaciones que quizás estén en mayor riesgo de contraer infección por el VIH, por lo resulta aconsejable realizar otros ajustes. Desde 2001, 30 países de África subsahariana, Asia y el Caribe han realizado encuestas poblacionales nacionales, con medición de la prevalencia del VIH, como se muestra en el Cuadro 2. Los resultados de esta clase de encuestas poblacionales, en general, han indicado una prevalencia nacional del VIH menor que las extrapolaciones provenientes de la vigilancia de centros centinela.

En cuanto a las estimaciones regionales y mundiales incluidas en este informe, la prevalencia del VIH en adultos obtenida en esas encuestas se utilizó para ajustar la prevalencia del VIH en el año de la encuesta para esos países respectivos. Para los países con encuestas nacionales recientes (como **Benín, Camboya, República Centroafricana, Haití, India, Liberia, Malawi, Malí y Swazilandia**), estos ajustes arrojaron estimaciones menores en comparación con las cifras incluidas en las estimaciones regionales y mundiales publicadas en el informe *Situación de la epidemia del sida de 2006*.

Asimismo, se incorporaron varios nuevos supuestos en la versión 2007 de las herramientas informáticas de estimación: Estimation and Projection Package (EPP) y Spectrum 3. Un nuevo e importante supuesto concierne a los países con epidemia generalizada del VIH que no han realizado una encuesta poblacional nacional sobre el VIH. La comparación de la prevalencia del VIH entre los asistentes a los dispensarios prenatales y la derivada de las encuestas poblacionales ha mostrado que la prevalencia del VIH entre adultos en las últimas encuestas es aproximadamente el 80% de la prevalencia entre quienes se atienden en dispensarios prenatales, en zonas tanto rurales como urbanas (ONUSIDA, 2007). En función de dicha observación, se recomendó que en los países con epidemia generalizada del VIH, que no hayan realizado encuestas poblacionales nacionales, los datos de la prevalencia del VIH de personas atendidas en dispensarios prenatales se ajustaran hacia abajo en promedio por un factor de 0,8 (Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones, 2006). Con anterioridad, solamente se ajustó la prevalencia proveniente de los dispensarios prenatales de zonas rurales.

Un segundo supuesto importante se relaciona con la estimación de la incidencia y la mortalidad. La incidencia del VIH y la mortalidad a causa del sida se calculan a partir de una combinación de la prevalencia del VIH con el paso del tiempo y un supuesto con respecto al tiempo promedio que una persona sobrevivirá desde que contrae la infección por el VIH hasta su defunción en ausencia de tratamiento antirretrovírico, a la vez que se considera una supervivencia más prolongada para las personas que reciben dicho tratamiento (Stover, 2006). En ausencia del tratamiento antirretrovírico, la mediana neta del tiempo de supervivencia después de haber contraído la infección por el VIH actualmente se estima en 11 años (Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones, 2006), en vez de los nueve años que se estimaban anteriormente (Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones, 2002). Estos valores se aplican a todos los países a excepción de aquellos en los que el VIH subtipo E es responsable de la mayoría de las infecciones. En estos países, la mediana neta del tiempo de supervivencia sigue siendo objeto de revisión, pero un número limitado de estudios muestra estimaciones de supervivencias de nueve años (Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones, 2006). Estas nuevas recomendaciones se basan en información reciente suministrada por estudios longitudinales de investigación (Todd et al., 2007, Marston et al., 2007). Para el mismo nivel de prevalencia, este periodo promedio más prolongado ha dado por resultado estimaciones inferiores de las nuevas infecciones y las defunciones a causa del sida.

Además de los cambios en la prevalencia del VIH para algunos países que son producto de los ajustes realizados según los resultados de encuestas de prevalencia específicas de cada país (véase más arriba), otros países han obtenido prevalencias inferiores corregidas debido a que la ampliación de sus sistema de vigilancia ha arrojado datos más representativos (por ejemplo, **Angola y Madagascar**). Asimismo, en algunos países con epidemia generalizada que no han realizado una encuesta poblacional, el ajuste



Cuadro 2

Prevalencia del VIH en adultos (15-49 años) en países que han realizado encuestas poblacionales en años recientes

Países	Prevalencia según encuestas poblacionales (%) (año)	Prevalencia del VIH en 2001 (%) según el Informe sobre la epidemia mundial del sida 2002	Prevalencia del VIH en 2003 (%) según el Informe sobre la epidemia mundial del sida 2004	Prevalencia del VIH en 2005 (%) según el Informe sobre la epidemia mundial del sida 2006
África subsahariana				
Benin	1,2 (2006)	3,6	1,9	1,8
Botswana	25,2 (2004)	38,8	38,0	24,1
Burkina Faso	1,8 (2003)	6,5	4,2	2,0
Burundi	3,6 (2002)	8,3	6,0	3,3
Camerún	5,5 (2004)	11,8	7,0	5,4
República Centroafricana	6,2 (2006)	12,9	13,5	10,7
Chad	3,3 (2005)	3,6	4,8	3,5
Côte d'Ivoire	4,7 (2005)	9,7	7,0	7,1
Guinea Ecuatorial	3,2 (2004)	3,4	NA	3,2
Etiopía	1,4 (2005)	6,4	4,4	(0,9–3,5)
Ghana	2,2 (2003)	3,0	3,1	2,3
Guinea	1,5 (2005)	NA	2,8	1,5
Kenya	6,7 (2003)	15,0	6,7	6,1
Lesotho	23,5 (2004)	31,0	29,3	23,2
Malawi	12,7 (2004)	15,0	14,2	14,1
Malí	1,3 (2006) 1,7 (2001)*	1,7	1,9	1,7
Niger	0,7 (2006) 0,9 (2002)	NA	1,2	1,1
Rwanda	3,0 (2005)	8,9	5,1	3,1
Senegal	0,7 (2005)	0,5	0,8	0,9
Sierra Leona	1,5 (2005)	7,0	NA	1,6
Sudáfrica	16,2 (2005) 15,6 (2002)	20,1	20,9	18,8
Swazilandia	25,9 (2006–7)	33,4	38,8	33,4
Uganda	7,1 (2004–5)	5,0	4,1	6,7
República Unida de Tanzania	7,0 (2004)	7,8	9,0	6,5
Zambia	15,6 (2001–2)	21,5	16,5	17,0
Zimbabwe	18,1 (2005–6)	33,7	24,6	20,1
Asia				
Camboya	0,6 (2005)	2,7	2,6	1,6
India	0,28 (2005–6)	0,8	0,9	0,9
América Latina y el Caribe				
República Dominicana	1,0 (2002)	2,5	1,7	1,1
Haití	2,2 (2005–6)	6,1	5,6	3,8

* incluye varones de 15-59 años.

adicional en los datos de dispensarios prenatales de zonas urbanas (véase más arriba) ha dado por resultado una disminución de las estimaciones de la prevalencia nacional, por ejemplo en **Angola, Congo, Eritrea, Gambia, Guinea-Bissau, Mozambique, Namibia, Nigeria, Somalia y Sudán**.

El cambio en el supuesto de supervivencia (véase más arriba) ha dado por resultado estimaciones más bajas de mortalidad e incidencia en todos los países excepto en aquellos en los que predomina el subtipo E. No tuvo un impacto importante sobre los registros del tiempo en que se alcanza la cota máxima de nuevas infecciones. En conjunto, todos estos cambios han dado por resultado mejores estimaciones del número de personas que viven con el VIH, de la mortalidad a causa del VIH y del número de nuevas



infecciones por el VIH. La mayoría de las estimaciones en el informe actual son más bajas en comparación con las publicadas en informes previos, no sólo para 2007, sino también para años anteriores. En consecuencia, las estimaciones actuales no se pueden comparar directamente con estimaciones publicadas en informes previos. A diferencia de los informes anteriores, que presentaban datos de los dos últimos años, este informe presenta datos comparativos para los años 2001 y 2007, lo que permite una mejor evaluación de las tendencias. Dado a que todavía no están disponibles los datos de vigilancia de muchos países correspondientes al año 2007, las tendencias estimadas para el período 2005-2007 serían menos precisas que las obtenidas para el período 2001-2007.

Estos y otros cambios en los supuestos en función de recientes revisiones y datos de investigación también tendrán repercusiones para la estimación del número de personas que necesitan tratamiento antirretrovírico, aunque este informe no las incluye.

Los significativos déficits que aún persisten en los sistemas de vigilancia del VIH en algunos países dificultan la evaluación fidedigna de las tendencias y el estado actual de la epidemia en esos lugares. El ONUSIDA y la OMS continuarán mejorando sus estimaciones del VIH y el sida cada vez que los datos de la vigilancia y nuevos datos provenientes de investigaciones científicas respalden dichos cambios.

Tendencias recientes del VIH y el comportamiento sexual entre los jóvenes

En 2001, la *Declaración de compromiso sobre el VIH/Sida* de las Naciones Unidas esbozó el objetivo de reducir en un 25% la prevalencia del VIH entre los jóvenes (de 15-24 años) de los países más afectados para 2005, a fin de vigilar el progreso realizado en la prevención de nuevas infecciones. La determinación de las tendencias de la incidencia del VIH en tiempo real (y en concreto del impacto de los programas de prevención sobre la incidencia del VIH) exige, en las mejores condiciones, estudios longitudinales de un gran número de personas. Teniendo en cuenta las dificultades prácticas de efectuar dichos estudios, se ha propuesto usar la prevalencia del VIH en mujeres jóvenes de 15 a 24 años atendidas en dispensarios prenatales como una medida aproximada de la incidencia.

A fin de evaluar el progreso realizado en la consecución de este objetivo, el Grupo de Trabajo OMS/ONUSIDA sobre la Vigilancia Mundial del VIH/Sida y las ITS solicitó a los países en los que la prevalencia nacional superaba el 3% que participaran de esta iniciativa en 2006 y 2007. Estos países son los 35 enumerados en el Cuadro 3.

Las tendencias del VIH y de la conducta sexual entre los jóvenes pueden ofrecer una ventana sobre los acontecimientos recientes en la epidemia del VIH en estos países y de su probable evolución. Específicamente, las tendencias en la prevalencia entre embarazadas de 15-24 años, entre quienes es probable que la infección por el VIH sea relativamente reciente, están menos influidas por la mortalidad y el tratamiento antirretrovírico que las tendencias de la

prevalencia del VIH en adultos o en todas las edades. Se cree que las tendencias en la prevalencia del VIH en personas de 15-24 años, por lo tanto, reflejan tendencias en la incidencia del VIH.

La revisión de la información más reciente y disponible indica que la prevalencia del VIH entre las jóvenes embarazadas (15-24 años) atendidas en dispensarios prenatales ha disminuido desde 2000/2001 en 11 de los 15 países con datos suficientes (datos de prevalencia de tres años diferentes) para analizar las tendencias recientes entre los jóvenes de los países más afectados (véase el Cuadro 3).

En **Kenya**, la prevalencia del VIH entre embarazadas jóvenes se redujo significativamente en más del 25% tanto en zonas urbanas como rurales, a la vez que se observaron disminuciones similares en las zonas urbanas de **Côte d'Ivoire**, **Malawi**, **Zimbabwe** y en las zonas rurales de **Botswana**. Se observaron disminuciones menos marcadas, es decir, estadísticamente no significativas, en la prevalencia en embarazadas jóvenes en las zonas urbanas y rurales de **Burkina Faso**, **Namibia** y **Swazilandia**, las zonas urbanas de las **Bahamas**, **Botswana**, **Burundi** y **Rwanda** y las zonas rurales de la **República Unida de Tanzania**. No se han hallado pruebas de una disminución en los niveles de infección por el VIH entre los jóvenes de **Mozambique**, **Sudáfrica** o **Zambia**.

En nueve de los 35 países, las encuestas nacionales realizadas entre 1994 y 2006 han ofrecido una cantidad suficiente de datos comparativos para evaluar las tendencias de comportamiento sexual entre los jóvenes. En algunos de ellos, los datos de tendencias indican disminuciones significativas en algunas formas de comportamiento sexual que

Cuadro 3

Análisis 2006/2007 de las tendencias entre jóvenes de 15-24 años en países de prevalencia alta: prevalencia del VIH entre embarazadas en sistemas de vigilancia centinela (2000-2006), y comportamientos sexuales seleccionados de mujeres y varones a partir de encuestas nacionales (1994-2006)

País	Análisis en 2006/2007	Tendencia de la prevalencia*		Edad de inicio sexual**		Relaciones sexuales con pareja no habitual***		Uso de preservativo con pareja no habitual****	
		Urbana	Rural	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
Angola*	2006								
Bahamas	2007	▼NS							
Benin**									
Botswana	2007	▼NS	▼≥ 25%						
Burkina Faso	2007	▼NS	▼NS						
Burundi	2006/2007	▼NS	↔						
Camerún*	2006			▼	▼	▲	▲	▲	▲
República Centroafricana**									
Chad*	2006			▼	↔				
Congo*	2007								
Côte d'Ivoire	2006	▼≥ 25%	ID	▼	↔	↔	↔	▲	▼
República Democrática del Congo*	2006								
Djibouti**									
Etiopía**									
Gabón**									
Gambia**									
Ghana**									
Haiti**				▲	▲	▼	▲	▲	▲
Kenya	2006	▼≥ 25%	▼≥ 25%	↔	↔	▼	▼	▲	↔
Lesotho*	2006								
Liberia**									
Malawi#	2006	▼≥ 25%	↔	▼	▼	▼	▼	▲	▲
Mozambique†	2006		↔	↔	▲				
Namibia	2007	▼NS	▼NS						
Nigeria*	2007			↔	↔				
Rwanda	2006	▼NS	ND	▲	▲	▲	▲	▲	▼
Sierra Leona*	2007								
Sudáfrica§	2006		↔						
Sudán*	2007								
Swazilandia	2007	▼NS	▼NS						
Togo*	2006			▼				▲	
Uganda**				▼	↔	▲	▲	▲	↔
República Unida de Tanzania	2006	↔	▼NS	↔	▼	↔	↔	▲	▲
Zambia¶	2006		↔	↔		▼	↔	↔	↔
Zimbabwe	2006	▼≥ 25%	▼NS	↔	↔	▼	▼	↔	↔

Notas: [1] Las casillas destacadas indican tendencias positivas en la prevalencia o el comportamiento.

Leyendas: [2] Year of analysis indicates the year in which the analysis was done, and not necessarily the last year of data used in the analysis.

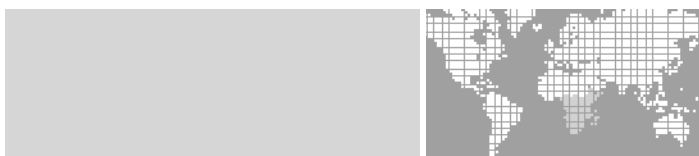
- * Centros utilizados en forma sistemática en el análisis de la prevalencia mediana por año durante un mínimo de tres años. Prueba de significación basada en H0: desviación = 0. Análisis de países con más de tres años de datos basados en el siguiente número de centros urbanos y rurales sistemáticos: Botswana (10.10), Burundi (3.3), Côte d'Ivoire (9 urbanos), Kenya (20.13), Malawi (11.8), Mozambique (5 Sur, 8 Centro, 7 Norte), Rwanda (6 urbanos), República Unida de Tanzania (11.8), Zimbabwe (7.6).
- ** Entre los jóvenes de 15-19 años, porcentaje que comunicó haber iniciado las relaciones sexuales a los 15 años. Análisis basados en encuestas de demografía y salud, encuestas basadas en indicadores múltiples o encuestas nacionales realizadas entre 1995 y 2005.
- *** Entre los jóvenes de 15-24 años, porcentaje que comunicó haber tenido relaciones sexuales con una pareja no habitual durante el año pasado. En Sudáfrica, porcentaje de los jóvenes 15-24 años que comunicaron haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses. Análisis basados en encuestas de demografía y salud y encuestas nacionales realizadas en Sudáfrica entre 1995 y 2005.
- **** Entre los jóvenes de 15-24 años, porcentaje que comunicó haber usado preservativo la última vez que tuvo relaciones sexuales con una pareja no habitual. Análisis basados en encuestas de demografía y salud, encuestas basadas en indicadores múltiples o encuestas nacionales realizadas entre 1995 y 2005.
- ▲ Aumento estadísticamente significativo.
- ▼ Descenso estadísticamente significativo.
- ▼≥25% Aumento estadísticamente significativo de más del 25%.
- ▼NS Datos insuficientes, es decir, menos de tres años de datos recibidos para el análisis de prevalencia.
- ↔ Sin pruebas de descenso.
- *ID Insufficient data, i.e. less than three years of data received for prevalence analysis.
- **ND Sin datos recibidos para la prevalencia.
- # En el análisis de los datos urbanos se combinaron las zonas semiurbanas y urbanas.
- ‡ El análisis en Mozambique se realizó para las zonas sur, norte y centro.
- § No se recibieron datos en respuesta al proceso del grupo de trabajo; análisis basados en los datos del informe de vigilancia de Sudáfrica.
- ¶ No se recibieron datos en respuesta al proceso del grupo de trabajo; análisis basados en los datos del informe de vigilancia de 2005 de Zambia. Análisis basados en datos combinados de zonas urbanas y rurales.

ponen a las personas en riesgo de exposición al VIH. La proporción de jóvenes que comunicaron haber tenido relaciones sexuales con parejas no habituales el año anterior disminuyó tanto para los varones como para las mujeres en **Kenya, Malawi y Zimbabwe**, solamente para las mujeres en **Haití y Zambia**. Sin embargo, la proporción de varones y mujeres jóvenes que tuvieron relaciones sexuales con parejas no habituales aumentó en **Camerún, Rwanda y Uganda**.

Se han producido notables cambios en el uso de preservativos durante las relaciones sexuales con parejas no habituales. La proporción de jóvenes que comunicaron haber usado preservativos la última vez que había tenido relaciones sexuales con una pareja no habitual aumentó tanto para los varones como para las mujeres en **Camerún, Haití, Malawi y la República Unida de Tanzania**, solamente para las mujeres en **Côte d'Ivoire, Kenya, Rwanda, Togo y Uganda**. Por otra parte, la proporción disminuyó solamente para los hombres en **Rwanda y Côte d'Ivoire**.

Lamentablemente, aproximadamente 24 de los 35 países disponían de datos insuficientes o de ningún dato sobre la prevalencia del VIH y/o las tendencias del comportamiento sexual entre los jóvenes, incluidos varios países con una prevalencia excepcionalmente alta del VIH en África meridional.

Las tendencias del comportamiento entre los jóvenes señalan cambios recientes y alentadores en países (**Kenya, Zimbabwe, la República Unida de Tanzania, Haití, Malawi, Togo, Camerún, Rwanda y Zambia**). Esas tendencias, combinadas con los indicios de disminuciones significativas en la prevalencia del VIH entre embarazadas jóvenes de zonas urbanas y/o rurales de cinco países (**Botswana, Côte d'Ivoire, Kenya, Malawi y Zimbabwe**), sugieren que las iniciativas de prevención están produciendo efectos en varios de los países más afectados.



RESUMEN REGIONAL

ÁFRICA SUBSAHARIANA

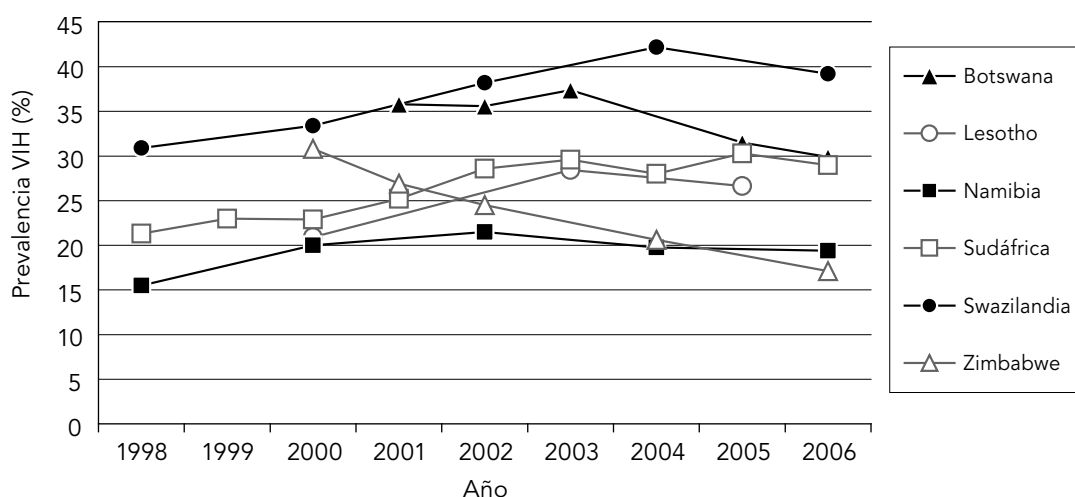
África subsahariana sigue siendo la región más afectada en la epidemia mundial de sida. Más de dos tercios (68%) de todas las personas VIH-positivas viven en esta región, donde se produjeron más de tres cuartos (76%) de todos los fallecimientos por sida en 2007. Se estima que 1,7 millones [1,4 millones-2,4 millones] de personas contrajeron el VIH en 2007, lo que eleva a 22,5 millones [20,9 millones-24,3 millones] el número total de personas que viven con el virus. A diferencia de otras regiones, la mayoría de las personas que viven con el VIH en África subsahariana (61%) son mujeres.

África meridional

La escala y las tendencias de la epidemia en la región varían considerablemente, pero África meridional es la más castigada. Esta subregión representa el 35% de todas las personas que viven con el VIH y casi un tercio (32%) de todas las nuevas infecciones por el VIH y los fallecimientos por sida a nivel mundial en 2007. La prevalencia nacional del VIH en adultos superó el 15% en ocho países en 2005 (Botswana, Lesotho, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe). Si bien hay datos que muestran un descenso significativo en la prevalencia nacional del VIH en Zimbabwe, la epidemia en la mayor parte del resto de la subregión ha alcanzado, o está por alcanzar, una fase de estabilización. Sólo en Mozambique, los últimos datos sobre VIH (en 2005) han indicado un aumento en la prevalencia con respecto al periodo anterior de vigilancia.

Figura 6

Prevalencia mediana del VIH entre mujeres (15-49 años) atendidas en dispensarios prenatales en centros sistemáticos de países de África meridional, 1998-2006



Fuentes: Diversas encuestas de dispensarios prenatales.

En **Zimbabue**, la prevalencia del VIH entre embarazadas atendidas en dispensarios prenatales ha disminuido significativamente en los últimos años, del 26% en 2002 al 18% en 2006. Entre las embarazadas jóvenes (15-24 años), la prevalencia descendió del 21% al 13% en el mismo periodo. La prevalencia más alta se registra entre embarazadas atendidas en dispensarios prenatales de zonas mineras (prevalencia del VIH del 26%) y de agricultura comercial (prevalencia del 22%) (Ministerio de Salud y Bienestar Infantil de Zimbabue, 2007).

Diversos estudios confirman la tendencia a la baja observada en los datos de vigilancia de Zimbabue (ONUSIDA, 2005; Mahomva et al., 2006; Hargrove et al., 2005; Mugurungi et al., 2005; Ministerio de Salud y Bienestar Infantil de Zimbabue, 2007), mientras que en zonas rurales de Manicaland se ha observado una prevalencia decreciente tanto entre varones como entre mujeres (Gregson et al., 2006). La tendencia refleja una combinación de mortalidad muy elevada e incidencia del VIH en disminución, relacionada en parte con el cambio comportamental (ONUSIDA, 2005). En Zimbabue oriental, hay pruebas que indican que más mujeres y varones han estado eludiendo las relaciones sexuales con parejas no habituales, y que el uso sistemático de preservativos con parejas no habituales aumentó entre las mujeres (de un 26% en 1998-2000 a un 37% en 2001-2003), aunque no en el caso de los varones (Gregson et al., 2006). La modelización matemática también sugiere que los declives en la prevalencia del VIH no podrían atribuirse únicamente a la evolución natural de la epidemia de sida en Zimbabue, sino que en parte responden a un cambio de comportamiento (Hallet et al., 2006).

Sudáfrica es el país que registra el mayor número de infecciones por el VIH de todo el mundo. Los datos sobre la prevalencia del VIH recopilados en la última ronda de vigilancia de dispensarios prenatales sugieren que los niveles de infección por el VIH podrían estar en una etapa de estabilización, ya que la prevalencia entre embarazadas fue del 30% en 2005 y del 29% en 2006 (Departamento de Salud de Sudáfrica, 2007). Además, la disminución en la prevalencia del VIH entre embarazadas jóvenes (15-24 años) sugiere un posible descenso en el número anual de nuevas infecciones. La epidemia varía considerablemente entre provincias, de un 15% en Western Cape a un 39% en la provincia de KwaZulu-Natal. (Departamento de Salud de Sudáfrica, 2007).

Según datos preliminares de una nueva encuesta poblacional realizada en **Swazilandia**, aproximadamente uno de cada cuatro (26%) adultos (15-49 años) está infectado por el VIH. Los datos de la encuesta poblacional y de dispensarios prenatales indican una escasa diferencia en la prevalencia del VIH entre regiones, aunque se observa una dife-

rencia significativa en los niveles de infección entre varones y mujeres: 20% de varones adultos resultaron VIH-positivos, en comparación con el 31% de mujeres (Ministerio de Salud y Bienestar Social de Swazilandia, 2007; Oficina Central de Estadística de Swazilandia y Macro International, 2007).

La prevalencia del VIH en **Lesotho** sigue siendo alta; y entre mujeres atendidas en dispensarios prenatales en 2005 se registró una prevalencia del 38% en el grupo de edad de 25-29 años (Ministerio de Salud y Bienestar Social de Lesotho, 2005). Las mujeres representan alrededor del 57% de las personas que viven con el VIH. Los datos más recientes de vigilancia del VIH revelan una disminución del 25% en 2003 al 21% en 2005 en los niveles de infección entre embarazadas jóvenes (15-24 años); sin embargo, esta disminución aparente podría estar originada por la inclusión de nuevos centros de vigilancia centinela en la encuesta más reciente (Ministerio de Salud y Bienestar Social de Lesotho, 2005).

En conjunto, la epidemia de **Namibia** parece haberse estabilizado en una proporción de una cada cinco mujeres (20%) atendidas en dispensarios prenatales que resultaron VIH-positivas en 2006 (Ministerio de Salud y Servicios Sociales, 2007). La tendencia relativamente estable desde mediados de la década de 1990 en la prevalencia del VIH en embarazadas jóvenes (15-24 años) y la tendencia ascendente entre mujeres de 30 a 40 años sugieren que es necesario mejorar las iniciativas de prevención (Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Namibia, 2007).

En **Botswana**, la disminución en la prevalencia del VIH entre embarazadas atendidas en dispensarios prenatales en los últimos años (del 36% en 2001 al 32% en 2006) da a entender que la epidemia ha alcanzado su punto máximo y que podría estar en descenso. La prevalencia es sorprendentemente alta incluso entre adolescentes embarazadas, de las cuales el 18% obtuvo resultados positivos en las pruebas de VIH en 2005. Sin embargo, en los últimos años se ha observado una disminución en los niveles de infección entre embarazadas jóvenes (Ministerio de Salud de Botswana, 2006). Entre las mujeres de 15 a 19 años atendidas en dispensarios prenatales, la prevalencia disminuyó del 25% al 18% entre 2001 y 2006, mientras que entre sus homólogas de 20 a 24 años bajó del 39% al 29% durante el mismo periodo (Ministerio de Salud de Botswana).

Los datos sobre VIH más recientes recopilados en dispensarios prenatales de **Angola** indican que la prevalencia entre embarazadas no cambió mucho entre 2004 y 2005. La prevalencia mediana nacional del VIH se estimó en un 2,5%, en comparación con el 2,4% registrado en 2004 (Ministerio de Salud y CDC de los EE.UU., 2006).

En el otro país lusófono de esta subregión, **Mozambique**, la epidemia ha comenzado a aumentar nuevamente en las tres zonas después de un aparente periodo de estabilización a principios del nuevo milenio. La prevalencia del VIH entre mujeres atendidas en dispensarios prenatales es más baja en el norte (un promedio de 9% en 2000), pero se ha constatado una prevalencia del 20% o más en las zonas central y meridional, que incluye la capital, Maputo, y en las provincias de Gaza, Inhambane, Manica y Sofala (donde llegó a casi un 27% en 2004) (Consejo Nacional de Combate contra el VIH/Sida, 2006).

En **Malawi**, la epidemia parece haberse estabilizado con declives en algunas zonas locales, junto con pruebas de cambios de comportamiento que pueden reducir el riesgo de contraer la infección por el VIH (Heaton, Fowler y Palamuleni, 2006). A partir del cambio de siglo, la prevalencia mediana del VIH entre embarazadas de centros de vigilancia centinela se ha mantenido entre el 15% y el 17% (Comisión Nacional del Sida de Malawi, 2005).

Si bien hay pocos indicios de una disminución en la prevalencia nacional del VIH en **Zambia**, la epidemia parece estar descendiendo en algunas partes del país. La vigilancia más reciente de dispensarios prenatales reveló que la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas de zonas urbanas duplica a la registrada en zonas rurales (25% frente a 12%) (Ministerio de Salud, de Zambia 2005), al igual que las estimaciones de encuestas poblacionales anteriores (23% frente a 11%) (Oficina Central de Estadística de Zambia et al., 2003). La prevalencia de VIH ha disminuido entre embarazadas de 20 a 24 años de zonas urbanas (donde descendió del 30% en 1994 al 24% en 2004), así como entre embarazadas de 15 a 19 años (del 20% en 1994 al 14% en 2004) (Ministerio de Salud de Zambia, 2005).

Las epidemias de VIH en los países isleños de África meridional son mucho más pequeñas. Datos recientes sobre el VIH recopilados entre embarazadas que utilizaron servicios prenatales en **Madagascar** revelan una prevalencia del VIH del 0,2%, aunque llegó a ser del 1,1% en Sainte Marie y del 0,8% en Morondava (Ministerio de la Salud y Planificación Familiar de Madagascar, 2005). La exposición a equipos de inyección no estériles constituye el principal factor de riesgo de infección por el VIH en **Mauricio**, donde alrededor de tres cuartas partes de las infecciones por el VIH diagnosticadas en los primeros seis meses de 2004 se produjeron entre usuarios de drogas inyectables (Sulliman & Ameerberg, 2004).

África oriental

En la mayoría de los países de África Oriental, la prevalencia del VIH en adultos está estabilizada o ha comenzado a descender. Esta última tendencia se hace más evidente en Kenya, donde la epidemia de VIH ha estado disminuyendo junto con indicios de cambio de comportamiento. Además del cambio de comportamiento, la mortalidad de personas infectadas por el VIH años atrás también contribuyó al descenso de la prevalencia.

Uganda fue el primer país de África subsahariana que registró una caída en la prevalencia nacional de adultos infectados por el VIH. Sin embargo, la epidemia continúa siendo grave: según una encuesta nacional realizada en 2004-5 (Ministerio de Salud de Uganda y ORC Macro, 2006), los niveles más elevados de infección se dan entre mujeres (7,5% en comparación con el 5,0% entre varones) y residentes de zonas urbanas (10% en comparación con el 5,7% entre residentes de zonas rurales).

En 1992, la prevalencia del VIH comenzó a descender en Uganda, en medio de indicios de cambios substanciales en el comportamiento que impidieron la propagación del VIH (Asamoah-Odei, Garcia-Calleja y Boerma, 2004). Sin embargo, esa tendencia parece haberse estabilizado a comienzos de la década de 2000. Mientras que la prevalencia del VIH observada entre mujeres embarazadas atendidas en dispensarios de Kampala y algunas otras zonas urbanas parece haber persistido a lo largo de 2005, otros centros de vigilancia urbanos y la mayoría de los rurales indican que la prevalencia tiende a estabilizarse durante la presente década (Kirungi et al., 2006; Shafer et al., 2006). De manera similar, en un estudio de cohortes llevado a cabo en una zona rural de Uganda meridional se observa que la prevalencia y la incidencia del VIH, tanto en varones como en mujeres, han tendido a estabilizarse desde alrededor del año 2000 (Shafer et al., 2006). Es importante destacar que, con una población que crece tan rápidamente como es el caso de Uganda (cuya tasa total de fertilidad es de 6,7 según lo informado por la Encuesta de Demografía y Salud de 2006), una tasa de incidencia del VIH estable significa que cada año un mayor número de personas contraen el VIH.

Las tendencias estables del VIH están produciéndose paralelamente a un apreciable aumento reciente en los comportamientos sexuales peligrosos. En encuestas poblacionales realizadas en 1995, 2000, 2004-5 y 2006, el 12%, 14%, 15% y 16%, respectivamente, de las mujeres y el 29%, 28%, 37% y 36%, respectivamente, de los varones informaron haber mantenido relaciones sexuales de mayor riesgo (Kirungi et al., 2006; Ministerio de Salud de Uganda y ORC Macro, 2006; Oficina de Estadística de

Uganda y Macro International Inc. 2007). En las mismas encuestas, el 20%, 39%, 47% y 35% de las mujeres, respectivamente, y el 35%, 59%, 53% y 57%, respectivamente, de los varones informaron el uso de preservativo durante las relaciones sexuales con estas parejas, lo cual indica la ausencia de avances en la adopción de comportamientos sexuales más seguros en los últimos años. Existe una necesidad imperiosa de retomar y adaptar el tipo de iniciativas de prevención que ayudaron a Uganda a controlar la epidemia de VIH en la década de 1990.

La prevalencia del VIH en **Kenya** ha disminuido desde alrededor del 14% a mediados de la década de 1990 hasta un 5% en 2006 (Ministerio de Salud de Kenya, 2005; Consejo Nacional para el Control del sida de Kenya, 2007). La tendencia descendente fue especialmente drástica en los centros urbanos de Busia, Meru, Nakuru y Thika, donde la prevalencia mediana descendió del 28% en 1999 al 9% en 2003 entre las mujeres entre 15 y 49 años de edad atendidas en dispensarios prenatales, y del 29% en 1998 al 9% en 2002 entre las de 15-24 años (Hallett et al., 2006).

La prevalencia del VIH ha disminuido también en la **República Unida de Tanzania**. La información más reciente muestra que la prevalencia entre mujeres atendidas en dispensarios prenatales de Zanzíbar oscila entre el 0,7% en Unguja y el 1,4% en Pemba (Salum et al., 2003), mientras que en Tanzania continental, en 2001-2002 ese porcentaje era del 9,6% entre mujeres que utilizaban servicios prenatales y descendió al 8,7% en 2003-2004 (Swai et al., 2006). Una encuesta poblacional nacional sobre el VIH que se realizó en 2003-2004 en Tanzania continental mostró que la prevalencia del VIH entre adultos era del 7% (Comisión de Tanzania para el Sida, Oficina Nacional de Estadística y ORC Macro, 2005).

En **Burundi**, la vigilancia reciente del VIH entre mujeres atendidas en dispensarios prenatales sugiere que la tendencia decreciente que comenzó a fines de la década de 1990 no continuó después de 2005, cuando la prevalencia del VIH comenzó a aumentar otra vez en la mayoría de los centros de vigilancia. (Ministerio de Salud Pública de Burundi, 2005).

En **Rwanda**, la vigilancia de dispensarios prenatales realizada en 2005 mostró que el 4,1% de las mujeres embarazadas eran VIH-positivas. La mayor prevalencia se dio en Kigali (13%) pero, en promedio, fue del 5% en otras zonas urbanas y algo más del 2% en las zonas rurales. Se observaron descensos substanciales en la prevalencia del VIH en Rwamagana (del 13% al 4% entre 1998 y 2005) y en Gikondo, en la ciudad de Kigali (14% al 8%) (Ministerio de Salud de Rwanda, 2005). Los declives de la prevalencia del VIH entre embarazadas de zonas urbanas de Rwanda fueron

más pronunciados a fines de la década de 1990, y los niveles de infección parecieron estabilizarse en consecuencia (Kayirangwa et al., 2006).

En **Etiopía**, la Encuesta Demográfica y de Salud de 2005 estimó una prevalencia del VIH del 1,4% entre adultos. Los niveles máximos de infección se dieron en las regiones de Gambela (6%) y de Addis Abeba (4,7%) (Organismo Central de Estadística y ORC Macro, 2006). En 1996-2000, la epidemia se estabilizó en las zonas urbanas de Etiopía, después de lo cual, los niveles de infección descendieron lentamente, en particular en partes de la capital, Addis Abeba. En la zona rural de Etiopía, donde reside la mayor parte de la población, la epidemia se mantuvo relativamente estable desde que la prevalencia del VIH llegó a su punto máximo en 1999-2001 (Ministerio Federal de Salud de Etiopía, 2006).

En **Eritrea**, la prevalencia del VIH entre mujeres atendidas en dispensarios prenatales fue del 2,4% en 2005 y en 2003. La mayor prevalencia del VIH en 2005 se registró en zonas urbanas (3% frente al 0,9% en zonas rurales) y osciló entre un valor tan elevado como el 7,4% en la ciudad portuaria de Assab, bien al sur, y el 4,2% en la capital, Asmara, y el 3,3% en Massawa, otra ciudad portuaria (Ministerio de Salud de Eritrea, 2006).

En **Somalia**, las encuestas entre mujeres atendidas en dispensarios prenatales revelaron que la prevalencia del VIH llega al 2,3% en Berbera (OMS, 2005). Sin embargo, debido a la conflictiva situación que impera en el país, la vigilancia centinela es limitada.

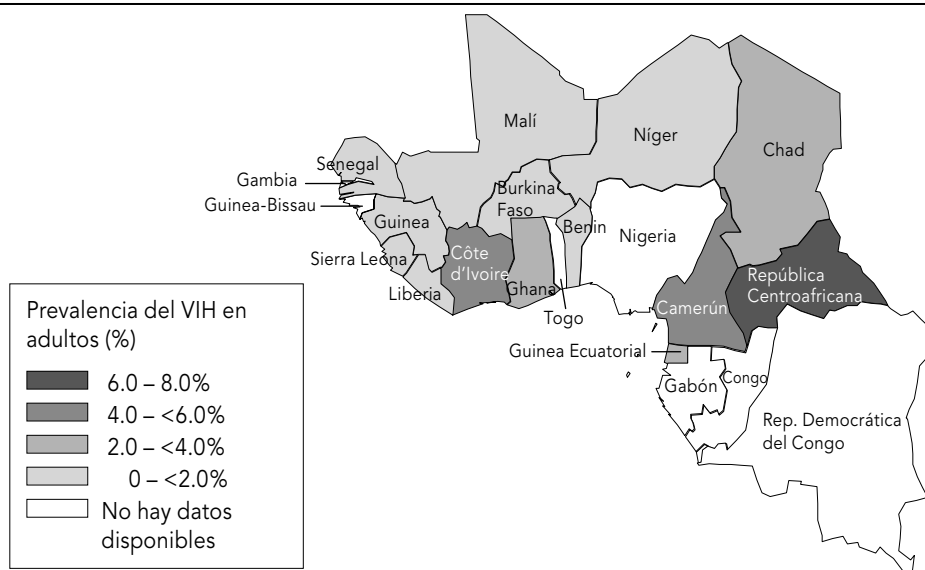
África occidental y central

En la mayoría de las epidemias comparativamente menores de África occidental y central, la prevalencia nacional del VIH entre adultos se ha mantenido, en general, estable. Sin embargo, se observan indicios de disminución de la prevalencia del VIH en un número cada vez mayor de países, en particular Côte d'Ivoire, Malí y la zona urbana de Burkina Faso. Tanto en estos países como en Benin, existen pruebas que constatan un cambio brusco hacia un comportamiento más seguro.

Nigeria aún padece la mayor epidemia en esta subregión. La prevalencia nacional del VIH entre mujeres atendidas en dispensarios prenatales de Nigeria parece mantenerse estable, aunque se aprecia una amplia variación entre las diferentes regiones y estados (Utulu y Lawoyin, 2007). La prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas de todo el estado, por ejemplo, varía entre apenas el 1,6% en Ekiti (en la parte oeste) y el 8% en Akwa Ibom (al sur) o el 10% en Benue, al sudeste (Ministerio Federal de Salud de Nigeria, 2006).

Figura 7

Prevalencia del VIH de acuerdo con encuestas poblacionales nacionales realizadas en países de África occidental y central, 2003-2007



Fuentes: (República Centroafricana) [1] Instituto Centroafricano de Estadística y Prácticas Económicas y Sociales; [2] Fondo de Población de las Naciones Unidas; [3] MEASURE DHS, Macro International Inc. Enquête de sérologie VIH en République Centrafricaine, 2006. (Camerún) [1] Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Planificación de la Programación de Desarrollo y de Planificación Territorial; [2] ORC Macro. Enquête Démographique et de Santé. Camerún 2004. (Côte d'Ivoire) [1] Proyecto RETRO-CI, Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Lucha contra el sida; [2] ORC Macro. Enquête sur les Indicateurs du Sida. Côte d'Ivoire 2005. (Chad) [1] Instituto Nacional de Estadística, de Prácticas Económicas y Demografía; [2] ORC Macro. Enquête Démographique et de Santé. Tchad 2004. (Guinea Ecuatorial) Programa Nacional de Lucha contra el sida, Proyecto Centro de Referencia para el Control de Endemias en Guinea Ecuatorial. Informe Final de la Encuesta de Seroprevalencia del VIH en Guinea Ecuatorial 2004. (Ghana) [1] Servicio Estadístico de Ghana; [2] Noguchi Memorial Institute for Medical Research; [3] ORC Macro. Ghana Demographic and Health Survey 2003. (Burkina Faso) [1] Instituto Nacional de Estadística y Demografía; [2] ORC Macro Burkina Faso Enquête Démographique et de Santé 2003. (Liberia) [1] Instituto de Estadísticas y Servicios de Geoinformación de Liberia; [2] Ministerio de Salud y Bienestar Social; [3] Programa Nacional de Control del sida; [4] MEASURE DHS, Macro International. Liberia Demographic and Health Survey 2007. (Guinea) [1] Dirección Nacional de Estadística; [2] ORC Macro. Démographique et de Santé Guinée 2005. (Sierra Leona) [1] Nimba Research and Consulting Company; [2] Estadística de Sierra Leona; [3] Ministerio de Salud y Sanidad; [4] Secretaría Nacional del VIH/sida. National Population Based HIV Seroprevalence Survey of Sierra Leone 2005. (Mali) [1] Célula de Planificación y Estadística, Ministerio de Salud; [2] Dirección Nacional de Estadística e Informática, Ministerio del Interior y Planificación Territorial; [3] MEASURE DHS. Enquête Démographique et de Santé EDSM-IV, Mali 2006. Rapport Préliminaire. (Benín) [1] Instituto Nacional de Estadística y Análisis Económico; [2] Programa Nacional de Lucha contra el sida; [3] Demographic and Health Surveys, Macro International, Inc. Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) Benín 2006. Rapport Préliminaire. (Níger) [1] Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Economía y Finanzas; [2] Macro International Inc. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples 2006. (Senegal) [1] Centro de Investigación para el Desarrollo Humano, Ministerio de Salud y Prevención Médica; [2] ORC Macro. Enquête Démographique et de Santé Sénégal 2005.

En **Benín**, las encuestas centinela realizadas entre embarazadas atendidas en dispensarios prenatales revelan una epidemia nacional relativamente estable, con una prevalencia del VIH que ha permanecido alrededor del 2% desde 2003. Según la Encuesta Demográfica y de Salud de 2006, el 1,2% de los adultos de todo el país estaba infectado por el VIH, y la prevalencia entre las mujeres (1,5%) se elevaba a casi el doble de la prevalencia entre los varones (0,8%) (Instituto Nacional de Estadística y Análisis Económico y ORC Macro, 2007).

La prevalencia del VIH en **Togo** es una de las más elevadas de África occidental: la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas que se sometieron a las pruebas en dispensarios prenatales en 2006 fue del 4,2%, lo que muestra un descenso en los niveles nacionales de infección. (En 2003, el 4,8% de las mujeres atendidas en dispensarios prenatales resultaron ser VIH-positivas. Este porcentaje descendió al 4,6% en 2004). (Ministerio de Salud de Togo, 2007 y 2006).

La epidemia de VIH en **Burkina Faso** continúa disminuyendo en las zonas urbanas. Entre las mujeres

embarazadas jóvenes atendidas en los dispensarios prenatales en zonas urbanas, la prevalencia del VIH cayó a casi la mitad en el período 2001-2003 (algo por debajo del 2%) (Presidencia de Burkina Faso, 2005; Instituto Nacional de Estadística y Demografía y ORC Macro, 2004).

En **Mali**, los datos más recientes, recopilados durante una Encuesta Demográfica y de Salud en 2006, también indican un posible descenso de la epidemia. En 2006, la prevalencia nacional del VIH en adultos se estimó en 1,2% (Ministerio de Salud de Mali y ORC Macro, 2007), lo que representa una disminución del porcentaje registrado en una encuesta similar realizada en 2001, en la que la prevalencia nacional del VIH en adultos se estimó en 1,7% (2% entre mujeres y 1,3% entre varones) (Célula de Planificación y Estadística del Ministerio de Salud et al., 2002). También en este caso, la mortalidad podría ser un factor que contribuya al descenso de la prevalencia. En 2005, la prevalencia entre embarazadas atendidas en dispensarios prenatales fue del 3,4%, porcentaje similar al de años anteriores (Ministerio de Salud de Mali, 2005).

La prevalencia mediana del VIH entre mujeres atendidas en dispensarios prenatales de **Ghana** osciló entre el 2,3% y el 3,6% entre 2000 y 2006 (Ministerio de Salud de Ghana, 2007).

En **Côte d'Ivoire**, según los valores obtenidos a partir de la última Encuesta Demográfica y de Salud, la prevalencia nacional del VIH entre adultos fue del 4,7% (Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Lucha contra el sida de Côte d'Ivoire y ORC Macro, 2006). La vigilancia del VIH entre embarazadas indica que la prevalencia está disminuyendo, al menos en zonas urbanas, donde cayó del 10% en 2001 al 6,9% en 2005 (Ministerio de Salud e Higiene Pública de la Côte d'Ivoire et al., 2007).

En el **Senegal**, la prevalencia del VIH entre la población general en 2005 era del 0,7% (Ndiaye y Ayad, 2006). Sin embargo, se estima que la mayor parte de la transmisión del VIH está asociada con las relaciones sexuales remuneradas sin protección: en Ziguinchor, por ejemplo, se ha hallado que la prevalencia del VIH entre profesionales femeninas del sexo alcanza el 30% (Gomes do Espirito Santo y Etheredge, 2005).

La prevalencia de VIH-1 entre embarazadas de **Gambia** aumentó del 0,7% al 1,0% entre 1994 y 2000, mientras que la prevalencia de VIH-2 disminuyó del 1,0% al 0,8% en el mismo período (van der Loeff et al., 2003).

La prevalencia del VIH en **Guinea** varía notablemente de un lugar a otro del país y, según una encuesta poblacional nacional realizada en 2005, parece haber alcanzado su punto máximo con el 2,1% en la capital, Conakry (Dirección Nacional de Estadística y ORC Macro, 2006).

En **Liberia**, los resultados preliminares de la Encuesta Demográfica y de Salud de 2007 muestran que la prevalencia nacional del VIH en adultos (15-49 años) es del 1,5%, con niveles de infección que varían desde el 2,5% en áreas urbanas hasta el 0,8% en áreas rurales. La mayor prevalencia entre los adultos se dio en la región de Monrovia, con el 2,6% (Instituto de Estadística y Servicios de Geoinformación de Liberia, y Macro International, 2007).

En **Sierra Leona**, la vigilancia centinela nacional del país mostró una prevalencia de VIH del 4,1% entre embarazadas atendidas en consultorios prenatales (en su mayoría urbanos) en 2006. En comparación con la prevalencia del 3% entre mujeres embarazadas que arrojó una encuesta similar en 2003, los datos más recientes sugieren que la epidemia en Sierra Leona podría estar creciendo (Ministerio de Salud y Sanidad de Sierra Leona, 2007). Una encuesta poblacional realizada en 2005 reveló que la prevalencia nacional entre adultos era

del 1,5% (Secretaría Nacional del sida y Nimba Research Consultancy, 2005).

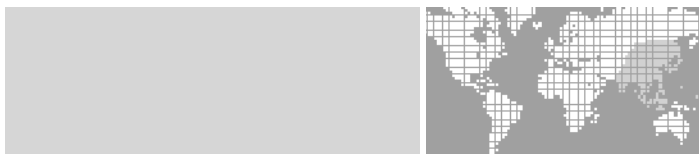
En **Chad**, una encuesta poblacional nacional reveló que, en 2005, el 3,3% de los adultos vivían con el VIH. La epidemia parece haberse concentrado principalmente en zonas urbanas, donde la prevalencia del VIH fue del 7%, más del triple de la prevalencia de zonas rurales (Instituto Nacional de Estadística, de Prácticas Económicas y Demografía y Programa Nacional de Lucha contra el sida, 2006).

La prevalencia del VIH es considerablemente más baja en el vecino país de **Níger**, donde una Encuesta Demográfica y de Salud realizada en 2006 reveló que el 0,7% de los adultos estaban infectados por el VIH. La mayor prevalencia se registró en las regiones de Agadez y Diffa, con el 1,6% y el 1,7% respectivamente (Instituto Nacional de Estadística de Níger y Macro International Inc., 2007).

En el **Camerún**, una encuesta poblacional nacional realizada en 2004 mostró una amplia variación geográfica en la prevalencia: de 1,7% en el Norte y 2,0% en el extremo norte a niveles considerablemente más elevados de infección en la capital, Yaoundé (8,3%) y en las provincias del sudoeste (8%), del este (8,6%) y del noroeste (8,7%) (Instituto Nacional de Estadística y ORC Macro, 2005). En los últimos años no se han realizado vigilancias entre mujeres embarazadas, lo cual dificulta la evaluación de tendencias de la epidemia.

En la **República Democrática del Congo**, la prevalencia del VIH entre mujeres atendidas en dispensarios prenatales se ha mantenido relativamente estable en la capital, Kinshasa (entre el 3,8% en 1995 y el 4,2% en 2005), pero ha aumentado en la segunda ciudad más importante del país, Lubumbashi (del 4,7% al 6,6% entre 1997 y 2005) y en Mikalay (del 0,6% al 2,2% entre 1999 y 2005) (Kayembe et al., 2007). La prevalencia también es elevada en las ciudades de Matadi, Kisangani y Mbandaka (en las que el 6% de las mujeres que utilizaban los servicios prenatales eran VIH-positivas en 2005), y en Tshikapa (donde la prevalencia era del 8%) (Programa Nacional de Lucha contra el sida, 2005).

La prevalencia nacional de VIH entre los adultos en la **República Centroafricana** —estimada en el 6,2% a partir de una encuesta poblacional nacional realizada en 2006— es una de las más elevadas en África occidental y central (Ministerio de Economía, de Planificación y Cooperación Internacional de la República Centroafricana, 2007). A nivel nacional, la prevalencia de VIH entre mujeres fue casi el doble de la prevalencia entre varones (7.8% frente a 4.3%) y existe una variación considerable entre las distintas regiones.



ASIA

En Asia, la mayor prevalencia nacional de VIH se manifiesta en Asia sudoriental, donde se observa una amplia variación en las tendencias epidémicas entre los diferentes países. Mientras que en Camboya, Myanmar y Tailandia la epidemia muestra un descenso en la prevalencia del VIH, en Indonesia (especialmente en la provincia de Papua) y en Viet Nam la prevalencia crece. Si bien la proporción de personas que viven con el VIH en India es menor que antes, la epidemia continúa afectando a gran cantidad de personas. En todo Asia, se estima que, en 2007, vivían con el VIH unos 4,9 millones [3,7 millones–6,7 millones] de personas, incluidas las 440 000 [210 000–1,0 millón] personas que se infectaron el año pasado. En 2007, aproximadamente 300 000 [250 000–470 000] fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida.

Si bien se han informado infecciones por el VIH en cada una de las provincias de **China**, se cree que la mayoría de las personas que viven con el VIH en China están en las provincias de Henan, Guangdong, Guangxi, Xinjiang y Yunnan (Ministerio de Salud de China, 2006). Se estima que apenas menos de la mitad de las personas que vivían con el VIH en China en 2006 se infectaron al inyectarse drogas con material contaminado, mientras que una proporción similar contrajo el virus durante relaciones sexuales sin protección (Ministerio de Salud de China, 2006, Lu et al., 2006).

Pese a que el consumo de drogas inyectables sigue dominando la epidemia, datos recientes indican el surgimiento de una epidemia entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en las principales ciudades, y se estima que alrededor del 7% de las infecciones por el VIH podrían atribuirse a relaciones sexuales peligrosas entre varones (Lu et al. 2006). Los estudios han encontrado que la prevalencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres oscila entre el 1,5% en Shanghai (Choi et al., 2007), el 1,7% en el Sur (Tao et al., 2004; Zhu et al., 2005) y el 3,1%–4,6% en Beijing (Choi et al., 2003; Ma et al., 2006). La superposición del consumo de drogas inyectables y el comercio sexual constituye un factor importante para la epidemia de VIH en China. El número de mujeres que se inyectan drogas es cada

vez mayor y, en algunos lugares, la mitad de ellas también venden sexo. Muchos varones usuarios de drogas inyectables también compran sexo, a menudo sin utilizar preservativo. (Hesketh et al., 2006).

Nuevas estimaciones más precisas del VIH indican que aproximadamente 2,5 millones [2 millones–3,1 millones] de personas vivían con el VIH en la **India** en 2006, y que la prevalencia del VIH entre adultos era del 0,36%. Aunque la proporción de personas que viven con el VIH es menor que la estimada anteriormente, la epidemia continúa afectando a grandes cantidades de personas en India.

Las estimaciones revisadas se basan en un sistema de vigilancia ampliado y mejorado y en el uso de una metodología perfeccionada y más sólida. La inclusión en el proceso de estimación de los resultados de la encuesta nacional por hogares (la Encuesta Nacional sobre Salud Familiar 3, realizada en 2005–2006) contribuyó de manera significativa a los cálculos revisados. En esta encuesta —que fue la primera encuesta poblacional nacional que incluyó un componente sobre el VIH— se hizo la prueba del VIH a más de 100 000 personas (NFHS-3, 2007).

Además, en los últimos años India ha ampliado su sistema de vigilancia centinela del VIH y la cantidad de centros de vigilancia aumentó de 155 en 1998 a 1120 en 2006. La vigilancia incluye datos obtenidos

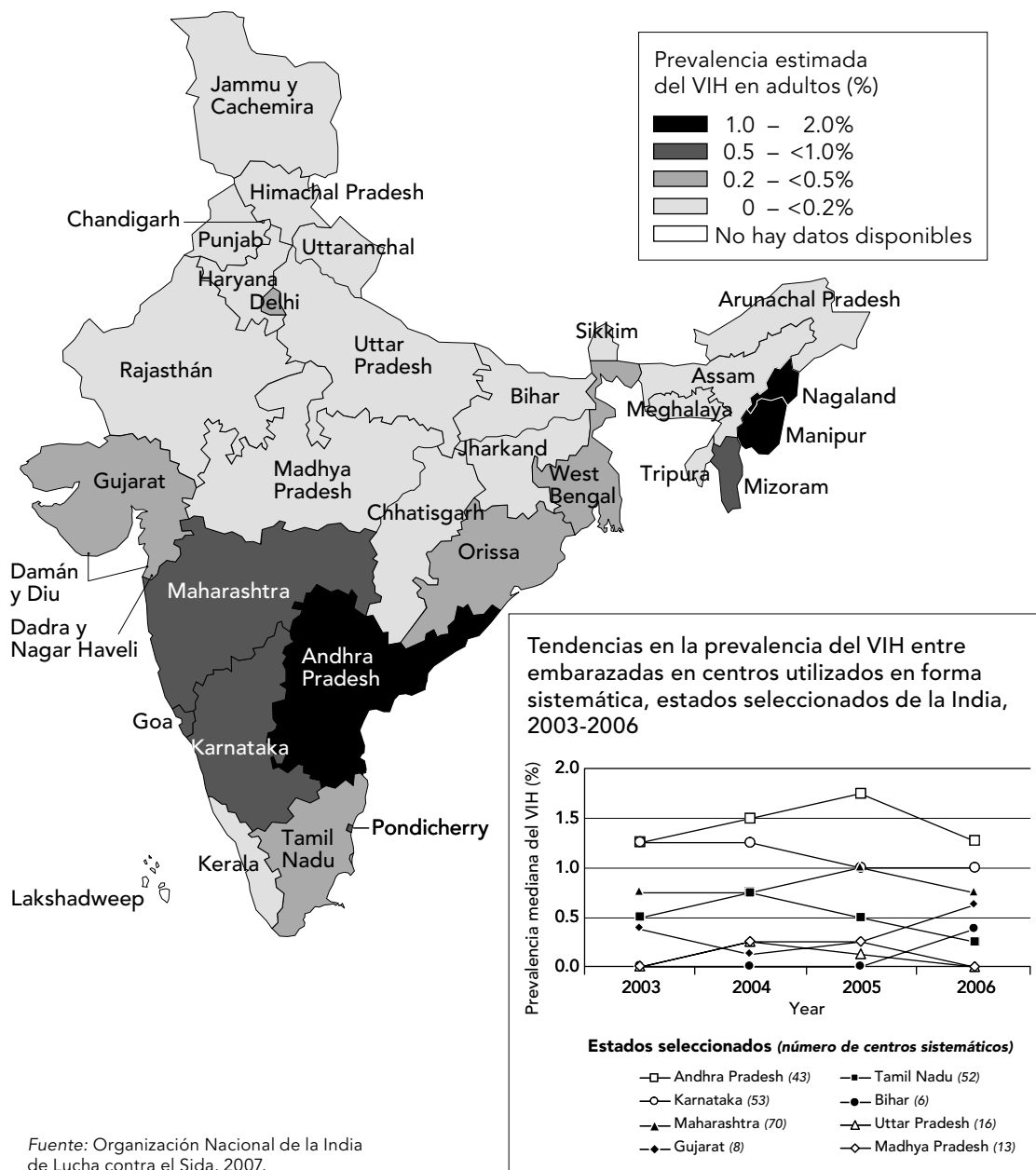
de embarazadas atendidas en dispensarios prenatales, de personas que se atienden en dispensarios para infecciones de transmisión sexual y de grupos poblacionales en mayor riesgo de exposición al VIH.

Las tendencias de la prevalencia en India varían notablemente de un estado a otro y de una región a otra. Aun en los cuatro estados meridionales (Andhra Pradesh, Karnataka, Maharashtra y Tamil Nadu), donde reside la gran mayoría de las personas que viven con el virus, la prevalencia del VIH varía y la epidemia tiende a concentrarse en ciertos distritos

(NACO, 2005a; Banco Mundial, 2005). La prevalencia del VIH entre los adultos informada para seis estados incluidos en la encuesta poblacional nacional reciente (NFHS-3, 2007) varió desde el 0,07% en Uttar Pradesh, hasta el 0,34% en Tamil Nadu, el 0,62% en Maharashtra, el 0,69% en Karnataka, el 0,97% en Andhra Pradesh y el 1,13% en Manipur. La prevalencia en todos los demás estados, en conjunto, fue del 0,13%. Un análisis anterior de los datos obtenidos en una vigilancia centinela también reveló que, en 2000-2004, la prevalencia del VIH

Figura 8

Prevalencia estimada del VIH entre adultos (15-49 años), por estado, en la India, 2006



en los estados meridionales en su conjunto era unas cinco veces más elevada que en los estados del norte (Kumar R et al., 2006). Sin embargo, también se identificaron bolsones de alta prevalencia del VIH (en especial entre grupos poblacionales en alto riesgo de exposición al VIH) en aquellos estados en los que la prevalencia general es normalmente baja, lo que representa una advertencia respecto de la pasividad.

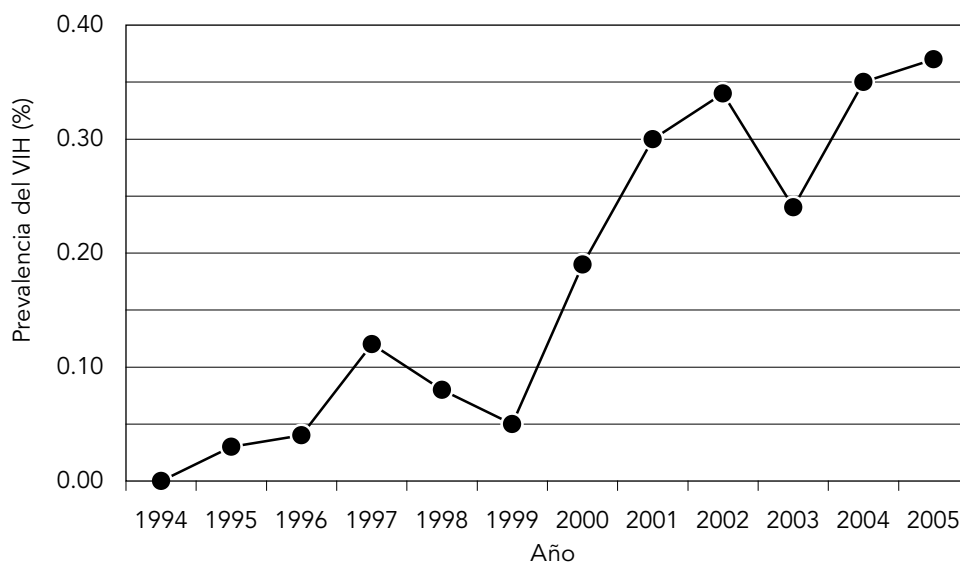
Los datos obtenidos de la vigilancia centinela ampliada de 2006 indican una prevalencia estable o decreciente entre embarazadas en Tami Nadu, Maharashtra, Karnataka y Andhra Pradesh, pero una alta prevalencia entre profesionales del sexo y, en unos pocos estados, una prevalencia creciente del VIH entre usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Fuera del nordeste del país, donde el uso de materiales contaminados para la inyección de drogas constituye un factor clave de riesgo, el VIH parece estar propagándose principalmente debido a la falta de protección en las relaciones sexuales entre los profesionales del sexo y sus clientes y sus respectivas parejas sexuales (Kumar et al., 2005). Los programas de prevención dirigidos a profesionales del sexo muestran algunos logros, y la prevalencia del VIH está disminuyendo entre los profesionales del sexo de aquellas zonas que han sido objetivo de iniciativas de prevención dirigidas, en especial en Tami Nadu y otros estados meridionales. No obstante, las iniciativas de prevención con frecuencia se complican debido a la naturaleza variada del comercio sexual. (Char, Piller y Shirke, 2003).

En **Pakistán**, la prevalencia del VIH está aumentando entre los usuarios de drogas inyectables. Un estudio llevado a cabo en Karachi reveló un incremento de la prevalencia del VIH desde menos del 1% a comienzos de 2004 al 26% en marzo de 2005 entre usuarios de drogas inyectables (Emmanuel, Archibal y Altaf, 2006), mientras que otros estudios revelaron que la prevalencia del VIH en esta población alcanzó el 24% en Quetta (en la frontera con Afganistán) (Achakzai, Kassi y Kasi, 2007), el 12% en Sargodha, casi el 10% en Faisalabad (Nai Zindagi and Associates, 2006) y el 8% en Larkana (Abbasi, 2006). La prevalencia del VIH se mantiene baja en otras poblaciones con mayor riesgo de infección. Entre las profesionales femeninas del sexo de Karachi, la prevalencia del VIH en 2005 fue del 2% e inferior al 1% en Lahore y Rawalpindi (Ministerio de Salud de Pakistán, 2005; Programa Nacional de Control del sida de Pakistán, 2005).

El número estimado de personas que viven con el VIH en **Viet Nam** ha ascendido a más del doble entre 2000 y 2005: la cifra aumentó de 120 000 a 260 000 (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2005). Los factores de riesgo principales asociados con la infección por el VIH son el uso de material contaminado para la inyección de drogas y las relaciones sexuales sin protección con parejas no habituales o profesionales del sexo (Tuang et al., 2007). Entre los usuarios de drogas inyectables en Viet Nam, la prevalencia aumentó del 9% en 1996 a alrededor del 34% en 2005. A medida que la epidemia evoluciona, números cada vez mayores de mujeres están contrayendo el VIH de varones que se infectaron a través

Figura 9

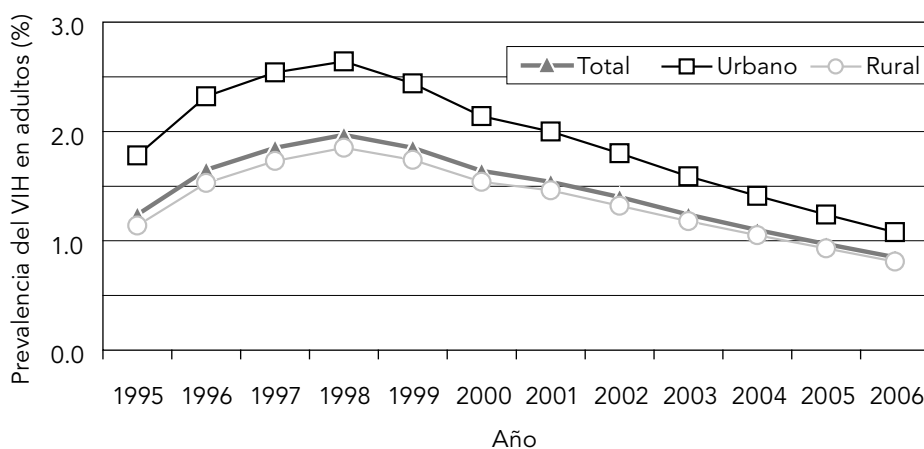
Prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas en Viet Nam, 1994-2005



Fuente: Ministerio de Salud, datos de la encuesta de vigilancia centinela

Figura 10

Prevalencia del VIH entre la población general en Camboya, 1995-2006



Fuente: Centro Nacional del VIH/sida, Dermatología e ITS de Camboya (NCHADS).

de relaciones sexuales remuneradas peligrosas y del consumo de drogas inyectables, como se observó a partir del aumento que, con el tiempo, experimentó la prevalencia del VIH entre embarazadas atendidas en dispensarios prenatales (véase Figura 9). En 2006, se estimó que un tercio de las personas que vivían con el VIH eran mujeres (Comisión de Viet Nam para la Población et al., 2006). Sin embargo, la mayoría de las infecciones por el VIH aún se vinculan directa o indirectamente con el consumo de drogas inyectables.

La epidemia de VIH en **Indonesia** es una de las que se propaga con mayor rapidez en Asia. Se estima que la mayoría de las infecciones por el VIH se producen debido al uso de materiales contaminados para la inyección, a las relaciones sexuales remuneradas sin protección y, en menor medida, a las relaciones sexuales sin protección entre varones. (Ministerio de Salud de Indonesia y Estadística de Indonesia, 2006). Cuando se hizo la encuesta en 2005, más del 40% de los usuarios de drogas inyectables de Yakarta (OMS y Ministerio de Salud de Indonesia, 2007) y alrededor del 13% de Java Occidental (Ministerio de Salud de Indonesia, 2006) resultaron VIH-positivos. Por añadidura, muchos de los usuarios de drogas inyectables también compran o venden sexo (Ministerio de Salud de Indonesia y Estadística de Indonesia, 2006). En 2005, aproximadamente un cuarto de los usuarios de drogas inyectables de Bandung, Yakarta y Medan manifestaron que habían mantenido relaciones sexuales remuneradas sin

protección el año anterior (Ministerio de Salud de Indonesia y Estadística de Indonesia, 2006).

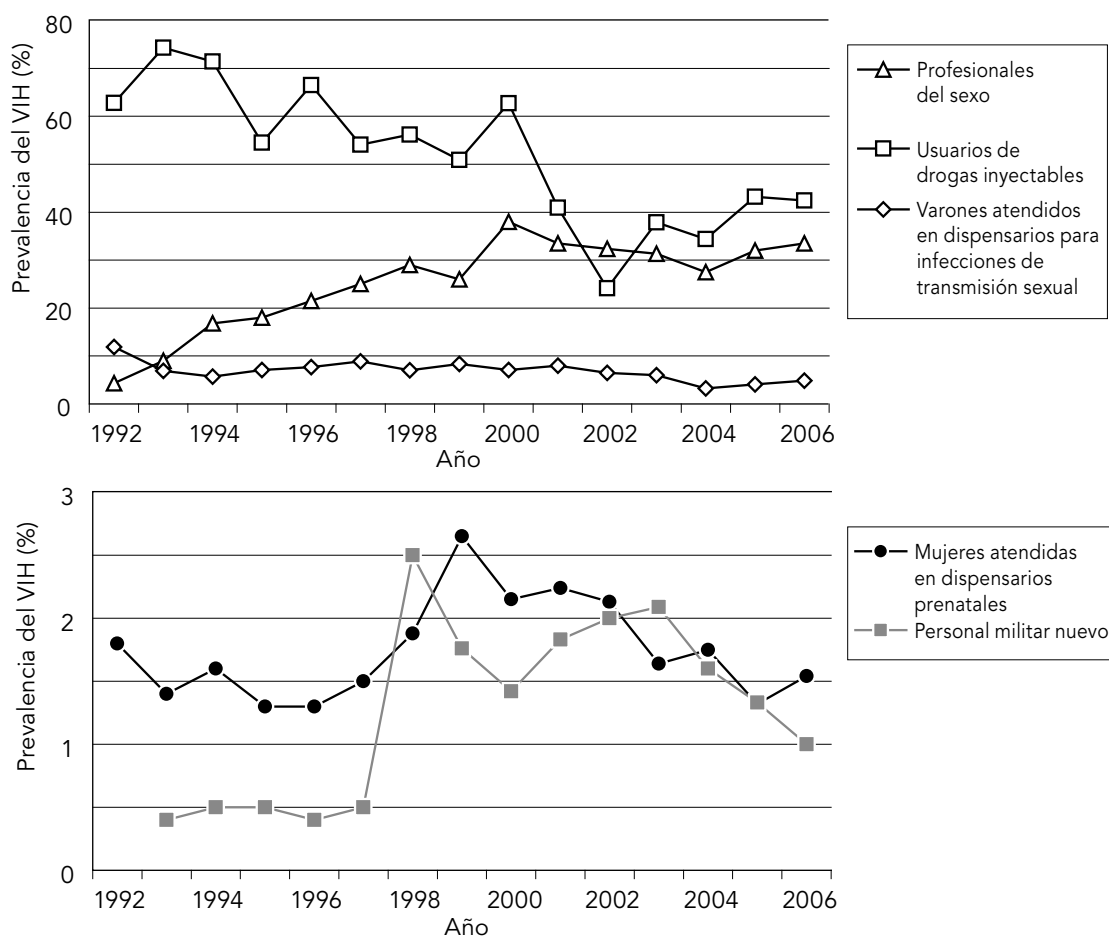
En la provincia de Papua (en la frontera con Papua Nueva Guinea), la epidemia es más grave y las relaciones sexuales sin protección constituyen el modo de transmisión más importante. En una encuesta poblacional realizada en toda la provincia de Papua en 2006, la prevalencia del VIH en adultos se estimó en el 2,4% y alcanzó el 3,2% en las tierras altas alejadas y el 2,9% en las áreas bajas, menos accesibles. Entre los jóvenes de 15-24 años, la prevalencia del VIH fue del 3% (Ministerio de Salud de Indonesia y Estadística de Indonesia, 2007).

En **Camboya** existen pruebas de que las iniciativas de prevención sostenidas y bien dirigidas pueden ayudar a revertir una epidemia de VIH. A nivel nacional, la prevalencia del VIH entre la población adulta (15-49 años) descendió de un máximo del 2% en 1998 a un estimado del 0,9% en 2006 (Centro Nacional del VIH/Sida, Dermatología e ITS, 2007).

El número de nuevos casos anuales de infección por el VIH en **Tailandia** continúa decreciendo, aunque en los últimos años el descenso en la prevalencia del VIH se ha desacelerado dado que ha aumentado el número de personas que reciben tratamiento anti-retrovírico. Los patrones de transmisión del VIH en Tailandia han cambiado con el tiempo, y el virus se ha propagado en forma creciente a personas consideradas de menor riesgo. Más de cuatro de cada 10 (43%) nuevas infecciones registradas en 2005 se produjeron entre mujeres, la mayoría de las cuales

Figura 11

Prevalencia del VIH entre diversos grupos en Myanmar, 1992-2006



Fuente: Propagación de la epidemia de VIH en Myanmar, Congreso Internacional sobre el Sida en Asia y el Pacífico. Colombo, Sri Lanka, Agosto de 2007.

probablemente haya contraído el VIH de esposos o parejas que se habían infectado, o bien durante relaciones sexuales remuneradas peligrosas o bien por el consumo de drogas inyectables (OMS, 2007).

Pese a todos los logros realizados para revertir la epidemia de VIH en Tailandia, la prevalencia entre usuarios de drogas inyectables se ha mantenido elevada durante los últimos 15 años y oscila entre el 30% y el 50% (OMS, 2007). De manera similar, estudios recientes constatan una creciente prevalencia del VIH entre hombres que tienen

relaciones sexuales con hombres (por ejemplo, en Bangkok, del 17% en 2003 al 28% en 2005) (van Griensven, 2006).

También en **Myanmar** la epidemia presenta indicios de una declinación: la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas en dispensarios prenatales disminuyó del 2,2% en 2000 al 1,5% en 2006 (Programa Nacional del sida de Myanmar, 2006). A pesar de la disminución general, resulta preocupante la elevada prevalencia del VIH entre poblaciones clave de mayor riesgo (véase Figura 11).



EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL

Se estima que 150 000 [70 000-290 000] personas se infectaron con el VIH en 2007. De esta manera, el número de personas que viven con el VIH en Asia oriental y central asciende a 1,6 millones [1,2 millones-2,1 millones] en comparación con 630 000 [490 000-1,1 millones] en 2001, lo que representa un 150% de aumento en este período.

Casi el 90% de los nuevos diagnósticos de VIH comunicados en esta región en 2006 provinieron de dos países: la Federación de Rusia (66%) y Ucrania (21%). En cuanto al resto, las cifras anuales de nuevos casos de diagnóstico de VIH también están aumentando en Azerbaiyán, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, la República de Moldova, Tayikistán y Uzbekistán (que en este momento padece la mayor epidemia de Asia central). De los nuevos casos de VIH notificados en 2006 en Europa oriental y Asia central para los cuales había información sobre la vía de transmisión, casi dos tercios (62%) eran atribuibles al consumo de drogas inyectables y más de un tercio (37%), al coito heterosexual sin protección.

La epidemia de VIH en la **Federación de Rusia** continúa creciendo, aunque a un ritmo menor que a fines de la década de 1990. La cifra anual de nuevos casos de VIH registrados disminuyó entre 2001 y 2003 (desde un máximo de 87 000 a 34 000) pero luego comenzó a aumentar otra vez. En 2006 se registraron oficialmente 39 000 nuevos casos de diagnóstico del VIH, lo que elevó el número de casos registrados en la Federación Rusa a alrededor de 370 000 (AIDS Foundation East-West, 2007; EuroHIV, 2007). Esos casos de VIH documentados oficialmente representan sólo a aquellas personas que han estado en contacto directo con el sistema de notificación de casos de VIH de la Federación de Rusia.

En la **Federación de Rusia**, el consumo de drogas inyectables continúa siendo el modo más importante de transmisión del VIH. De los casos de VIH registrados en 2006 para los cuales se conocía el modo de transmisión, dos tercios (66%) eran consecuencia del consumo de drogas inyectables y alrededor de un tercio (32%), de coitos heterosexuales sin protección (Ladnaya, 2007). Esta última causa, sin embargo, ha venido aumentando de manera uniforme desde fines de la década de 1990, en especial en aquellas zonas donde la epidemia es comparativamente madura.

Menos del 1% de los casos de VIH registrados en 2006 se atribuyeron a relaciones sexuales peligrosas entre varones. (EuroHIV, 2007). En total, el 44% de los nuevos casos de VIH registrados en 2006 correspondió a mujeres (Centro Federal de la Federación de Rusia sobre el sida, 2007). La prevalencia nacional del VIH entre mujeres embarazadas fue del 0,4% en 2005 y 2006 (Ladnaya, 2007), aunque se ha registrado una prevalencia del 1% o más en algunas áreas, entre ellas, San Petersburgo y Orenburgo (Lazutkina, 2007; Volkova, 2007).

En **Ucrania**, los diagnósticos de VIH que se realizan anualmente han aumentado a más del doble desde 2001: ascendieron a 16 094 en 2006 y superaron los 8700 casos en los seis primeros meses de 2007 (Ministerio de Salud de Ucrania, 2007).

El sudeste de Ucrania sigue siendo el área más afectada, especialmente las regiones de Dnipropetrovsk, Donetsk, Mikolaiv y Odessa, así como la República Autónoma de Crimea. Estas regiones, junto con la ciudad capital Kiev, representan más del 70% de todos los casos registrados de VIH actualmente en Ucrania (Ministerio de Salud de Ucrania, 2007). En encuestas de vigilancia centinela sobre el VIH realizadas en 2007 en seis ciudades, la

Figura 12

Infección por el VIH en regiones ucranianas*, 2007



* Datos sobre el número de casos registrados oficialmente de infección por el VIH que actualmente reciben atención médica a nivel regional en Ucrania al 1 de julio de 2007.

Fuente: Centro de Ucrania del Sida, 2007.

prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables osciló del 10% en Lugansk al 13% en Kiev, y al 89% en Krivoi Rog (Instituto Ucraniano para la Investigación Social et al., 2007). La prevalencia del VIH entre profesionales del sexo varió del 4% en Kiev al 24% en Donetsk y el 27% en Mikolayev (Booth, Kwiatkowski y Brewster, 2006; Ministerio de Salud de Ucrania, 2007).

Investigaciones recientes han revelado la magnitud de la epidemia anteriormente oculta entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Ucrania. Un estudio llevado a cabo en cuatro ciudades halló que la prevalencia del VIH oscilaba entre el 4% en la capital Kiev y el 23% en la ciudad de Odessa. Entre los varones VIH-positivos de este estudio, sólo el 34% indicó haber utilizado preservativo en la última relación sexual con un varón (Instituto Ucraniano para la Investigación Social et al., 2007).

La epidemia de VIH en **Belarús** probablemente se haya estabilizado, ya que el número anual de nuevos diagnósticos de VIH comunicados varió sólo ligeramente desde 2003 (entre 713 y 778) (EuroHIV, 2007). La mayoría de las nuevas infecciones por el VIH se notifican en la capital, Minsk, y sus alrededores, y en las provincias de Brest y Vitebsk

(Ministerio de Salud de Belarús, 2007). Aquí también, la epidemia se concentra principalmente entre usuarios de drogas inyectables, puesto que una alta prevalencia de VIH se encuentra en esta población: 34% en Zhlobine, 31% en Minsk, 23% en Soligorsk, 20% en Rechitza y 17% en Gomel (OMS, 2006a).

Desde 2003, los nuevos casos de VIH notificados en la **República de Moldova** ascendieron a más del doble y llegaron a 621 en 2006 (EuroHIV, 2007). Más de la mitad (59%) de las infecciones por el VIH notificadas en 2006 eran atribuibles a la transmisión sexual por relaciones sin protección (EuroHIV, 2007).

Se está comunicando un número creciente de nuevos casos de VIH en todas las repúblicas del Cáucaso. En **Georgia**, más de la mitad (60%) de los 1156 casos de VIH registrados hasta la fecha fueron comunicados en los últimos tres años (2004-2006), y el número anual de nuevas infecciones por el VIH registradas se ha elevado cada año (EuroHIV, 2007).

Se han observado patrones similares en la epidemia de menor magnitud de **Armenia** (EuroHIV, 2007), donde la mayoría de las infecciones por el VIH comunicadas se han producido entre usuarios de drogas inyectables (en su mayor parte varones). En

esta población, se registró una prevalencia del VIH de alrededor del 9%, mientras que entre profesionales femeninas del sexo la prevalencia era del 2% (Fundación Nacional Armenia del sida, 2006).

Casi la mitad (47%) de todas las infecciones por el VIH documentadas en la epidemia relativamente reciente de **Azerbaiyán** se notificaron en el periodo 2005-2006 (EuroHIV, 2007). Casi la mitad de los casos de VIH registrados para 2006 corresponden a la capital, Baku, donde el 13% de los usuarios de drogas inyectables resultaron VIH-positivos en una encuesta de 2003 (OMS, 2006b). Además, se ha hallado una alta prevalencia del VIH (9%) y de otras infecciones de transmisión sexual (9% de sífilis y 63% de clamidia) entre profesionales femeninas del sexo, entre quienes el uso de preservativo parece ser poco frecuente (OMS, 2006b).

En **Uzbekistán**, donde actualmente se registra la mayor epidemia de Asia central, el número de nuevos diagnósticos de VIH notificados aumentó exponencialmente entre 1999 y 2003, de 28 a 1836. A partir de entonces, el número de nuevas infecciones por el VIH comunicadas ha crecido a un ritmo más lento, y en 2006 ascendió a 2205 (EuroHIV, 2007). Casi uno de cada tres (30%) usuarios de drogas inyectables resultaron VIH-positivos en un estudio realizado en Tashkent entre 2003 y 2004 (Sánchez et al., 2006).

En **Kazajstán**, los nuevos casos registrados de VIH aumentaron de 699 en 2004 a 1745 en 2006 (EuroHIV, 2007). Este incremento puede atri-

buirse, en parte, a la ampliación de las pruebas del VIH (que incluye las pruebas realizadas en ámbitos correccionales, entre grupos de mayor riesgo y entre embarazadas), aunque en 2006 se informó un brote hospitalario del VIH que infectó a 130 niños en el sur del país (Centro de sida del Óblast de Kazajstán del Sur, 2007). En un estudio de 2005 llevado a cabo en Temirtau, el 17% de los usuarios de drogas inyectables resultaron positivos en las pruebas de VIH (Ministerio de Salud de Kazajstán et al., 2005). La vigilancia centinela de 23 pueblos y ciudades de todo el país que tuvo lugar en 2005 indicó que algo más del 3% de los usuarios de drogas inyectables a nivel nacional estaban infectados por el VIH (Centro de la República para la Prevención y el Control del sida, 2005).

En **Tayikistán**, la prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables aumentó de un 16% en 2005 a un 24% en 2006 en las ciudades de Dushanbe y Khujand. También es preocupante el brusco incremento de la prevalencia entre profesionales del sexo en estas mismas ciudades (de 0,7% a 3,7% en el mismo periodo) (Ministerio de Salud de Tayikistán, 2007).

En **Kirguistán**, la epidemia del VIH también se concentra en gran proporción entre usuarios de drogas inyectables. Las encuestas centinelas de 2006 realizadas en Bishkek y Osh hallaron una prevalencia del VIH del 0,8% entre usuarios de drogas inyectables, del 3,5% entre reclusos del 1,3% entre profesionales femeninas del sexo y del 1% entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (Ministerio de Salud de Kirguistán, 2007).



CARIBE

La prevalencia del VIH en adultos en el Caribe se estima en un 1,0% [0,9%–1,2%] en 2007. La prevalencia en esta región es más elevada en la República Dominicana y en Haití, que juntos dan cuenta de casi tres cuartos de las 230 000 [210 000–270 000] personas que viven con el VIH en el Caribe, incluidas las 17 000 [15 000–23 000] que se infectaron en 2007. Según las estimaciones, 11 000 [9 800–18 000] personas del Caribe fallecieron a causa del sida este año, y esta enfermedad sigue siendo una de las causas principales de defunciones entre personas de 25 a 44 años.

El modo principal de transmisión del VIH en esta región es el coito, mientras que las relaciones sexuales sin protección entre profesionales del sexo y clientes constituyen un factor significativo en la transmisión del VIH. Entre profesionales femeninas del sexo, se ha observado que la prevalencia del VIH es del 3,5% en la **República Dominicana**, del 9% en **Jamaica** y del 31% en **Guyana** (Gupta et al., 2006; Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana, 2005b; OPS, 2007; Gebre et al., 2006; Allen et al., 2006).

Las prácticas peligrosas en el consumo de drogas inyectables son responsables de una minoría de las infecciones por el VIH, y contribuyen considerablemente a la propagación del virus sólo en Bermudas y Puerto Rico. Las relaciones sexuales peligrosas entre varones es un factor significativo en esta región, pero permanece oculto en gran medida debido al estigma asociado. Son escasas las investigaciones realizadas en el Caribe entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, pero los datos disponibles sugieren que alrededor de un 12% de las infecciones por el VIH comunicadas son consecuencia de prácticas sexuales peligrosas entre varones (Comisión Caribeña de Salud y Desarrollo, 2005; Inciardi, Syvertsen y Surratt, 2005).

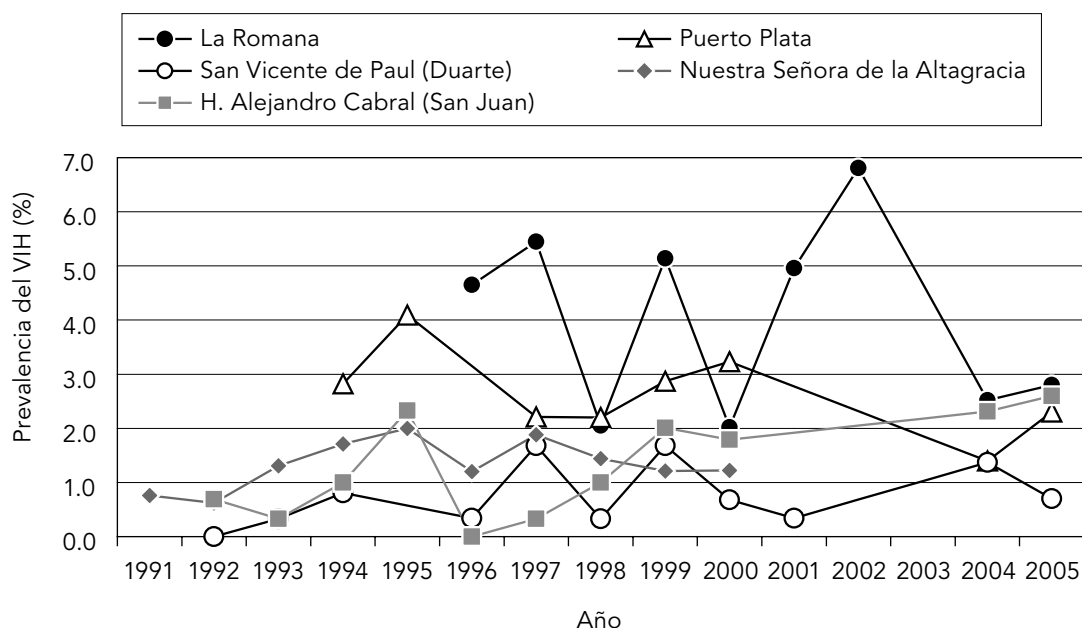
Haití aún representa la mayor carga del VIH en el Caribe. Entre embarazadas atendidas en dispensarios prenatales, la prevalencia del VIH disminuyó de 5,9%

en 1996 a 3,1% en 2004 (Gaillard et al., 2006). Sin embargo, los resultados de la vigilancia centinela entre embarazadas en 2006 muestran una estabilización en la prevalencia del VIH (Ministerio de Salud Pública y Población, 2007). Una encuesta poblacional nacional estimó que la prevalencia nacional en adultos era del 2,2% en 2005 (Cayemittes et al., 2006). Esta tendencia decreciente se relaciona en gran medida con los niveles de infección en disminución que se registran en la capital, Puerto Príncipe y en otras ciudades, donde la prevalencia del VIH entre mujeres de 14 a 44 años se redujo del 5,5% al 3% entre 2000 y 2005. La modelización de la epidemia indica que, además de la mortalidad, los cambios en el comportamiento de protección fueron, al menos en parte, responsables de esos descensos (Gillard et al., 2006). Las encuestas comportamentales han revelado una caída del 20% en el número promedio de parejas sexuales entre 1994 y 2000, a la vez que se registró un aumento del uso de preservativos durante las relaciones sexuales con parejas no habituales (Cayemittes et al., 2006; Hallet et al., 2006; Gaillard et al., 2006).

La epidemia del VIH en la **República Dominicana** parece haberse estabilizado (véase la Figura 13) (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana, 2007). Como sucede en la mayoría de los demás países caribeños, el comercio sexual es un factor clave de la epidemia. Un estudio halló que el uso de preservativos aumentó del

Figura 13

Prevalencia del VIH entre embarazadas en la República Dominicana, 1991-2005



Fuente: Informes de vigilancia del Ministerio de Salud, 1991-2006.

75% al 94% en 12 meses profesionales del sexo que participaron en un proyecto solidario de prevención en la comunidad que se llevó a cabo en la capital, Santo Domingo (Kerrigan et al., 2006).

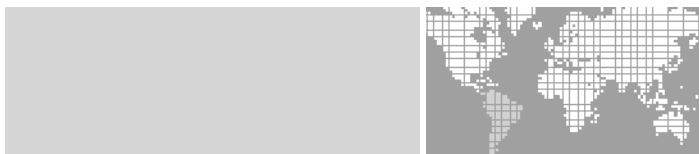
Las epidemias de VIH en **Jamaica**, las **Bahamas** y **Trinidad y Tabago** también han permanecido estables durante los últimos años (Ministerio de Salud de Jamaica, 2007; Ministerio de Salud de las Bahamas, 2006; OPS y OMS, 2006; Ministerio de Salud de Trinidad y Tabago, 2007).

En **Barbados**, el número de personas que reciben el diagnóstico de VIH cada año ha mantenido una estabilidad relativa desde fines del decenio de 1990 (Ministerio de Salud de Barbados, 2007).

La transmisión del VIH en **Guyana** se produce principalmente por relaciones sexuales sin protección.

La última encuesta de dispensarios prenatales revela una prevalencia del VIH del 1,6% entre embarazadas. Este porcentaje es inferior a la prevalencia del 2,3% observada en una encuesta similar de 2004, pero a raíz de diferencias metodológicas, la comparación de ambos conjuntos de datos debe realizarse con cautela. (Ministerio de Salud de Guyana, 2007).

En contraste con el resto de la región, el consumo de drogas inyectables constituye un factor clave en la transmisión del VIH en Bermudas y Puerto Rico. Aún se registra una prevalencia del VIH muy elevada entre usuarios de drogas inyectables en Puerto Rico, donde la tasa de infección por el VIH (26 cada 100 000) duplica a la de Estados Unidos continental y donde más de dos tercios de las infecciones por el VIH corresponden a varones (AIDS Action, 2007).



AMÉRICA LATINA

La epidemia del VIH en América Latina se mantiene estable por lo general, y la transmisión del VIH sigue produciéndose en poblaciones de mayor riesgo de exposición, entre ellas, profesionales del sexo y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. El número estimado de nuevas infecciones por el VIH en América Latina en 2007 fue 100 000 [47 000–220 000], lo que eleva a 1,6 millones [1,4 millones–1,9 millones] el número de total de personas que viven con el VIH en esta región. Según las estimaciones, aproximadamente 58 000 [49 000–91 000] personas fallecieron a causa del sida durante el pasado año.

En América del Sur, las relaciones sexuales sin protección entre varones es un factor importante en las epidemias de Bolivia, Chile, Ecuador y Perú, así como en varios países de América Central, entre ellos, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá.

Alrededor de un tercio de todas las personas que viven con el VIH en América Latina residen en el **Brasil**. Se estima que, en 2005, había 620 000 [370 000–1 millón] personas que vivían con el VIH. Si bien en un principio la epidemia se concentraba principalmente entre hombres que tenían relaciones sexuales con hombres, luego se propagó a usuarios de drogas inyectables y, con el tiempo, a la población en general, entre la que se registra un número creciente de mujeres que se infectan (Dourado et. al.). Se estima que una amplia proporción de infecciones entre mujeres puede atribuirse al comportamiento de sus parejas sexuales masculinas (Silva y Barone, 2006). Sin embargo, las relaciones sexuales entre varones sigue siendo un factor importante, y se estima que representan alrededor de la mitad de todas las infecciones por el VIH de transmisión sexual en Brasil. En este país, la prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables ha disminuido en algunas ciudades como resultado de los programas de reducción de daños, el cambio de la práctica de inyección de drogas por la de inhalación, y la mortalidad entre consumidores de drogas (ONUSIDA y OMS, 2006).

En años recientes, las relaciones sexuales sin protección se han convertido en la principal vía de transmisión del VIH en la **Argentina** (Cohen, 2006), y según las estimaciones, cuatro de cada cinco nuevos diagnósticos de VIH ocurridos en 2005 se atribuyeron a coito sin protección (principalmente

heterosexual) (Programa Nacional del sida de la Argentina, 2005). No obstante, al igual que en varios otros países sudamericanos, se ha observado que la mayor prevalencia del VIH se registra entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. El consumo de drogas inyectables así como la utilización de equipos de inyección no estériles, que antes representaban un importante factor de riesgo, han disminuido en la última década. Las estimaciones indican que el consumo de drogas inyectables es responsable de sólo un 5% de las nuevas infecciones por el VIH registradas en la capital de Buenos Aires entre 2003 y 2005 (Cohen, 2006).

La epidemia del VIH en el **Uruguay** se concentra principalmente en la capital, Montevideo, y sus alrededores (donde se han notificado más de tres cuartos de todos los casos de sida), y en los distritos de Canelones, Maldonado y Rivera. Las relaciones sexuales (en su mayoría heterosexuales) sin protección son responsables de aproximadamente dos tercios de los casos de VIH notificados. Además, las prácticas sexuales peligrosas entre varones y el uso de equipos de inyección no estériles constituyen la causa de proporciones considerables de infecciones por el VIH (Montano et al., 2005; Programa Nacional del sida del Uruguay, 2007; IDES et al., 2005).

En el **Paraguay**, la epidemia se concentra principalmente en la ciudad capital (Asunción), el departamento de Central, así como en áreas limítrofes

con Argentina y Brasil (Programa Nacional del sida del Paraguay, 2007). La mayoría de las personas que vivían con el VIH a fines de 2005 eran varones. La prevalencia del VIH entre embarazadas a nivel nacional era del 0,3% en 2005 (Programa Nacional del sida del Paraguay, 2006).

En **Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y Perú**, las infecciones por el VIH continúan concentradas entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (Martínez, Elea y Chiu, 2006; Ministerio de Salud y Deportes, ONUSIDA, 2007a,b).

Se estima que la prevalencia nacional del VIH en Perú es baja y concentrada en poblaciones específicas. La prevalencia entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se mantuvo entre el 18% y el 22% en diversos estudios realizados entre 1996 y 2002 (Sánchez et al., 2007; Ministerio de Salud del Perú, 2006).

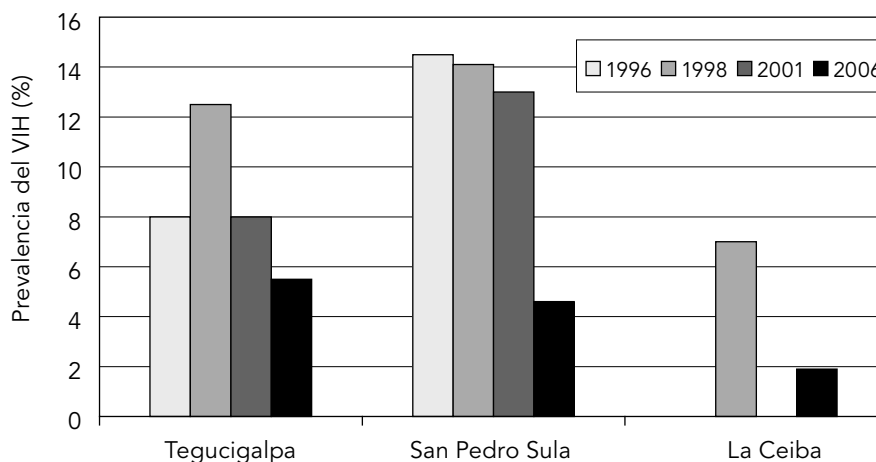
Teniendo como trasfondo la homofobia generalizada, se ha observado una alta prevalencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en varios países centroamericanos, entre ellos, **Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Panamá**. En comparación con la prevalencia del VIH en la población adulta general, las investigaciones de 2002 sugirieron que los niveles de infección entre 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 (Soto et al., 2007).

Se han registrado elevados niveles de prevalencia del VIH entre profesionales femeninas del sexo en Honduras (10%), Guatemala (4%) y El Salvador (3%), pero una baja prevalencia (0,2%) en Nicaragua y Panamá (Soto et al., 2007).

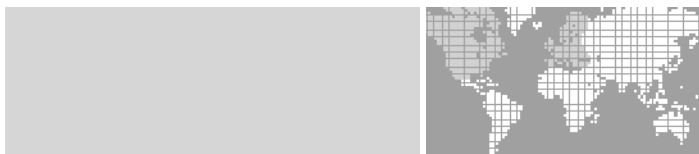
Recientes encuestas de vigilancia centinela del VIH han suministrado más información sobre la epidemia en **Honduras**, donde la transmisión del VIH ocurre principalmente durante relaciones sexuales remuneradas peligrosas y relaciones sexuales sin protección entre varones (Ministerio de Salud de Honduras, 2006). Sin embargo, hay datos que indican una prevalencia en descenso y el uso habitual de preservativos entre estos grupos poblacionales (Secretaría de Salud de Honduras et al., 2007a,b). Los hallazgos preliminares de un estudio realizado en 2006 muestran una prevalencia del VIH del 5,7% entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Tegucigalpa (una disminución respecto del 8,2% registrado en 2001 y respecto el 10% en 1998) y una prevalencia del 9,7% en San Pedro Sula (una disminución respecto del 16% registrado en 2001) (Secretaría de Salud de Honduras et al., 2007b). En tres ciudades de Honduras, también se ha observado un marcado descenso en la prevalencia del VIH entre profesionales femeninas del sexo (véase el gráfico). El uso habitual de preservativos durante los 30 días anteriores fue alto en las tres ciudades (>80% en Tegucigalpa y San Pedro Sula, y 98% en La Ceiba con clientes que pagan, y 87% o más con parejas no habituales), lo que sugiere que la promoción del uso de preservativos y otras iniciativas de prevención han dado resultados (Secretaría de Salud Honduras, 2007a).

Figura 14

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.



AMÉRICA DEL NORTE, EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL

En estas regiones, el número total de personas que viven con el VIH está en aumento. Este incremento se debe principalmente a los efectos de prolongación de la vida de la terapia antirretrovírica y a un aumento en el número de nuevos diagnósticos de VIH en Europa occidental a partir de 2002, combinado con un número relativamente estable de nuevas infecciones por el VIH cada año en América del Norte. En conjunto, aproximadamente 2,1 millones [1,1 millones–3,0 millones] de personas en América del Norte, Europa occidental y central vivían con el VIH en 2007, incluidas las 78 000 [19 000–86 000] que contrajeron el virus durante el pasado año. En un contexto de acceso generalizado de tratamiento antirretrovírico, en 2007 se han producido comparativamente pocas defunciones a causa del sida, 32 000 [20 000–84 000] en 2007.

Los **Estados Unidos de América** es uno de los países que registran el mayor número de infecciones por el VIH de todo el mundo. Según los datos de largo plazo de los 33 estados y cuatro territorios dependientes con notificación nominal confidencial del VIH, los varones representan la mayor parte de los diagnósticos de VIH o sida (74%) entre adultos y adolescentes del país en 2005. Más de la mitad de todas las nuevas infecciones por el VIH diagnosticadas (53%) corresponden a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Las personas expuestas al VIH a través del coito heterosexual con una pareja no habitual representaron apenas algo menos de un tercio (32%) de los nuevos diagnósticos de infecciones por el VIH y de sida, mientras que alrededor del 18% se produjeron entre usuarios de drogas inyectables (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2007a).

La epidemia del VIH sigue afectando de forma desproporcionada a las minorías raciales y étnicas en los Estados Unidos. Si bien los afroamericanos constituyen alrededor del 13% de la población (Oficina de Censos de los EE.UU., 2006), representaron el 48% de los nuevos diagnósticos de VIH o sida en 2005. En los Estados Unidos, el sida fue la cuarta causa de defunción más importante entre afroameri-

canos de 25 a 44 años en 2004 (Anderson, Mosher y Chandra, 2006; Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2006). Los hispanos, que conforman el 14% aproximadamente de la población, representaron el 18% de nuevos diagnósticos (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2007b).

Después de estabilizarse a mediados de la década de 1990, el número total estimado de personas que viven con el VIH en el **Canadá** comenzó a aumentar nuevamente a fines de ese decenio, en particular debido a los efectos de prolongación de la vida producidos por el tratamiento antirretrovírico. El número anual de nuevas infecciones por el VIH comunicadas se mantuvo casi sin cambios durante ese periodo, fluctuando entre 2495 y 2538 por año (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2006).

Las prácticas sexuales sin protección entre varones siguen siendo responsables de la mayor proporción de nuevas infecciones por el VIH (45% en 2005 en comparación con el 42% en 2002) (Boulos et al., 2006).

Aproximadamente el 37% de las nuevas infecciones por el VIH en 2005 eran atribuibles al coito heterosexual sin protección, y una proporción considerable

de estas infecciones correspondió a personas nacidas en países donde el VIH es endémico (principalmente África subsahariana y el Caribe).

Las infecciones por el VIH contraídas por vía heterosexual, en su mayoría entre inmigrantes y migrantes, representaron la mayor proporción (42%) de los nuevos diagnósticos de **Europa occidental** en 2006. Un poco menos de un tercio (29%) de las nuevas infecciones por el VIH diagnosticadas era atribuible a las relaciones sexuales peligrosas entre varones, y sólo el 6% correspondía al consumo de drogas inyectables (EuroVIH, 2007).

La epidemia de VIH en **España, Italia, Francia** y el **Reino Unido** sigue siendo la mayor de Europa occidental y central. En el Reino Unido, el número anual de nuevos diagnósticos de infecciones por el VIH ha ascendido a más del doble, de 4152 en 2001 a 8925 en 2005 (EuroHIV, 2007). El aumento de los diagnósticos de VIH comunicados en el **Reino Unido** se debe, en gran parte, a los niveles sostenidos de nuevas infecciones entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, a un incremento de los diagnósticos entre varones y mujeres heterosexuales que se infectaron en un país de alta prevalencia (principalmente África subsahariana y el Caribe) y a la mejora en la notificación gracias a la ampliación de los servicios de pruebas del VIH. (Organismo de Protección de la Salud, 2007; EuroHIV, 2007).

En Europa occidental (sin incluir el Reino Unido), el número de nuevos diagnósticos de VIH comunicados anualmente casi se triplicó entre 1999 y 2005 (de 7497 a 19 476), pero disminuyó significativamente en 2006 (a 16 316). El mayor número de diagnósticos se comunicó en **Francia** (donde la notificación de rutina recién comenzó en 2003 y donde 5750 nuevas infecciones de VIH se diagnosticaron en 2006), **Alemania** (2718) y **Portugal** (2162). En España e Italia, sólo determinadas regiones contribuyen al sistema de notificación. En otras partes, el número de

diagnósticos en menor, y en 2006 las nuevas infecciones superaron las 1000 sólo en los **Países Bajos** (1017) (EuroHIV, 2007).

El VIH en esta región se transmite principalmente durante el curso de relaciones sexuales peligrosas y, en mucho menor medida (excepto en países como Portugal y España), a través del uso de equipos contaminados por parte de los usuarios de drogas inyectables. En su mayoría, los casos de VIH transmitido por vía heterosexual se originan en países con alta prevalencia del VIH y, dentro de ese grupo, más del 50% de los nuevos diagnósticos de VIH corresponden a mujeres (EuroHIV, 2007).

En Europa occidental, se han observado dos tendencias epidémicas divergentes. Si bien el número de nuevos diagnósticos de VIH atribuibles a las relaciones sexuales peligrosas entre varones prácticamente se duplicaron entre 1999 y 2006 (de 2538 a 5016), aquellos casos atribuibles al consumo de drogas inyectables registraron una disminución en el mismo período (de 661 a 581).

En Europa central, el número de nuevas infecciones por el VIH diagnosticadas en 2006 superó los 100 en sólo tres países: **Polonia** (750), **Turquía** (290) y **Rumania** (180). En otros lugares, las epidemias son comparativamente pequeñas y sólo en **Hungría, Montenegro** y **Serbia** se han comunicado más de 1000 infecciones por el VIH en total desde que comenzó la epidemia (EuroHIV, 2007).

El consumo de drogas inyectables es la vía de transmisión del VIH de notificación más frecuente en los estados Bálticos (**Estonia, Letonia** y **Lituania**), donde la epidemia parece haberse estabilizado (Hamers, 2006; EuroHIV, 2007). Sin embargo, **Estonia** sigue registrando la tasa más elevada de nuevos diagnósticos de VIH notificados (504 en un millón) y la más alta prevalencia nacional estimada del VIH en adultos (1,3% [0,6%-4,3%] en 2005) de toda Europa (ONUSIDA, 2006; EuroHIV, 2007).



ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE

Pese a las recientes mejoras registradas en algunos países, la vigilancia epidemiológica en esta región sigue siendo limitada (Obermeyer, 2006). No obstante, a partir de la información disponible sobre el VIH, se estima que 35 000 [16 000-65 000] personas contrajeron el virus en 2007, lo que eleva a 380 000 [270 000-500 000] el número total de personas que viven con el VIH en la región. Se estima que unas 25 000 [20 000-34 000] personas fallecieron en 2007 a causa de enfermedades relacionadas con el sida.

Los números notificados de casos de VIH en la región siguen siendo pequeños. La mayoría de las infecciones por el VIH se producen en varones y en zonas urbanas, a excepción de **Sudán**, el país donde se registra la prevalencia más alta de la región y donde el coito heterosexual peligroso es el factor de riesgo más importante para la infección por el VIH.

Si bien las relaciones sexuales remuneradas sin protección constituyen un factor clave en la epidemia del VIH en toda la región, la exposición a equipos de inyección de drogas contaminados es la principal vía de transmisión del VIH en **Afganistán**, la **República Islámica de Irán**, la **Jamahiriya Árabe Libia y Túnez**, y contribuye a las epidemias de **Argelia**, **Marruecos** y la **República Árabe Siria**.



OCEANÍA

Según se estima, unas 14 000 personas [11 000-26 000] contrajeron el VIH en Oceanía en 2007, lo que eleva a 75 000 [53 000-120 000] el número de personas que viven con el virus en esta región.

Más del 70% de esas personas residen en **Papua Nueva Guinea**, donde la epidemia aún se encuentra en expansión, aunque a niveles ligeramente más bajos que lo que antes se creía. La mayoría de las infecciones por el VIH notificadas hasta la actualidad corresponden a zonas rurales, donde vive más del 80% de la población (Secretaría del Consejo Nacional del sida de Papua Nueva Guinea, 2007). Se estima que el coito heterosexual peligroso es el principal modo de transmisión del VIH.

En **Australia**, la principal vía de transmisión continúa siendo las prácticas sexuales sin protección entre varones (Centro Nacional en Epidemiología e Investigación Clínica del VIH, 2007). Si bien las iniciativas concertadas de prevención controlaron

la epidemia durante la década de 1990, los nuevos casos diagnosticados de VIH han aumentado un 41% entre 2000 y 2005 (Centro Nacional en Epidemiología e Investigación Clínica del VIH, 2006), junto con un incremento en las prácticas sexuales peligrosas entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. (Prestage et al., 2006).

En **Nueva Zelandia**, el principal factor para contraer el VIH en el país sigue siendo las prácticas sexuales peligrosas entre varones. Sin embargo el número de personas diagnosticadas con el VIH que comunican haberse infectado a través del coito heterosexual peligroso está en aumento, y la mayoría de las infecciones se producen fuera del país, sobre todo en Asia y África subsahariana (Ministerio de Salud de Nueva Zelandia, 2007).

MAPAS

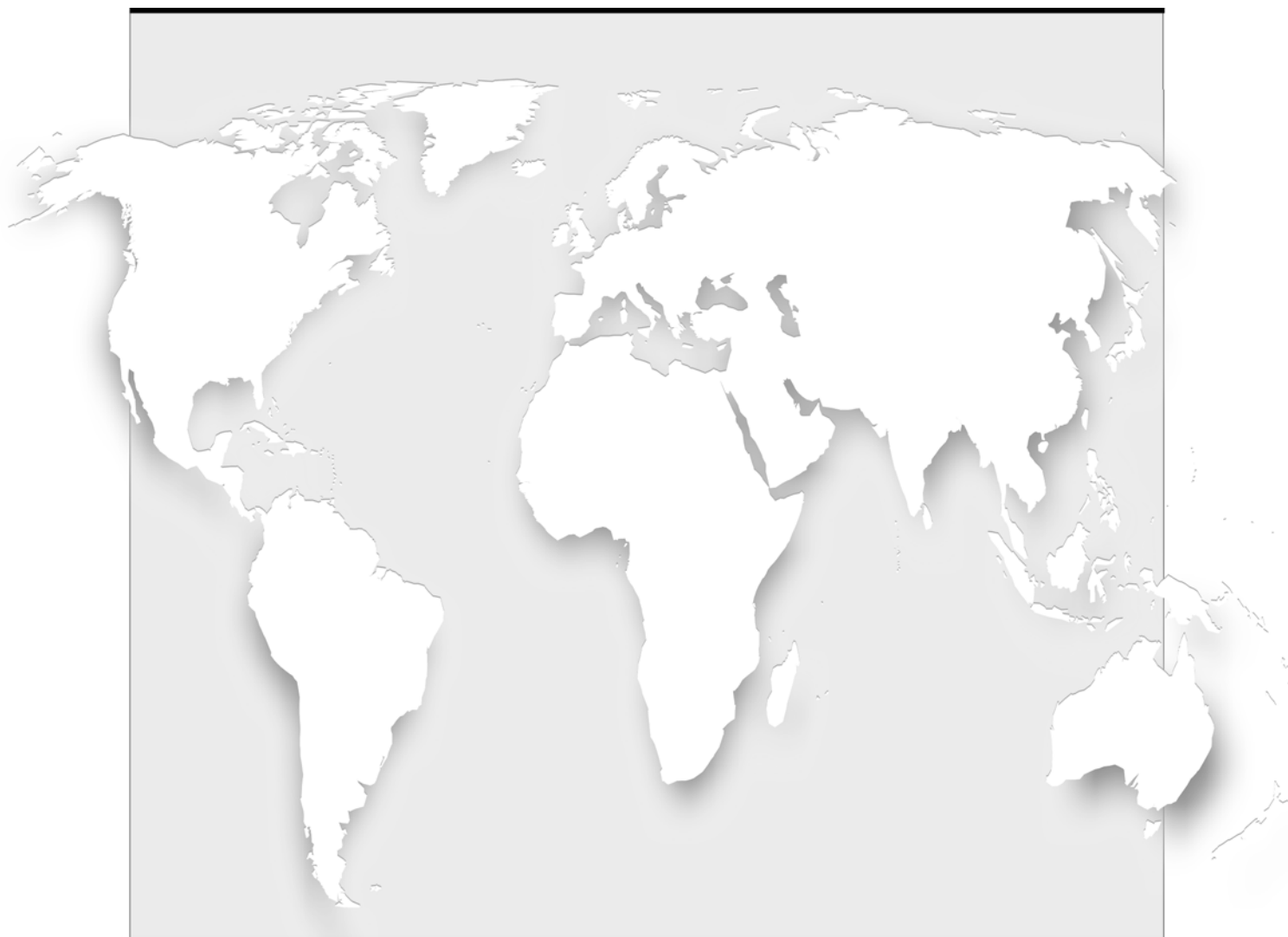
Estimaciones mundiales para adultos y niños, 2007

Número estimado de adultos y niños que viven con el VIH, 2007

Número estimado de nuevas infecciones por el VIH en adultos y niños, 2007

Número estimado de defunciones por sida en adultos y niños, 2007

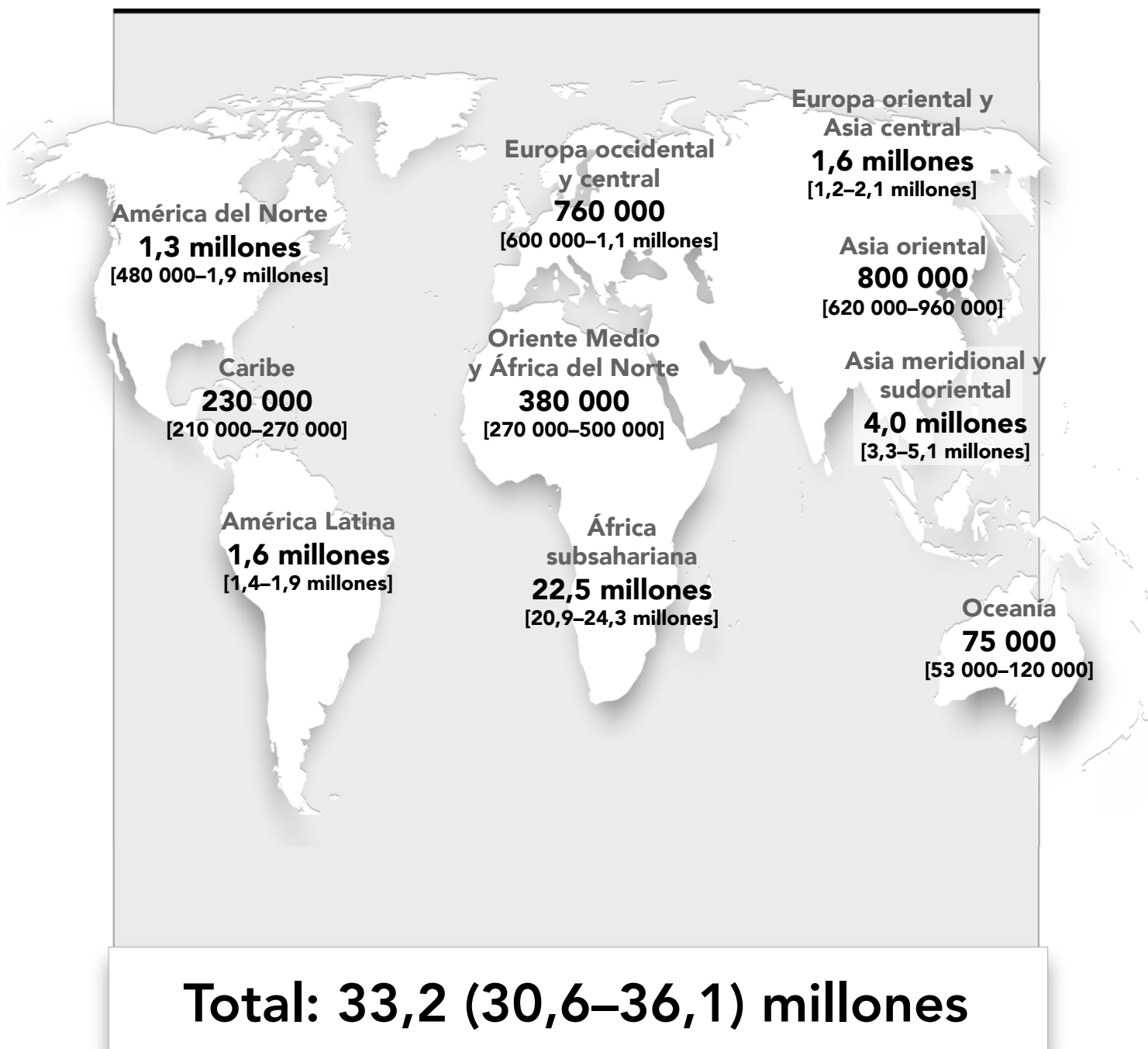
ESTIMACIONES MUNDIALES PARA ADULTOS Y NIÑOS, 2007



Personas que viven con el VIH	33,2 millones (30,6–36,1 millones)
Nuevas infecciones por el VIH en 2007.....	2,5 millones (1,8–4,1 millones)
Defunciones por sida en 2007	2,1 millones (1,9–2,4 millones)

Los intervalos de las estimaciones presentadas en este cuadro, que están basadas en la mejor información disponible, definen los márgenes dentro de los cuales se encuentran los datos reales.

NÚMERO ESTIMADO DE ADULTOS Y NIÑOS QUE VIVÍAN CON EL VIH EN 2007



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

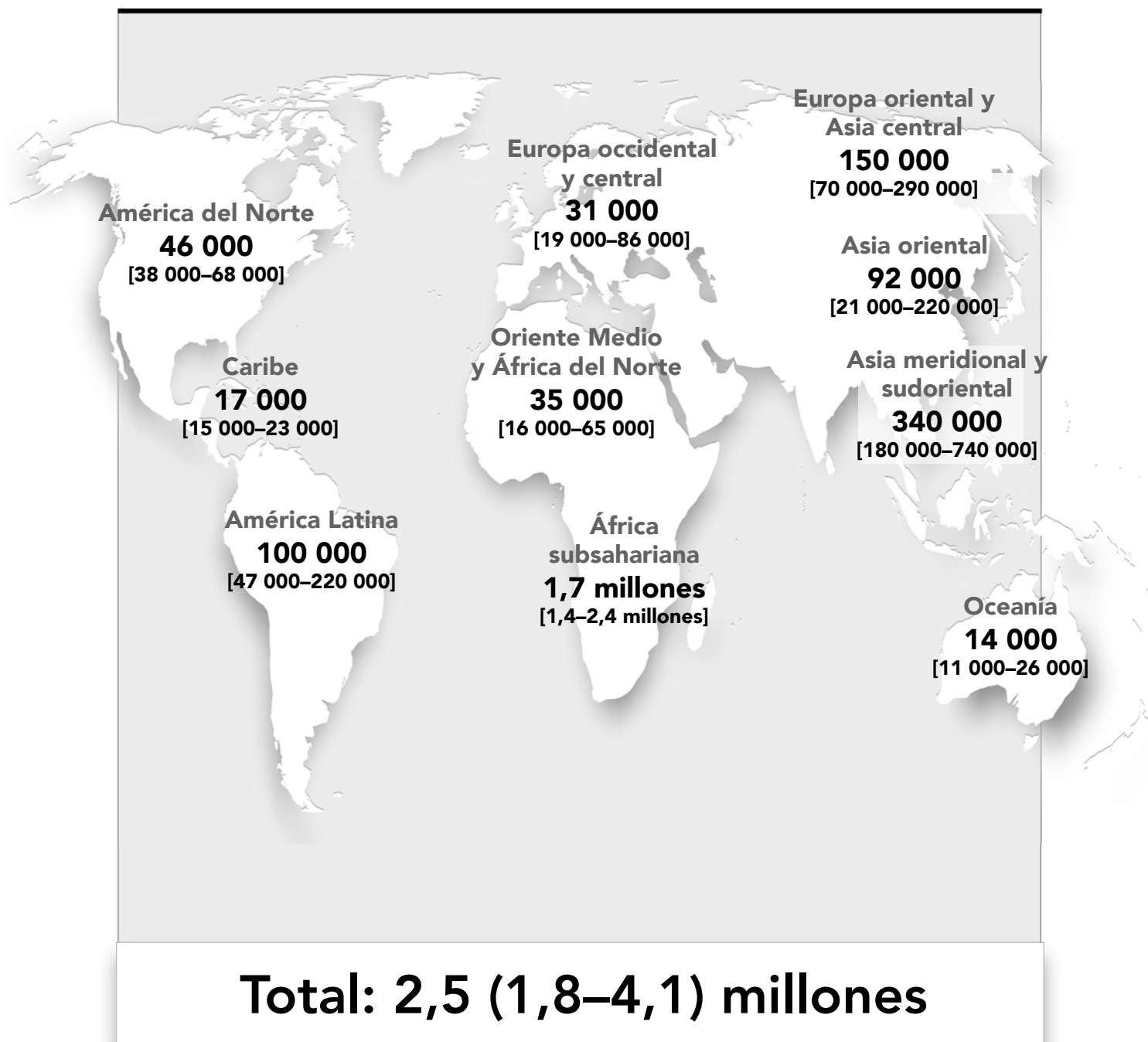
ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA

ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

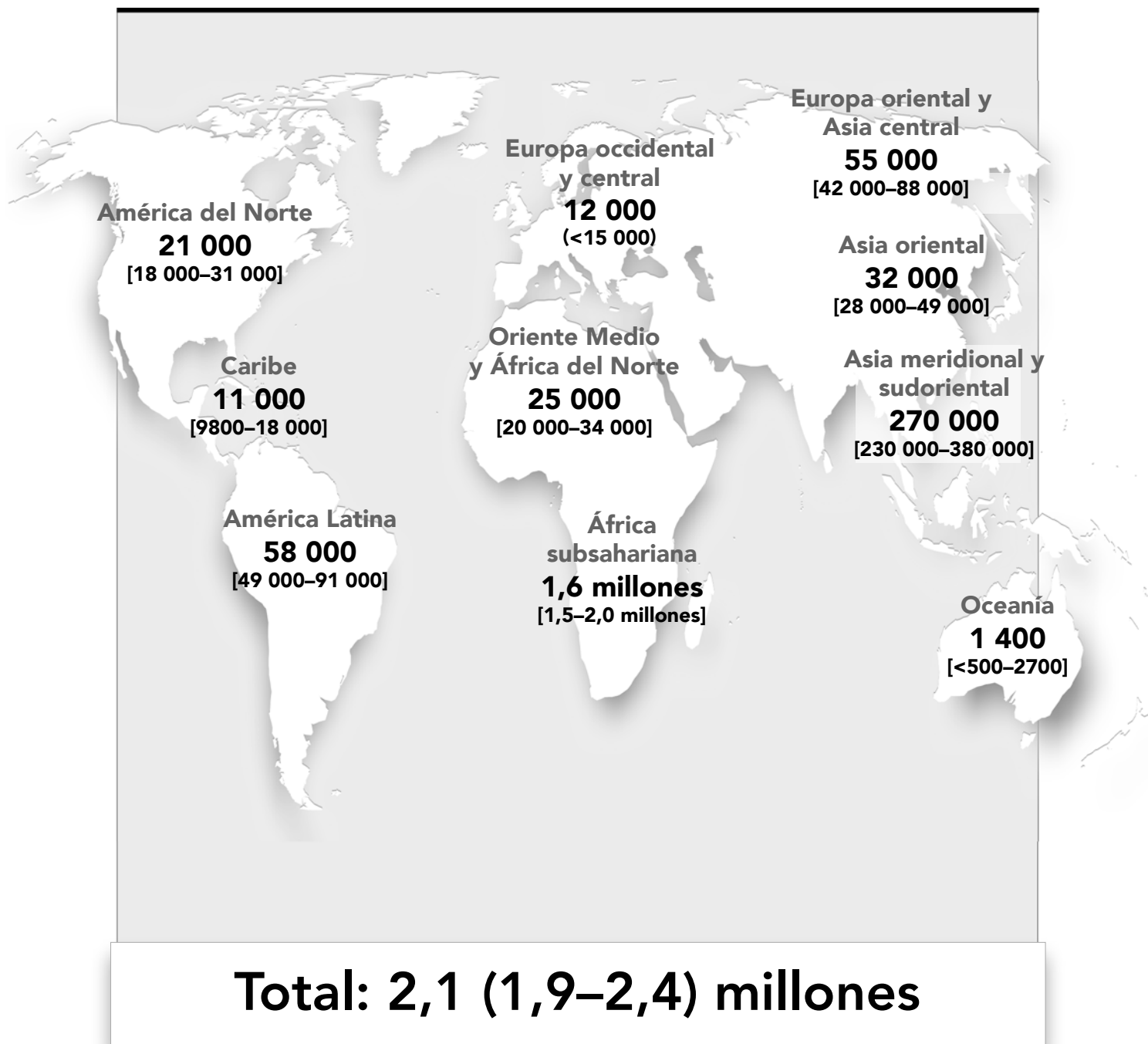


**Organización
Mundial de la Salud**

NÚMERO ESTIMADO DE NUEVOS CASOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN ADULTOS Y NIÑOS EN 2007



NÚMERO ESTIMADO DE DEFUNCIONES CAUSADAS POR EL SIDA EN ADULTOS Y NIÑOS DURANTE 2007



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**



BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN MUNDIAL

Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos (2006). *Improving parameter estimation, projection methods, uncertainty estimation, and epidemic classification. Report of a meeting of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling, and Projections, Prague, Czech Republic, 29 nov.—1 dic.* http://data.unaids.org/pub/Report/2007/2006prague_report_en.pdf.

Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos (2002). Improved methods and assumptions for the estimation of the HIV/AIDS epidemic and its impact: recommendations of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. *AIDS*, 16: W1–W16.

Marston M et al. (2007). Estimating ‘net’ HIV-related mortality and the importance of background mortality rates. *AIDS* 2007, 21 (suppl 6): S65–S71.

OMS, ONUSIDA, UNICEF (2007). *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report*. Abril. Ginebra. ISBN 978 92 4 159539 1.

OMS (2003). *The World health report: 2003: shaping the future*. Ginebra. ISBN 92 4 156243 9.

ONUSIDA (2007). *Comparing adult antenatal-clinic based HIV prevalence with prevalence from national population based surveys in sub-Saharan Africa*. Presentación del ONUSIDA. Consultada el 17 de noviembre de 2007 en http://data.unaids.org/pub/Presentation/2007/survey_anc_2007_en.pdf.

ONUSIDA/OMS (2006). *Situación de la epidemia de sida: Diciembre de 2006*. ONUSIDA, Ginebra 2006. ONUSIDA/06.29S. ISBN 92 9 173544 2.

Stover J, Walker N, Grassly NC, Marston M (2006). Projecting the demographic impact of AIDS and the number of people in need of treatment: updates to the Spectrum projection package. *Sex Transm Inf*, 82 (Suppl. III):iii45–iii50.

Todd J, et al. (2007). Time from HIV seroconversion to death: a collaborative analysis of eight studies in six low and middle-income countries before highly active antiretroviral therapy. *AIDS* 2007, 21 (suppl 6): S55–S63.

ÁFRICA SUBSAHARIANA

Asamoah-Odei E, Garcia-Calleja JM y Boerma T (2004). HIV prevalence and trends in sub-Saharan: no decline and large subregional differences. *Lancet*, 364:35–40.

Célula de Planificación y Estadística del Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Estadística e Informática/ORC Macro (2002). *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*. Junio. Calverton.

Comisión Nacional del sida de Malawi (2005). *HIV and Syphilis Sero-Survey and National HIV Prevalence Estimates Report 2005*. Lilongwe.

Comisión de Tanzania para el sida, Oficina Nacional de Estadística, ORC Macro (2005). *Tanzania HIV/AIDS Indicator Survey 2003-04*. Calverton.

Consejo Nacional de Control del sida de Kenya (2007). *National HIV Prevalence in Kenya*. Julio. Nairobi.

Consejo Nacional de Combate contra el VIH/Sida de Mozambique (2006). *Relatório de actividades por 2005*. Ministerio de Salud. Maputo.

- Departamento de Salud de Sudáfrica (2007). National HIV and syphilis antenatal prevalence survey, South Africa 2006. Pretoria.
- Departamento de Salud de Sudáfrica (2006). National HIV and syphilis antenatal prevalence survey, South Africa 2005. Pretoria.
- Dirección Nacional de Estadística, ORC Macro (2006). *Enquête démographique et de santé, Guinée 2005*. Calverton.
- Gomes do Espirito Santo ME, Etheredge GD (2005). Male clients of brothel prostitutes as a bridge for HIV infection between high risk and low risk groups of women in Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 81:342-4.
- Gregson S et al. (2006). HIV decline associated with behaviour change in eastern Zimbabwe. *Science*, 311(5761):664-6.
- Hallett TB et al. (2006). Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe, and urban Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl 1): i1-i8.
- Hargrove JW et al. (2005). Declining HIV prevalence and incidence in women attending maternity clinics in greater Harare, Zimbabwe. (Sometido a publicación)
- Heaton L, Fowler T, Palamuleni M (2006). The HIV/AIDS epidemic in Malawi – putting the epidemic in context. Abstract CDC0062. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el sida. 13-18 de agosto. Toronto.
- Instituto Nacional de Estadística de Camerún, ORC Macro (2005). *Enquête démographique et de santé Cameroun 2004*. Junio. Yaoundé y Calverton.
- Instituto Nacional de Estadística de Níger, Macro International Inc. (2007). *Enquête démographique et de santé et à Indicateurs multiples du Niger 2006*. Febrero. Calverton.
- Instituto Nacional de Estadística y Análisis Económico y ORC Macro (2007). *Enquête démographique et de santé EDSB-III Bénin 2006—Rapport préliminaire*. Calverton.
- Instituto Nacional de Estadística, de Prácticas Económicas y Demografía y Programa Nacional de Lucha contra el sida (2006). *Rapport de l'enquete nationale de séroprévalence du VIH/Sida au Tchad 2005*. Diciembre. N'Djaména.
- Instituto Nacional de Estadística y Demografía, ORC Macro (2004). *Enquête démographique et de santé Burkina Faso 2003*. Calverton.
- Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Lucha contra el sida de Côte d'Ivoire, ORC Macro (2006). *Enquête sur les indicateurs du sida, Côte d'Ivoire 2005*. Calverton.
- Kayembe PK et al. (2007). Evolution de la prévalence du VIH en République démocratique du Congo (1985-2005): évidence de plusieurs épidémies a différentes vitesses. En prensa.
- Kayirangwa E et al. (2006). Current trends in Rwanda's HIV/AIDS epidemic. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl 1):i27-31.
- Kirungi WL et al. (2006). Trends in antenatal HIV prevalence in urban Uganda associated with uptake of preventive sexual behaviour. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl 1):136-41.
- Liberia Institute of Statistics and Geo-Information Services/Macro International (2007). *Liberia demographic and health survey 2007: preliminary report*. Monrovia y Calverton.
- Mahomva A et al. (2006). HIV prevalence and trends from data in Zimbabwe, 1997-2004. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl 1):i42-7.
- Ministerio Federal de Salud de Etiopía (2006). *AIDS in Ethiopia: 6th report*. September. Addis Abeba.
- Ministerio Federal de Salud de Nigeria (2006). *The 2005 national HIV seroprevalence sentinel survey among pregnant women attending antenatal clinics in Nigeria: summary position paper*. Abril. Abuja.
- Ministerio de Economía, de Planificación y de la Cooperación Internacional de la República Centroafricana (2007). *Suivi de la situation des enfants et des femmes, MICS-3: Résultats de l'enquête à indicateurs multiples couplée avec la sérologie VIH et anémie en RCA 2006*. Marzo. Bangui.
- Ministerio de Salud de Benín (2006). *Rapport de surveillance de l'infection à VIH et de la syphilis au Bénin—Année 2006*. Ministerio de Salud. Cotonou.
- Ministerio de la Salud Pública de Burundi (2005). *Bulletin Epidémiologique annuel de surveillance du VIH/Sida en 2005*. Septiembre. Bujumbura.
- Ministerio de Salud de Malí (2005). *Rapport: Surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes*. Noviembre. Bamako.
- Ministerio de Salud de Malí, ORC Macro (2007). *Enquête démographique et de santé, EDSM-IV: rapport préliminaire*. Abril. Calverton.

- Ministerio de Salud de Rwanda (2005). *Surveillance de l'infection à VIH par sites sentinelles chez les femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale*. Kigali, Centro de Tratamiento e Investigación sobre el sida, CDC.
- Ministerio de Salud de Togo (2007). *Rapport annuel des activités du programme national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles, année 2006*. Lomé.
- Ministerio de Salud de Togo (2006). *Surveillance sentinelle de l'infection au VIH/Sida chez les femmes en consultation prénatale au Togo, avril-juin*. Lomé.
- Ministerio de Salud e Higiene Pública de Côte d'Ivoire, CDC/RETRO-CI/MEASURE Evaluation, (2007). *Enquête de surveillance sentinelle du VIH de 2005*. Abidjan.
- Ministerio de Salud y Planificación Familiar de Madagascar (2005). Résultats de l'enquête de surveillance biologique du VIH/Sida et de la syphilis, année 2005. Diciembre. Ministerio de Salud y Planificación Familiar. Antananarivo.
- Ministerio de Salud, CDC USA (2006). *Relatório Final I-II estudos de seroprevalencia em mulheres grávidas em consultas prenatal (2004-2005)*. Luanda.
- Ministerio de Salud y Sanidad. Sierra Leona (2007). *Antenatal HIV and syphilis sentinel surveillance (2006)*. Freetown.
- Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Namibia, ORC Macro (2007). *2006 Namibian Demographic and Health Survey: Preliminary Tables*. Julio. Calverton
- Ministerio de Salud y Servicios Sociales. República de Namibia. (2007). *Results of the 2006 national sentinel survey among pregnant women*. Windhoek.
- Ministerio de Salud de Botswana (2006). *2006 Botswana Second-Generation HIV/AIDS Surveillance Technical Report*. Gaborone.
- Ministerio de Salud de Eritrea (2006). *Report of the 2005 round of HIV sentinel surveillance survey in ANC attendee women*. Marzo. Asmara.
- Ministerio de Salud de Ghana (2007). *HIV sentinel survey 2006 report*. Marzo. Accra.
- Ministerio de Salud de Kenya (2005). *AIDS in Kenya, 7th edition*. Programa Nacional de Control del sida e ITS (NASCOP), Nairobi.
- Ministerio de Salud de Uganda y ORC Macro (2006). *Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004/2005*. Marzo. Kampala y Calverton.
- Ministerio de Salud de Zambia (2005). *Zambia Antenatal Clinic Sentinel Surveillance Report, 1994-2004*. Noviembre. Ministerio de Salud de Zambia. Lusaka.
- Ministerio de Salud y Bienestar Infantil de Zimbabwe (2007). *2006 ANC preliminary report*.
- Ministerio de Salud y Bienestar Social de Lesotho (2005). *Report of the sentinel HIV/syphilis survey 2005*. Septiembre. Maseru.
- Ministerio de Salud y Bienestar Social de Lesotho y ORC Macro (2004). *2004 Lesotho Demographic and Health Survey*. Maseru y Calverton, Ministerio de Salud y Bienestar Social y ORC Macro.
- Ministerio de Salud y y Bienestar Social de Swazilandia (2006) *10th Round of the national HIV Serosurveillance in women attending antenatal care, sexually transmitted infections clients and tuberculosis patients*. Enero. Mbabane.
- Mugurungi O et al. (2005). HIV in Zimbabwe. In: Glynn JR, Crael M (eds.) *HIV, Resurgent Infections and Population Change in Africa*. Springer.
- Ndiaye S, Ayad M (2006). *Enquête démographique et de santé au Sénégal 2005*. Calverton, Centro de Investigación para el Desarrollo Humano/ORC Macro.
- Oficina Central de Estadística de Swazilandia, Macro International Inc. (2007). *Swaziland Demographic and Health Survey 2006-2007: preliminary report*. Junio. Calverton.
- Oficina Central de Estadística de Zambia et al. (2003). *Zambia Demographic and Health Survey 2001-2002*. Calverton.
- Oficina de Estadística de Uganda y Macro International Inc. (2007). *Uganda Demographic and Health Survey 2006*. Calverton.
- Oficina de Estadística de Uganda y ORC Macro (2001). *Uganda Demographic and Health Survey 2000-2001*. Calverton.
- OMS (2005). *The 2004 First national second generation HIV/AIDS/STI sentinel surveillance survey among antenatal care women attending maternity and child health clinics, tuberculosis and STD patients in Central South, Puntland and Somaliland*. A technical report. Julio. Nairobi.
- ONUSIDA (2005). *Evidence for HIV decline in Zimbabwe: a comprehensive review of the epidemiological data*. Noviembre. Ginebra.
- Organismo Central de Estadística y ORC Macro (2006). *Ethiopia Demographic and Health Survey 2005*. Addis Abeba y Calverton.

Presidencia de Burkina Faso (2005). Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/Sida (UNGASS): cadre pour la présentation des rapports pays—période concernée janvier–décembre 2004. Ouagadougou.

Programa nacional del sida (PNLS) (2005). *Rapport de passage de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes*. Agosto. Kinshasa, Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo.

Salum A et al. (2003). *Report on the population-based survey to estimate HIV prevalence in Zanzibar*. Enero. Revolutionary Government of Zanzibar. Ministerio de Salud y Bienestar Social.

Secretaría Nacional del sida, Nimba Research Consultancy (2005). *National population-based HIV seroprevalence survey of Sierra Leone*. Freetown. Disponible en http://www.hivaidssierraleone.org/docs/pdfs/Policy_Program_Coordination/National_Population_Based_HIV_Seroprevalence_Survey_2005.pdf

Shafer LA et al. (2006). HIV prevalence and incidence are no longer falling in Uganda – a case for renewed prevention efforts: Evidence from a rural population cohort 1989–2005, and from ANC surveillance. Abstract C10. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el sida. 13–18 de agosto. Toronto.

Sulliman FT, Ameerberg SAG (2004a). *Mauritius epidemiology network on drug use report: January–June 2004*. Port Louis.

Swai RO et al. (2006). Surveillance of HIV and syphilis infections among antenatal clinic attendees in Tanzania–2003/2004. *BMC Public Health*, 6(91). Apr 10.

Utulu SN, Lawoyin TO (2007). Epidemiological features of HIV infection among pregnant women in Makurdi, Benue State, Nigeria. *Journal of Biosocial Science*, 39(3):397–408.

van der Loeff MF et al. (2003). Regional differences in HIV trends in the Gambia: results from sentinel surveillance among pregnant women. *AIDS*, 17:1841–46.

ASIA

Abbasi B (2006). HIV outbreak among injecting drug users in Larkana, Pakistan: serious threat of a generalized epidemic. Abstract CDC0274. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el sida. 13–18 de agosto. Toronto.

Achakzai M, Kassi M, Kasi PM (2007). Seroprevalences and co-infections of HIV, hepatitis C virus and hepatitis B virus in injecting drug users in Quetta, Pakistan. *Tropical Doctor*, 37(1):43–5.

Banco Mundial (2005). *AIDS in South Asia: understanding and responding to a heterogeneous epidemic*. Agosto. Washington.

Char A, Piller A, Shirke S (2003). HIV/AIDS intervention among women working in bars and lodges in Thane district of Maharashtra, India. Resumen 1168. Segunda Conferencia de la Sociedad Internacional del sida sobre Patogénesis y Tratamiento del VIH. 13–16 de Julio. París.

Choi K et al. (2003) Emerging HIV-1 epidemic in China in men who have sex with men. *Lancet*, 361(9375):2125–6.

Choi KH et al. (2007). The influence of social and sexual networks in the spread of HIV and syphilis among men who have sex with men in Shanghai, China. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 45(1):77–84.

Comisión de Población de Viet Nam et al. (2006). *HIV/AIDS in Viet Nam*. Hanoi, Ministerio de Salud, Oficina de Referencia de Población.

Emmanuel F, Archibald C, Altaf A (2006). What drives the HIV epidemic among injecting drug users in Pakistan: a risk factor analysis. Abstract MOPE0524. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el sida. 13–18 de agosto. Toronto.

Hesketh T et al. (2006). Risk behaviours in injecting drug users in Yunnan province, China: lessons for policy. Abstract CDD0591. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el sida. 13–18 de agosto. Toronto.

Kumar R et al. (2005). *HIV-1 trends, risk factors and growth in India*. National Commission on Macroeconomics and Health (NCMH) Background Papers—Burden of Disease in India. Septiembre. Nueva Delhi, Ministerio de Salud y Bienestar Familiar.

Kumar R et al. (2006). Trends in HIV-1 in young adults in south India from 2000 to 2004: a prevalence study. *Lancet*, 367(9517):1164–72.

Lu F et al. (2006). HIV/AIDS epidemic in China: Increasing or decreasing? Abstract MOPE0462. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el sida. 13–18 de agosto. Toronto.

Ma X et al. (2006). Possible rise in HIV prevalence among men who have sex with men (MSM) in Beijing. Abstract MOPE0526. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el sida. 13–18 de agosto. Toronto.

Ministerio de Salud de China (2006). *2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China*. Beijing, Ministerio de Salud de China, ONUSIDA, OMS.

Ministerio de Salud de Indonesia (2006). *HIV/AIDS surveillance report*. Yakarta.

- Ministerio de Salud de Indonesia, Estadística de Indonesia (2006). *Situation of risk behaviour for HIV in Indonesia. Results of BSS 2004–2005*. Yakarta.
- Ministerio de Salud Indonesia, Estadística de Indonesia (2007). *Risk behavior and HIV prevalence in Tanah Papua, 2006*. Yakarta.
- Ministerio de Salud de Pakistán (2005). *National study of reproductive tract and sexually transmitted infections: Survey of high risk groups in Lahore and Karachi, March–August 2004*. Islamabad.
- Ministerio de Salud de Viet Nam (2005). HIV/AIDS estimates and projections 2005–2010. Hanoi, Departamento General de Medicina Preventiva y Control del VIH/Sida, Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud de Viet Nam (2006). *Results from the HIV/STI integrated biological and behavioural surveillance (IBBS) in Viet Nam, 2005–2006*. Hanoi.
- NACO (2005a). An overview of the spread and prevalence of HIV/AIDS in India. New Delhi. http://www.nacoonline.org/facts_overview.htm
- NACO, Ministerio de Salud y Bienestar Familiar. <http://www.nacoonline.org>
- Nai Zindagi and Associates (2006). *Baseline study on HIV and STIs risks among IDUs in Lahore, Sargodha, Faisalabad and Sialkot, June–July*. Islamabad.
- NFHS-3 (2007). National Family Health Survey 3, India. Disponible en http://www.nfhsindia.org/nfhs3_national_report.html.
- OMS (2007). *HIV/AIDS in the South-East Asia region*. Marzo. Nueva Delhi, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental. <http://www.searo.who.int/hiv-aids>
- OMS, Ministerio de Salud de Indonesia (2007). *Review of the health sector response to HIV and AIDS in Indonesia, 2007*. Delhi, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental. http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_REVIEW_HIV_AIDS_Indonesia_2007.PDF
- Programa Nacional de Control del sida de Pakistán (2005). Pilot study under the HIV/AIDS surveillance project. Marzo. Islamabad.
- Programa Nacional del sida de Myanmar (2007). *Sentinel Survey Data for March–April 2006*. Yangon. National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs (2007). *HIV sentinel surveillance (HSS) 2006/2007: results, trends and estimates*. Phnom Penh.
- Tao X et al. (2004) Survey of related high risk behaviors of MSM in Shenzhen city. *Modern Preventive Medicine*, 31:247–8.
- Tuang NA et al. (2007). Human immunodeficiency virus (HIV) infection patterns and risk behaviours in different population groups and provinces in Viet Nam. *Bulletin of the WHO*, 85(1):35–41.
- Van Griensven F et al. (2006). HIV prevalence among populations of men who have sex with men—Thailand, 2003 and 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(31):844–8. August 11.
- Zhu TF et al. (2005). High risk populations and HIV-1 infection in China. *Cell Research*, 15(11–12):852–7.

EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL

- AIDS Foundation East–West (2007). *Officially registered HIV cases by region of the Russian Federation—1 January 1987 through 30 June 2007*. Moscú. Disponible en <http://www.afew.org/english/statistics/HIVinRFregions.htm>
- Booth RE, Kwiatkowski CF, Brewster JT (2006). Predictors of HIV sero-status among drug injectors at three Ukraine sites. *AIDS*, 20(17):2217–2223.
- Centro del sida del Óblast de Kazajstán del Sur (2007). Presentation to the national meeting on universal access to ART treatment and testing services. 3–4 de septiembre. Astana.
- Centro Federal de la Federación de Rusia sobre el sida (2007). *Officially registered HIV cases in Russian Federation: 1 January 1987—31 December 2006*. 14 de Febrero. Moscú, AIDS Foundation East West, Moscú.
- Centro Republicano para la Prevención y el Control del sida (2005). *Sentinel surveillance for HIV in Kazakhstan*. Almaty.
- EuroHIV (2007). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006, No. 75*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.
- Fundación Nacional Armenia para el sida (2006). *Results of biological and behavioural HIV surveillance in the Republic of Armenia, 2002 and 2005*. Yereván.
- Instituto Ucraniano para la Investigación Social (2007). Linked surveillance Among IDU and MSM, 3rd National Conference on Monitoring and Evaluation in Ukraine, September. Instituto Ucraniano para la Investigación Social que lleva su nombre en honor a O Yaremko, Centro de Ucrania sobre el sida, Alianza Internacional sobre el VIH/Sida en Ucrania.
- Ladnaya NN (2007). The national HIV and AIDS epidemic and HIV surveillance in the Russian Federation. Presentación en la reunión “Mapping the AIDS Pandemic”. 30 de Junio. Moscú.

- Lazutkina I (2007). *Vertical transmission and medical-social support to women and children born to HIV-positive mothers in Orenburg oblast. Presentation to regional monitoring and evaluation workshop*. 5-7 de Junio. Centro Regional para la Prevención y la Lucha contra del sida y Enfermedades Infecciosas. Orenburgo.
- Ministerio de Salud de Belarús (2007). HIV epidemic situation in the Republic of Belarus in 2006. *Information Bulletin*, 24. Minsk.
- Ministerio de Salud de Kazajstn et al. (2005). Results of investigation of the real situation with drug abuse in Kazakhstan. Almaty (en ruso).
- Ministerio de Salud de Kirguistán (2007). *Report of the Republican AIDS Centre for 2006*. Bishkek.
- Ministerio de Salud de Tayikistán (2007). Situation on HIV epidemic in the Republic of Tajikistan, according to the results of sentinel survey for 2006. Presentación en la Conferencia Nacional. 21-22 de mayo. Dushanbe. Disponible en <http://www.caftar.com/clientzone/aids/>(en ruso).
- Ministerio de Salud del Ucrania (2007). HIV-infection in Ukraine: information bulletin no. 27. Kiev. Ministerio de Salud de Ucrania, Centro de Ucrania sobre el sida, L.V. Gromashevskogo.
- OMS (2006a). *Belarus—HIV/AIDS country profile*. Disponible en http://www.euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/20060118_5
- OMS (2006b). *Republic of Moldova—HIV/AIDS country profile*. Disponible en http://www.euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/20060118_34
- Sanchez JL et al. (2006). High HIV prevalence and risk factors among injection drug users in Tashkent, Uzbekistan, 2003-2004. *Drug and Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1):S15-22.
- Volkova GV (2007). *Trends of the HIV epidemic in St. Petersburg*. Presentation to Regional Monitoring and Evaluation Workshop. 18-20 de Abril. Centro Municipal sobre el sida, San Petersburgo.

CARIBE

- AIDS Action (2007). *State facts: HIV/AIDS in Puerto Rico*. Washington.
- Allen CF et al. (2006). Sexually transmitted infection use and risk factors for HIV infection among female sex workers in Georgetown, Guyana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(1):96-101.
- Cayemittes M et al. (2006). *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-IV: Haïti 2005-2006*. Julio. Instituto Haitiano de la Infancia, ORC Macro, Petion Ville y Calverton.
- Comisión Caribeña de Salud y Desarrollo (2005). *Report of the Caribbean Commission on Health and Development for the 26th Meeting of the CARICOM Heads of Government: Overview*. 3-6 de Julio. Saint Lucia. Disponible en <http://www.cpc-paho.org/publications/publication.aspx?id=59>
- Gaillard EM et al. (2006). Understanding the reasons for decline of HIV prevalence in Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). Abril.
- Gebre Y et al. (2006). Tracking the course of the HIV epidemic through second generation surveillance in Jamaica: survey of female sex workers. Abstract CDC0313. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el sida. 13-18 de agosto. Toronto.
- Gupta S et al. (2006). Comparison of three methods to detect recent HIV-1 infection in specimens collected crosssectionally in a cohort of female sex workers in the Dominican Republic. Abstract MOPE0439. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el sida. 13-18 de agosto. Toronto.
- Hallett TB et al. (2006). Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe and urban Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):i1-i8.
- Inciardi JA, Syvertsen JL, Surratt HL (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S9-S25.
- Kerrigan D et al. (2006). Environmental-structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic. *American Journal of Public Health*, 96(1):120-125.
- Ministerio de la Salud Pública y de la Población (2007). Etude de sérosurveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de l'hépatite C chez les femmes enceintes en Haïti, 2006/2007. Julio. Puerto Príncipe.
- Ministerio de Salud The Bahamas (2006). Follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) Country Report. Abril. Nassau.
- Ministerio de Salud de Barbados (2007). *The 2006 epidemiological overview of HIV in Barbados*. Borrador de trabajo. Julio. Bridgetown.
- Ministerio de Salud de Guyana (2007). *Guyana HIV antenatal care seroprevalence survey, 2006*. Georgetown.
- Ministerio de Salud de Jamaica (2007). *HIV and AIDS in Jamaica National Strategic Plan 2007-2012*. Julio. Programa Nacional de VIH/ITS, Ministerio de Salud, Kingston.

- Ministerio de Salud de Trinidad and Tabago (2007). *HIV/AIDS morbidity and mortality report*, Quarter 1 Report. 22 de Mayo.
- OPS (2007). *AIDS in the Americas: the evolving epidemic, response and challenges ahead*. Washington, DC.
- OPS, OMS (2006). Assessment report for the evaluation of national services for the prevention of mother to child transmission of HIV and syphilis, 2000–2005. Washington, DC.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana (2007). *Resultados Preliminares de las Estimaciones de VIH/Sida Nacionales de la República Dominicana 2006*. Junio. Santo Domingo.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana (2005b). *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/Sida/ ITS en R/SX y HSH del Área V de Salud*. Enero. Santo Domingo.

AMÉRICA LATINA

- 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.
- 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.
- 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 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 y Deportes, ONUSIDA (2007a). *Diagnóstico situacional, monitoreo y evaluación de la implementación del compromiso UNGASS sobre el VIH/Sida*. La Paz.
- Ministerio de Salud y Deportes, 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.
- ONUSIDA/OMS (2006). *Situación de la epidemia de sida: Diciembre de 2006*. ONUSIDA, Ginebra
- Programa Nacional del sida de la Argentina (2005). *Epidemiological surveillance report. December*. Buenos Aires.
- Programa Nacional del sida de Paraguay (2007). *Epidemiological surveillance report. February*. Asunción.
- Programa Nacional del sida de Paraguay (2006). *HIV/STI sentinel prevalence and behavioral study on women after delivery*. Asunción.
- Programa Nacional del sida de Uruguay (2007). *Epidemiological surveillance report February*. Montevideo.
- 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, Barone 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*. Antes de ir a prensa.

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

Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) - Estados Unidos (2007a). *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 (CDC) - Estados Unidos (2007b). HIV/AIDS among blacks—Florida, 1999–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56:69–73.

Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) - Estados Unidos (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.

EuroHIV (2007). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006, No 76*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire. Disponible en <http://www.eurohiv.org>.

Hamers FF (2006). HIV/AIDS in Europe: trends in EU-wide priorities. *Eurosurveillance*, 11(11).

ONUSIDA (2006). *Informe sobre la epidemia mundial de sida*. Ginebra.

Organismo de Protección de la Salud (2007). HIV and AIDS in the United Kingdom update: data to the end of March 2007. Health Protection Report, 1(17).

Public Health Agency of Canada (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.

ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE

Obermeyer CM (2006). HIV in the Middle East. *British Medical Journal*, 333:851–854.

OCEANÍA

Centro Nacional de Epidemiología e Investigación Clínica sobre el VIH (2006). HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia: annual surveillance report 2006. Sydney.

Ministerio de Salud de Nueva Zelanda (2007). *AIDS—New Zealand*. Issue 59. Auckland. Disponible en <http://www.moh.govt>.

Consejo Nacional de sida, Departamento Nacional de Salud de Papua New Guinea (2007). *The 2007 consensus report on the HIV epidemic in Papua New Guinea*. Port Moresby.

Centro Nacional de Epidemiología e Investigación Clínica sobre el VIH (2007). *Australian HIV Surveillance Report*, 23(1). January.

Prestage G et al. (2006). Trends in unprotected anal intercourse among Sydney gay men. Abstract WEPE0721. 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 la 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.

La Situación de la epidemia de sida informa anualmente de la evolución de la epidemia. La edición correspondiente a 2007, acompañada de mapas y resúmenes regionales, proporciona las estimaciones más recientes del alcance de la epidemia y de la mortalidad que causa y examina las nuevas tendencias en su evolución.



ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENÈVE 27
SUIZA

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

www.unaids.org