

## El VIH y el sida en las Américas: una epidemia con muchas caras<sup>1</sup>

A medida que se sabe más sobre la epidemia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y los comportamientos que la extienden, más evidente se hace la diversidad de la pandemia, sobre todo en el continente americano, y en especial en América Latina y el Caribe (ALC). En este informe se trata de reflejar esa diversidad, para lo cual se revisan los conocimientos sobre la epidemia en diferentes países y subregiones y se describe la información sobre las conductas de riesgo tanto en la población general como en grupos particulares. Además, se señalan las lagunas de los conocimientos y de los sistemas de información actuales, y se hacen propuestas para mejorar la recolección y análisis de los datos. Por último, se comentan algunos de los principales retos que plantea el sida en la Región, como la demanda creciente de tratamiento y la necesidad de mantener los esfuerzos preventivos. El informe está pensado fundamentalmente como una revisión epidemiológica y no trata de describir las medidas adoptadas por las comunidades y los países para combatir la epidemia, muchas de las cuales se han descrito en otros documentos.

### PERSPECTIVA GLOBAL

La epidemia de VIH en el continente americano está relativamente concentrada. Según las estimaciones del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), la prevalencia en adultos de 15 a 49 años de edad en Norteamérica y América Latina es de alrededor de 0,56%, y en el Caribe de 1,96%. El Caribe es la segunda subregión más afectada en todo el mundo, después del África Subsahariana. En los Estados Unidos de América (EE.UU.) y Canadá, el amplio acceso al tratamiento antirretrovírico ha reducido drásticamente la mortalidad por sida, pero los nuevos casos de infección no han disminuido de forma apreciable, con lo cual la prevalencia ha aumentado. En la actualidad los infectados son cerca de 900 000. En ALC, que tiene 8% de la población mundial, 4,9% de la población está infectada: alrededor de 1,4 millones de personas en América Latina y 390 000 en el Caribe. Muchas de estas personas morirán en la próxima década, añadiéndose a las 557 000 que ya han muerto de sida en la Región desde el inicio de la epidemia. En 1999, en ALC hubo más del doble

<sup>1</sup> Basado en el informe *HIV and AIDS in the Americas: An epidemic with many faces* de la reunión de MAP (*Monitoring AIDS pandemic*) y EpiNet (*Epidemiologic Network for HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean*), celebrada en Rio de Janeiro del 4 al 5 de noviembre de 2000 y organizada por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y *Monitoring the AIDS Pandemic* (MAP).

de nuevos casos de infección (unos 567 diarios) que de muertes por sida.

### **CARIBE: PAÍSES PEQUEÑOS, EPIDEMIA GRANDE**

El VIH está afectando gravemente a las poblaciones de varios países caribeños y algunos se encuentran entre los más afectados de todo el mundo, excluida el África Subsahariana. En algunas partes de Haití y la República Dominicana, por ejemplo, hay datos que indican que 1 de cada 12 adultos de 15 a 49 años está infectado. En el extremo opuesto se encuentran países como Santa Lucía, las Islas Caimán y las Islas Vírgenes Británicas, donde la cifra estimada es inferior a 1 de cada 500.

Haití es el país más afectado de la Región. Las estimaciones nacionales son que alrededor de 10% de los adultos de las áreas urbanas y 4% de los de las áreas rurales están infectados. La gran mayoría de las infecciones se adquieren durante las relaciones heterosexuales y, como ocurre en estos casos, tanto la infección como las muertes se concentran en adultos jóvenes.

Guyana también se ha visto gravemente afectada. En 1996, 7,1% de las embarazadas sometidas a pruebas de detección del VIH estaban infectadas. En un estudio reciente de trabajadoras del sexo de la capital, Georgetown, 46% estaban infectadas y es preocupante que más de un tercio de ellas dijeran que nunca utilizaban preservativos con sus clientes y cerca de tres cuartos con sus parejas habituales. Las tasas de prevalencia en donantes de sangre son generalmente bajas en los países del Caribe (menos de 0,5% en la mayoría de ellos), pero en Guyana alcanzaron 0,9% en 1989, 1,5% en 1993 y 3,2% en 1997. En las Islas Turcos y Caicos, la tasa de infectados entre los donantes de sangre también es elevada (2,5% en 1996).

En Jamaica la prevalencia en 1 231 embarazadas examinadas en 1998 fue de 1,5%, frente a 0,98% un año antes. En pacientes que acudieron a clínicas de infecciones de transmisión sexual (ITS), la prevalencia fue de 7,1% en 1998, frente a 6,4% el año anterior. En 1996, la prevalencia registrada en trabajadoras del sexo en la totalidad de la isla fue de 11%, y más del doble en la zona turística de St. James.

En Bahamas, la prevalencia nacional en pacientes de clínicas de ITS fue de 7,2% en 1995, el doble de la registrada en embarazadas ese mismo año.

En la República Dominicana, probablemente el país caribeño que mejores datos posee sobre la infección por VIH, las tasas en embarazadas muestran una tendencia al aumento y se han duplicado en seis años. En 1997, la prevalencia nacional media en embarazadas fue de 1,7%, más de cinco veces mayor que en 1991. En 1998, la media en las trabajadoras del sexo

fue de 5,5% (y en algunas zonas del país superior a 10%), en comparación con 3,3% siete años antes.

En Cuba, de enero a octubre de 2000, 0,009% de los 519 586 donantes de sangre, 0,005% de las 172 310 embarazadas, 0,033% de los 146 062 pacientes con ITS y sus contactos sexuales, y 0,09% de los 67 558 individuos que solicitaron pruebas serológicas en los centros de salud fueron positivos.

Aunque la extensión del VIH en el Caribe se produce sobre todo por relaciones heterosexuales, también se han documentado otros modos de transmisión, y se sabe que la prevalencia es muy elevada en hombres con relaciones sexuales con otros hombres (HSH). En Puerto Rico hay muchos individuos infectados por compartir equipo de inyección para drogas y, a pesar de que la proporción parece estar disminuyendo con el tiempo, más de la mitad de los casos de sida registrados en este país desde el inicio de la epidemia han correspondido a usuarios de drogas inyectables (UDI).

### **MÉXICO: PREDOMINIO EN VARONES**

En este país, la infección se adquiere sobre todo a través de las relaciones homosexuales masculinas sin protección. Cerca de 14,2% de los HSH están infectados, cifra muy superior a la registrada en los heterosexuales, incluidos los pacientes con ITS y las trabajadoras del sexo (0,14 a 0,35%). Sin embargo, estas bajas tasas en heterosexuales no son atribuibles a una amplia utilización de preservativos, como demuestra la elevada prevalencia de otras ITS. Las tasas de infección en embarazadas son todavía menores que en las trabajadoras del sexo (0,09%), lo cual indica que menos de una de cada mil mujeres en edad fértil está infectada, en comparación con uno de cada siete varones con relaciones homosexuales. Las estimaciones nacionales a finales de 1999 eran que había alrededor de seis hombres infectados por cada mujer infectada. La prevalencia en adultos estimada por el programa nacional de sida a finales de la década de los 90 era de 0,28%. Aunque esta tasa de prevalencia es relativamente baja, la epidemia tiene un gran impacto en el país, como demuestra el hecho de que el sida sea en el grupo de 25 a 44 años de edad la tercera causa de muerte en varones y la sexta en mujeres.

### **CENTROAMÉRICA: ALTAS TASAS DE INFECCIÓN, TODAVÍA EN AUMENTO**

De toda América Latina continental, los países del norte de Centroamérica son los más afectados por el VIH, aunque hay grandes variaciones entre ellos. En Belice, Guatemala y Honduras la epidemia parece afectar sobre todo a los heterosexuales y está en aumento. En Costa Rica, en cambio, parece estar

contenida y afectar fundamentalmente a los HSH. En muchos países de Centroamérica los datos sobre la prevalencia en grupos de riesgo es bastante limitada.

La información de Honduras muestra que 80% de los casos son adquiridos por relaciones heterosexuales sin protección. Un amplio estudio iniciado en 1998 reveló que 1,4% de más de 2 700 mujeres de todo el país eran seropositivas al VIH, frente a 6% a la hepatitis B, que comparte las mismas vías de transmisión y constituye, por tanto, un buen indicador de la exposición al riesgo. Una estimación nacional de 1997 proporcionó una prevalencia de 1,5% en embarazadas de 15 a 19 años. En algunos grupos étnicos la prevalencia es mucho mayor que en la población en general. Lo mismo ocurre en las trabajadoras del sexo. En San Pedro Sula, una de cinco está infectada, cifra superior al doble de la registrada en Tegucigalpa. Honduras es uno de los pocos países con buenos datos sobre los varones. En un estudio de vigilantes nocturnos realizado en dos ciudades a principios de 1999 la prevalencia registrada fue de 0,5%, y en un estudio similar de camioneros, de 1,1%.

Recientemente, Belice ha empezado a igualarse con Honduras como uno de los países más afectados del continente. En 1994 las embarazadas seropositivas en el Distrito de Belice eran menos de 1%, mientras que al año siguiente habían aumentado a 2,5% y en un centro de salud llegaron a 4,8%.

En Guatemala, las tasas de infección presentan amplias variaciones geográficas. En estudios realizados en 1998-99 no se registraron casos en trabajadoras del sexo de las ciudades de montaña, mientras que en las ciudades costeras el porcentaje de infectadas fue de 11%. En la capital, las cifras fueron de 4,7% en las trabajadoras del sexo y de 0,9% en las embarazadas.

En Costa Rica, estudios recientes han registrado bajas tasas de prevalencia en mujeres sexualmente activas, incluidas las trabajadoras del sexo. En 1997 en embarazadas de la capital, San José, se detectó una tasa de infección de 0,25%, frente a 0,13% en un estudio similar realizado en la ciudad costera de Limón. La cifra registrada en trabajadoras del sexo, probablemente subestimada, también ha sido de 0,25%. En Costa Rica, las relaciones homosexuales entre varones contribuyen más que en otros países centroamericanos a la extensión del VIH. En 1993, la proporción de infectados osciló entre 10 y 16%.

En Panamá, la prevalencia de la infección por el VIH es relativamente baja en la población en general. En algunas zonas no se han registrado casos de infección en 1996 y 1997, pero en otras, como la provincia de Chiniquí, fronteriza con Costa Rica, la seroprevalencia ha alcanzado 0,8%. Entre más de 4 000 trabajadoras del sexo examinadas en 1997, 0,3 a 0,9% presentaron resultados positivos.

Apenas hay datos recientes sobre la prevalencia del VIH en Nicaragua. El número de casos comunicados a las autoridades sanitarias es inferior a 500 y 57% de ellos corresponden a heterosexuales. Los UDI representan un 10% adicional. Sin embargo, en ausencia de una vigilancia del VIH, no hay forma de saber la proporción de casos comunicados.

En El Salvador, en 1995-96, 6% de los pacientes con ITS fueron seropositivos para el VIH, pero de 2 195 mujeres en edad fértil atendidas en maternidades en 1996 solo 0,5% estaban infectadas.

## REGIÓN ANDINA: UNA EPIDEMIA OCULTA, PERO EN CRECIMIENTO

La Región Andina parece estar relativamente poco afectada por el VIH, pero esto se debe a la escasez de información. Los datos de Colombia y Perú son relativamente completos, pero hay mucho menos información sobre Bolivia, Ecuador y Venezuela. Por otro lado, es un signo de alerta que los comportamientos de riesgo que conducen a la infección por VIH estén bien establecidos en la Región Andina.

En Colombia, en 1998, la población infectada se estimaba en 67 000 personas. En las regiones montañosas la infección se extiende principalmente por las relaciones homosexuales masculinas, mientras que en la costa lo hace principalmente por las relaciones heterosexuales. Así, en Bogotá, en 1996 solo 0,1% de las embarazadas eran seropositivas, frente a 0,4% en la ciudad costera de Cali. A mediados de los años 90, la tasa global de seroprevalencia en individuos que se sometieron voluntariamente a pruebas de detección del VIH era de 0,24%; como estos voluntarios pueden tener mayor riesgo que el resto de la población, es posible que esta cifra esté sobrestimada. En pacientes con ITS, recientemente se registró una tasa de infección de alrededor de 1,1% y en trabajadoras del sexo tasas entre 0,2 y 1,4%. En 1999 se registró un preocupante aumento de las tasas de infección en la mayoría de las 11 ciudades estudiadas: 0,1 a 0,7% en embarazadas y 0,4 a 1,7% en pacientes con ITS. El monopolio masculino de la infección ha desaparecido hace tiempo. Así, la relación entre casos de VIH/sida registrados en hombres y en mujeres ha bajado de 37:1 en 1987 a 5:1 en 1995 y a 3:1 en 1998.

En Perú, en 1999 se estimó que la población infectada ascendía a 44 200 personas. El año anterior, en 3 990 embarazadas de la capital, Lima, la tasa de seropositividad fue de 0,23%, idéntica a la de los donantes de sangre. Tanto en trabajadoras del sexo como en las mujeres en general, la prevalencia es mayor en las ciudades que en las áreas rurales. En las trabajadoras del sexo, la prevalencia registrada en Lima ha sido de 1,6%, frente a 0,6% en

provincias. Los hombres parecen tener una probabilidad de infectarse cuatro a siete veces mayor que las mujeres y esta desproporción parece deberse en su mayor parte a las relaciones homosexuales entre hombres. No obstante, un reciente estudio serológico de varones de 20 a 29 años proporcionó tasas similares a las registradas en embarazadas.

En Bolivia, en un estudio de embarazadas y estudiantes del primer año de la universidad de dos ciudades no se registró ningún caso de infección por VIH entre 1992 y 1996. En 1997, 0,5% de 980 embarazadas de Cochabamba fueron seropositivas. De las más de mil trabajadoras del sexo registradas a finales de 1998 en Santa Cruz, 0,3% eran seropositivas. Como este país requiere que estas mujeres estén registradas y prohíbe el registro de las seropositivas, es posible que la cifra esté subestimada, a lo cual contribuiría también la exclusión del registro de las menores de 18 años, cuyo riesgo puede ser mayor que el de las de más edad.

Ecuador no ha producido datos de vigilancia regular desde 1993, cuando se registró una seroprevalencia de 3,5% en cerca de 1 400 pacientes que acudieron a una clínica de ITS de la mayor ciudad del país, Guayaquil. En la capital, Quito, la seroprevalencia en estos pacientes fue de 0,5% en 1992. Los datos más recientes, de 1999, proceden de donantes de sangre, en los que se registró una tasa de seropositividad de 0,2%.

En Venezuela también ha habido poca vigilancia sistemática, aunque se estima que el número de infectados oscila entre 50 000 y 100 000. En 1996, en un estudio realizado en 893 hombres y mujeres de comunidades mineras del Estado de Bolívar, la tasa de seropositividad fue superior a la esperada (1,0%). Las tasas de ITS en esta población también fueron muy elevadas (20%). En el mismo año se registró una tasa de prevalencia de 2,46% en prisioneros.

### **BRASIL: EL TRATAMIENTO REDUCE LA TASA DE MORTALIDAD, PERO SIGUEN PRODUCIÉNDOSE NUEVAS INFECCIONES**

El país más poblado de ALC es también el que tiene mayor número de infectados por VIH (540 000 según estimaciones de 1999) y es de esperar que la cifra aumente en los próximos años, dado que, gracias al tratamiento, la mortalidad está disminuyendo más rápidamente que el número de nuevos casos. Se calcula que 60% de los pacientes viven en las grandes urbes de São Paulo y Rio de Janeiro. Inicialmente la mayoría de los casos se debían a relaciones homosexuales entre varones, pero esta situación ha cambiado radicalmente en los últimos años y el número de casos adquiridos por relaciones heterosexuales sin protección es mayor que nunca. No obstante, esto no significa que los

HSH y los UDI no corran un alto riesgo. La infección presenta grandes variaciones regionales. Así, en embarazadas de 13 a 24 años de edad, la prevalencia oscila entre 0,2% en el Norte en 1998 y 1,7% en el Sureste en 1997. En el ámbito nacional, la prevalencia en 6 290 embarazadas de 13 a 24 años examinadas de forma anónima en marzo de 1998 fue de 0,4%. Ese mismo mes, 3,7% de los varones y 1,7% de las mujeres que acudieron a clínicas de ITS fueron seropositivos. En pacientes que acudieron a urgencias hospitalarias, las cifras correspondientes fueron de 1,7 y 1,2%, respectivamente.

En los últimos años, en Brasil ha aumentado enormemente la disponibilidad de tratamientos antirretrovíricos para los pacientes con sida, lo cual ha llevado a la disminución de las tasas de mortalidad. En 1995, el sida fue la segunda causa de muerte en mujeres y hombres de 20 a 50 años de edad.

### **CONO SUR: NECESIDAD DE UNA MEJOR COMPRENSIÓN DEL RIESGO**

En Chile, donde hay vigilancia de las embarazadas y de los pacientes con ITS, la prevalencia del VIH es muy baja o nula en diferentes regiones, incluida la capital. En embarazadas, entre 1992 y 1998, la prevalencia nunca superó el 0,1%. En pacientes con ITS, en 1999 fue desde 0% en algunas regiones hasta 3% en la capital.

En Argentina no se realizan sistemáticamente pruebas serológicas anónimas, pero una gran proporción de las embarazadas opta voluntariamente por su realización. De 66 000 mujeres examinadas en 2000, 0,56% fueron seropositivas. En pacientes con ITS la prevalencia fue de 3,6% en 2000, aunque la cifra puede estar subestimada.

En Uruguay se han registrado cifras igualmente bajas en 12 000 trabajadores examinados en 1997 (0,26%); en 2000 se repitió la cifra (2,6%). Este mismo año, en embarazadas de bajo nivel económico la prevalencia fue de 0,23%. Sin embargo, la situación es muy diferente en individuos con comportamientos de alto riesgo; así, por ejemplo, en 250 travestís de Montevideo la prevalencia del VIH fue de 21%.

### **NORTEAMÉRICA: LA EPIDEMIA SE MUEVE HACIA GRUPOS MARGINALES**

En Norteamérica, el amplio acceso a los antirretrovíricos ha incrementado la supervivencia, pero los beneficios iniciales obtenidos tras la introducción de estos tratamientos parece estar disminuyendo. Además, esta reducción de la mortalidad ha creado una complacencia que está haciendo aumentar de nuevo los comportamientos de riesgo entre los HSH y, probablemente, en otros grupos. Por otra

parte, hay pocas pruebas de que las nuevas infecciones estén disminuyendo. No hay duda de que, en términos generales, la epidemia se está concentrando cada vez más en minorías étnicas y grupos desfavorecidos.

En los EE.UU., se producen cerca de 40 000 nuevas infecciones cada año. A pesar de que la población afroestadounidense solo representa menos de 20% de la población total del país, la mitad de las nuevas infecciones en varones y dos tercios en mujeres ocurren en este grupo étnico. Un cuarto de las nuevas infecciones ocurren en UDI y 42% en HSH; la mayoría de las nuevas infecciones restantes se adquieren en relaciones heterosexuales sin preservativos. Con un 0,8 de su población adulta seropositiva, los EE.UU. son el país desarrollado con mayor prevalencia.

En Canadá, la prevalencia global es muy baja. Las relaciones heterosexuales y la inyección de drogas están en aumento como factores de riesgo primarios. La razón hombres:mujeres, de 9,4:1 entre 1985 y 1984, disminuyó a 1,5:1 en 1998. Entre 1985 y 1994, la epidemia fue dominada por las relaciones homosexuales entre varones, causa de 75% de los casos, pero en 1998 el porcentaje había disminuido a 36,5%. En cambio, la inyección intravenosa de drogas, que había sido la causa de 9% de las infecciones entre 1985 y 1994, causó 29 a 33,5% de las infecciones registradas anualmente entre 1995 y 1998. La importancia de las relaciones heterosexuales también aumentó, de 6% en la década en que se inició el registro a 16% en 1998.

El efecto de los nuevos tratamientos sobre las tasas de mortalidad parece estar disminuyendo. Así, en los EE.UU. las muertes disminuyeron en 42% entre 1996 y 1997, pero solo la mitad entre 1997 y 1998.

## LAS OTRAS EPIDEMIAS: INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y TUBERCULOSIS

El VIH y el sida se asocian a otras infecciones oportunistas, entre las cuales una de las más frecuentes es la tuberculosis. En ALC se estima que 3 a 5% de los casos de tuberculosis son directamente atribuibles a la infección por VIH. Son preocupantes los datos que indican que las cepas de *Mycobacterium tuberculosis* resistentes a los fármacos antituberculosos no son raras.

El VIH también se asocia frecuentemente con otras ITS, en parte porque comparten los mismos mecanismos de transmisión, y también porque los pacientes con otras ITS son más propensos a contraer y transmitir el VIH durante las relaciones sexuales no protegidas que aquellos que no padecen otras ITS. En la serovigilancia habitual, 24% de las mujeres y 27% de los hombres con ITS clásicas también están infectados por VIH. Las ITS bacterianas

constituyen mejores marcadores del riesgo reciente que el VIH, cuya presencia puede reflejar comportamientos de riesgo que tuvieron lugar años atrás.

En la mayoría de los países hay escasa información acerca de las ITS en la población, y la información sobre su tratamiento es aun más escasa. En un estudio de camioneros hondureños, 25% de los encuestados afirmaron haber sufrido ITS, especialmente gonorrea, en el año anterior. La mayoría buscó tratamiento en consultas privadas o farmacias y algunos recurrieron al autotratamiento. Solo 25% acudió a los servicios de salud del estado, cuyos datos son los que rigen la mayoría de las decisiones políticas acerca de programas preventivos y terapéuticos. Algunas de estas ITS también están empezando a manifestar un preocupante patrón de resistencia a los fármacos. En un estudio realizado en Haití en 1995, 90% de las cepas de gonococos eran resistentes a los antibióticos habitualmente utilizados en su tratamiento.

## LOGROS Y DIFICULTADES DE LA PREVENCIÓN DEL VIH

Los datos de prevalencia del VIH proporcionan una idea de dónde se encuentra la epidemia hoy, pero son los datos sobre los comportamientos los que pueden ayudar a predecir dónde se encontrará en el futuro, los que actúan como sistemas de alerta temprana para las sociedades y los que indican dónde es necesario fortalecer los esfuerzos preventivos. Esta sección se centra en los comportamientos de los adultos heterosexuales de ALC, que generalmente no se consideran como grupo en alto riesgo de infección por VIH. La sección siguiente describe los comportamientos y los niveles de prevalencia en individuos cuyo comportamiento puede hacerles correr mayor riesgo de ser infectados.

Los datos sobre las conductas en diversos países muestran que la norma en la mayoría de ellos es el establecimiento de relaciones con una única pareja habitual, sobre todo en las mujeres. No obstante, las relaciones ocasionales o con múltiples parejas no son infrecuentes. En la mayoría de los países que disponen de datos al respecto, la probabilidad de tener parejas casuales es mucho mayor en los hombres que en las mujeres. Como no son las relaciones sexuales en sí mismas, sino las no protegidas, las que exponen al sida y a las ITS, el empleo de preservativos es extremadamente importante para determinar el riesgo de extensión de la infección en una población. Su uso es muy variable entre los países, los sexos y diferentes grupos de edad, pero, en general, aumenta con el nivel educacional y es más frecuente en hombres que en mujeres con relaciones casuales y en jóvenes que en individuos de más edad. Las campañas de prevención del

VIH parecen estar teniendo impacto en este comportamiento. Según el programa nacional de sida de Brasil, la venta de preservativos en este país aumentó de 2,9 millones de unidades al año en 1992 a 269 millones en 1997. En la costa caribeña de Nicaragua también se ha registrado un aumento del uso de preservativos tras una campaña de promoción realizada entre 1991 y 1997.

Muchos estudios sobre el comportamiento sexual han tratado de averiguar por qué hay personas que no utilizan preservativos en una situación de epidemia de sida. La mayoría argumenta que se fían de sus parejas, pero en muchos casos no los utilizan porque no están disponibles en el momento adecuado, lo cual señala la necesidad de una más amplia distribución de preservativos en lugares y momentos en los que es más probable que se produzcan relaciones sexuales casuales y la necesidad de más información para reforzar el uso de preservativos en todo momento.

El uso de preservativos en las relaciones con trabajadoras del sexo es variable, pero generalmente mayor que con otros tipos de pareja. Estas mujeres también refieren mayor uso y la mayoría de las que no utilizan preservativos atribuyen este comportamiento al temor a perder clientes. No obstante, hay estudios cualitativos que indican que los hombres están más dispuestos de lo que se cree a contemplar el uso de preservativos en relaciones sexuales comerciales.

Los programas de prevención activa entre las trabajadoras del sexo y sus clientes pueden funcionar, como muestra el "Proyecto contra el SIDA" de la ciudad boliviana de La Paz, destinado a promover el uso de preservativos y la detección y tratamiento de las ITS en las trabajadoras del sexo de 25 burdeles. La intervención proporcionó una drástica reducción de la prevalencia de ITS clásicas entre 1992 y 1995 y un aumento del uso de preservativos de poco más de un tercio a cerca de tres cuartos de las mujeres.

## **POBLACIONES OLVIDADAS: ENCARAR EL RIESGO EN GRUPOS MARGINADOS**

En la mayoría de los países de ALC que disponen de información, las mayores tasas de infección se encuentran en grupos de la población cuyos comportamientos los hacen extremadamente vulnerables a contraer la infección. En muchos países no hay ninguna información sobre los comportamientos riesgosos ni la prevalencia de la infección en estos grupos.

### **Varones con relaciones homosexuales**

En países como Canadá o los EE.UU., donde la cultura homosexual está bien establecida, para

estos individuos resulta relativamente fácil encontrar información y servicios que los ayuden a reducir el riesgo de infección por VIH. En muchos países se ha demostrado que es más difícil proporcionar servicios preventivos a los HSH que no se consideran a sí mismos como homosexuales, concepto predominante en los países de ALC. Pese al aumento de las tasas de infección en las mujeres, las relaciones homosexuales entre varones siguen siendo la principal causa de nuevas infecciones en varios países, entre ellos Canadá, EE.UU. y México. En varones de San Francisco, EE.UU., la tasa de prevalencia de VIH es en la actualidad de 15%, similar a la registrada en México (14,2%) entre 1991 y 1997. En Argentina, a mediados de 1999, más de un cuarto de los casos de sida estaban asociados con relaciones homosexuales entre varones, que constituyen un importante factor de riesgo de infección por VIH, incluso en países en los que la transmisión del sida es predominantemente heterosexual y en los que las proporciones de mujeres y hombres infectados son similares.

Hay varios países donde las tasas de infección en HSH son muy elevadas. La prevalencia registrada en Suriname en 1998 fue de 18%; en Jamaica aumentó de 9,6% en 1985 a 15% en 1986 y a 30% en la década siguiente; en Bogotá, Colombia, fue de 18,2% en 1999. En estudios todavía en curso, la prevalencia fue de 21% en Montevideo, Uruguay, y de 13,8% en Lima, Perú, y de 4,9% en provincias. Es evidente que las relaciones homosexuales entre varones constituyen una actividad de alto riesgo en la Región, pero los países que han abordado el problema con programas de prevención activa han obtenido buenos resultados.

Hay pruebas preocupantes de que la introducción de tratamientos eficaces ha producido cierta complacencia en relación con el sida, situación que ha llevado al aumento de los comportamientos de riesgo. Por ejemplo, en un estudio de homosexuales de San Francisco, EE.UU., la proporción de individuos que tenían relaciones anales sin protección aumentó de poco más de un tercio en 1993-94 a la mitad tres años más tarde. Aunque es posible que los antirretrovíricos reduzcan la probabilidad de que una persona infectada transmita el virus, esto todavía no está claramente demostrado.

### **Transmisión del VIH por inyección: un problema persistente con una solución bien establecida**

El compartir instrumental de inyección de drogas sin esterilizar constituye una forma extraordinariamente eficiente de propagar el VIH. En algunos países, la prevalencia del VIH en UDI ha

aumentado de 0 a 50% en menos de un año. Se ha demostrado que es posible contener indefinidamente la prevalencia en niveles bajos si se ponen en marcha programas de prevención a gran escala antes de que pase de 5% en los UDI. Sin embargo, los programas de “reducción de daños”, como el recambio gratuito de jeringas, son temas de gran sensibilidad política en casi todos los países de la Región. Así, por ejemplo, al menos seis estudios financiados con fondos gubernamentales en los EE.UU. han concluido que los programas de recambio de jeringas reducen significativamente la incidencia del VIH en UDI, pero la financiación federal de estos programas sigue prohibida por oposición política. Y ello a pesar de que se ha calculado que los costes de atención médica a los casos que se podrían haber prevenido es de 244 millones de dólares estadounidenses, como mínimo.

En varias grandes ciudades de Canadá (Vancouver, Toronto, Montreal) existen programas de recambio de jeringas desde finales de los años 80 y se ha comprobado que atraen a los UDI y pueden constituirse en puntos focales para la provisión de otras intervenciones de asesoramiento, apoyo, educación continua y acceso a programas de tratamiento.

En ALC los estudios sobre la prevalencia del VIH en UDI son escasos. No obstante, en algunos países parece estar en niveles contenibles si se inician programas de recambio de jeringas y otros programas de prevención. En otros hay pruebas de que el virus ya está ampliamente extendido. En Puerto Rico, la prevalencia en este grupo oscila entre 30 y 45%, en Argentina se ha calculado que es de 40%, y en Uruguay de 26%. En Brasil fue de 25% en Rio de Janeiro, y de 75% en São Paulo. El Programa Nacional de Sida estima que, por término medio, la mitad de los UDI de Brasil están infectados. Un estudio de 400 UDI de Rio de Janeiro reveló que 31% compartían las jeringas. En otro estudio de 168 UDI de la misma ciudad, más de la mitad presentaba este comportamiento. Los riesgos son similares en Uruguay, donde 40% de 216 UDI decían compartir jeringas. En un reciente estudio de Buenos Aires, Argentina, la proporción fue de tres cuartos.

Uno de los factores que aumenta el riesgo de infección por VIH en los UDI en América Latina es que mayoritariamente consumen cocaína (75 a 83% en Argentina y Brasil), droga que en general es inyectada a intervalos más breves que la heroína. Ochenta y tres por ciento de los UDI estudiados en Rio de Janeiro dijeron que no utilizan preservativos en las relaciones sexuales con sus parejas habituales y 63% ni siquiera con parejas casuales. En un estudio reciente realizado en Buenos Aires, 42% dijeron que nunca utilizaban preservativos y 59% que no los utilizaban con la pareja con la que vivían. Quizás el mayor riesgo de “rebasamiento” de la infec-

ción de los UDI a la población general tenga lugar a través de los hombres y mujeres que comercian con el sexo para ayudar a financiar su adicción. Los hijos de mujeres UDI también corren un alto riesgo de adquirir la infección *in utero*, durante el parto o durante la lactancia materna. No hay duda de que en la Región son necesarios mayores esfuerzos para reducir tanto la inyección de drogas como el riesgo de infección por VIH en los UDI.

### **Los jóvenes: con ayuda, el sexo a edades tempranas también puede ser seguro**

La cultura social y sexual predominantemente conservadora ha dificultado el enfrentamiento con la realidad, tanto en el ámbito familiar como nacional. Esto significa que los jóvenes carecen a menudo de la información y servicios necesarios para protegerse del VIH. En todos los países está claro que los jóvenes tienen relaciones sexuales, a menudo desde temprana edad. Lo alarmante es que una gran proporción tenga relaciones sin protección con múltiples parejas. Entre estudiantes universitarios colombianos, solo un cuarto refirió el uso frecuente de preservativos. En el estudio de Lambayeque, Perú, 50% de los jóvenes sexualmente activos y 70% de las jóvenes sexualmente activas nunca habían utilizado preservativos. En la República Dominicana, de 812 individuos de 13 a 24 años, cerca de la mitad de los varones habían utilizado preservativos en su última relación sexual, mientras que la proporción era tan solo de 17% en las mujeres.

Las adolescentes de 13 a 19 años corren un riesgo especial. Además de ser fisiológicamente más susceptibles al VIH que las mujeres de mayor edad, también tienen, en general, menos probabilidades de poder negociar el uso de preservativos. En Trinidad, de 1 500 jóvenes de ambos sexos 15 a 24 años, solo un quinto afirmaba utilizar siempre preservativos; dos tercios no los usaban nunca. No obstante, si se les proporciona acceso a información y servicios de apoyo adecuados, los jóvenes están dispuestos y son capaces de tener relaciones sexuales seguras.

### **El VIH en poblaciones marginales**

Los individuos pertenecientes a grupos étnicos minoritarios tienen en muchos países menores oportunidades de escolarización y empleo que los grupos mayoritarios, lo cual les puede llevar a la marginalidad y, a su vez, incrementar la probabilidad de que se prostituyan, se vuelvan UDI o vivan de actividades ilegales. En un estudio realizado en Baltimore, EE.UU., más de la mitad de los UDI no habían terminado la educación secundaria y 97% eran afroestadounidenses. Los miembros de comu-

nidades marginadas también pueden tener menos acceso a la información y a los servicios de salud.

La concentración de la epidemia en minorías étnicas es en general un tema políticamente sensible y son muy pocos los países que han publicado estudios para intentar determinar cuál es la magnitud de esa concentración o sus causas. En Canadá, donde se dispone de esa información, la proporción de casos en minorías étnicas está aumentando rápidamente. En los EE.UU. se observa un patrón similar y se ha demostrado que los miembros de estos grupos étnicos tienen menos probabilidades de adoptar conductas seguras tras campañas activas de prevención de la infección por VIH. Esto indica la necesidad de diseñar información y servicios preventivos culturalmente adecuados.

Otra población marginada con alto riesgo de infección es la de los prisioneros. Aunque muchos de ellos se encuentran en esa situación por actividades relacionadas con el VIH, como el consumo de drogas y la prostitución, cualquiera que sea la prevalencia de la infección a su entrada en prisión, la violencia, las relaciones sexuales peligrosas y el consumo de drogas hacen que sea seguramente mayor cuando son encarcelados. En un estudio de prisioneros hondureños, la prevalencia del VIH fue de 6,8%, en comparación con 0,5% en un grupo de varones más representativos de la población en general. En Brasil, en diferentes prisiones se han registrado tasas de prevalencia entre 12,5 y 17,3%. Los antiguos reclusos señalan que el consumo de drogas es frecuente en prisión y que, debido a la dificultad para obtenerlas, las jeringas son habitualmente compartidas. Las relaciones sexuales también son frecuentes, particularmente entre hombres, y la disponibilidad de preservativos es escasa. Una de las dificultades con que se encuentran los planificadores de iniciativas de prevención en poblaciones marginadas es que la amenaza del sida les parece muy distante en comparación con la necesidad de sobrevivir cada día.

### **MEJOR COMPRENSIÓN PARA UNA MEJOR RESPUESTA: REFORZAR LA VIGILANCIA DEL VIH**

Como muestra la revisión precedente, se sabe bastante sobre el VIH y los comportamientos que alientan su extensión en la Región. Sin embargo, hay aspectos cuya profundización mejoraría la capacidad de los países y las comunidades para reducir la extensión y el impacto del VIH. Históricamente, la mayoría de los países de la Región han basado la monitorización de la epidemia en los registros de casos de sida. Sin embargo, este sistema tiene grandes limitaciones. En primer lugar, como puede pasar más de una década entre la infección y el de-

arrollo de la enfermedad, proporciona una idea de la tendencia de las nuevas infecciones varios años antes y hay un desfase entre los datos y la situación real. En segundo lugar, la inexistencia de medios de diagnóstico adecuados, la confusión sobre las definiciones de los casos, la resistencia a registrar como causa de muerte una enfermedad tan estigmatizante y el carácter errático de los sistemas de registro han contribuido en la mayoría de los países a un enorme subregistro de los casos de sida. En Colombia, país en el que es obligatorio el registro de los casos de infección por VIH y sida, una revisión del sistema de vigilancia estimó que las cifras registradas no representan más de una séptima parte del verdadero número de casos. En Trinidad y Tabago, una revisión similar concluyó que la sensibilidad de la definición de los casos de sida utilizada oscila entre 45 y 50%. Un tercer problema, más reciente, consiste en el hecho de que el tratamiento antirretrovírico combinado ha alterado la progresión, antes predecible, de la infección al sida.

Algunos de estos problemas se pueden reducir a un mínimo cambiando del registro de los casos de sida al registro de los casos de infección por el VIH, pero en este caso el problema de la integridad de los registros es todavía mayor que con los registros de sida, una vez que los infectados asintomáticos pueden pasar años sin tener ningún motivo para buscar atención sanitaria.

Por estos motivos, cada vez son más los países que están reforzando sus sistemas de vigilancia del VIH. En vez de basarse en el registro de los casos eventualmente descubiertos, la vigilancia activa se basa en la realización, generalmente anónima, de pruebas en muestras de sangre, saliva u orina de individuos de diferentes grupos de la población. La piedra angular de la planificación de cualquier programa sobre el VIH debe ser la vigilancia conductual y biológica en grupos que pueden tener un alto riesgo de exposición al VIH o a otras ITS. La vigilancia conductual actúa como un sistema de alerta temprana y también indica a los planificadores dónde es necesaria la vigilancia biológica del VIH y de otras ITS. La vigilancia de ambos componentes proporciona medidas frente a las cuales se pueden comparar eventuales progresos futuros en el control de la epidemia.

### **TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA: MÁS QUE UN SUEÑO**

Desde 1995, cuando se empezó a disponer de tratamientos antirretrovíricos combinados con gran actividad, muchos países de la Región han luchado por incrementar el acceso de los pacientes con VIH/sida a estos fármacos. A pesar de que en algu-



nos países la ley obliga a proporcionar los tratamientos más avanzados a todos los que los necesiten, todavía hay otros incapaces de proporcionar tratamiento incluso para las infecciones oportunistas más comunes. También es preocupante la posible sobrevaloración del tratamiento a expensas de la continuidad de los esfuerzos preventivos.

Para la mayoría de los países que consideran proporcionar tratamiento para el VIH/sida, el principal problema radica en los costes. Los antirretrovíricos son caros (US\$ 1 500 a 10 000 al año dependiendo de la combinación de fármacos) y a ello hay que añadir costosas pruebas diagnósticas y de monitorización del tratamiento y de la progresión de la infección. No obstante, los precios de los fármacos están disminuyendo a medida que aumentan el volumen de producción y la producción local. Además, hay que tener en cuenta que el tratamiento eficaz también produce ahorros derivados de la disminución del número de hospitalizaciones. Menos enfermos críticos también significan menos pérdidas por muerte, abstinencia laboral y reducción de ingresos económicos.

De cualquier modo, no basta con tener acceso al tratamiento. Además es fundamental disponer de sistemas que garanticen la calidad de los fármacos y la continuidad de su suministro con el fin de evitar un aumento de la resistencia, que en la actualidad constituye una preocupación en todos los países en los que el tratamiento está disponible. Otro problema es el acceso al tratamiento por parte de grupos marginados, incluso en los países con mayores gastos per cápita en salud. Un estudio realizado en Canadá reveló que solo 40% de los UDI estaban recibiendo antirretrovíricos un año después de que se hicieran elegibles para tratamiento; en las mujeres la proporción se duplicó.

Los esfuerzos para proporcionar fármacos antirretrovíricos no deberían desplazar los esfuerzos preventivos, que después de todo siguen constituyendo la forma más eficaz de reducir las enfermedades y muertes relacionadas con el VIH. A pesar de ello, en Brasil, por ejemplo, en 1998 se gastó un mínimo de siete veces más en atención médica que en la prevención de la infección.

### **PROTEGER A LA SIGUIENTE GENERACIÓN: LOS NIÑOS NO TIENEN POR QUÉ NACER INFECTADOS**

En ausencia de intervenciones preventivas, alrededor de un tercio de las mujeres infectadas transmiten el virus a sus hijos *in utero* o durante el parto o la lactancia natural. Si se evita la lactancia materna el riesgo se puede reducir de forma sustancial. La administración de tratamiento antirre-

trovívico en el último mes del embarazo puede reducir la tasa de transmisión a menos de 10%. Sin embargo, todos estos programas dependen de que la madre sepa que está infectada, lo cual, a su vez, depende de que acuda a los servicios de atención prenatal y opte por hacerse pruebas de detección del VIH. Los países que han puesto en marcha programas para reducir la transmisión maternoinfantil del VIH han obtenido buenos resultados. Por ejemplo, en Bahamas la tasa de transmisión se ha reducido a menos de la mitad (del 28 al 12%).

El coste de los programas de prevención de la transmisión vertical depende tanto de la fertilidad de la población femenina como de la prevalencia del VIH. La primera determina el número de mujeres embarazadas a las que se les debe ofrecer pruebas de detección, y la segunda el número de mujeres que necesitarán tratamiento con antirretrovíricos y sustitutos de la lactancia natural. Aunque el coste absoluto aumentará a medida que lo haga la prevalencia, el coste por infección evitada disminuirá. En un estudio realizado en el Caribe se estimó que el coste de los programas de prevención de la transmisión vertical del VIH es del orden de US\$ 6 300 por infección evitada, inferior al del tratamiento de un niño infectado.

El éxito de los programas de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH depende en cierta medida de la cobertura de los servicios de atención prenatal y de la aceptación de las pruebas de detección del virus por parte de las mujeres. La cobertura de los servicios de atención prenatal es muy variable en ALC, aunque en general es elevado. Con la escasa información disponible, la cuestión de la aceptación de las pruebas no parece constituir un gran obstáculo a los programas de prevención en ALC. No obstante, hay que tener en cuenta que, según varios estudios sobre los conocimientos de la población acerca de la infección, la transmisión vertical del VIH, y en particular su transmisión por la lactancia materna, es el menos conocido de los principales mecanismos de transmisión.

### **EL RETO PERSISTE**

Después de manifestar la preocupación por la inexistencia de datos recientes y por el hecho de que este informe esté basado principalmente en datos de mediados de los años 90, en la reunión conjunta celebrada el 4 y 5 de noviembre de 2000 en Rio de Janeiro, EpiRed ALC y MAP emitieron las siguientes recomendaciones:

- Se deberían mantener los esfuerzos para asegurar una vigilancia continua.

- Es necesario contar con mejor información para comprender el desarrollo de la epidemia. Se deberían fortalecer en toda la Región la vigilancia activa del VIH y la vigilancia conductual, y se debería prestar más atención a grupos de población con comportamientos de alto riesgo, en los que es más probable que se concentre la infección.
- Se debería prestar más atención a las lecciones del pasado. Por ejemplo, se deberían poner en práctica programas de prevención de la inyección de drogas, de prevención de la infección por VIH y de reducción de daños, especialmente en las poblaciones de UDI que todavía tienen una baja prevalencia del VIH.
- Los programas de prevención deberían cubrir las necesidades de poblaciones marginadas a las que anteriores esfuerzos por promover conductas más seguras no han tenido en cuenta.
- Los principios de la vigilancia de segunda generación deberían aplicarse en toda la Región con el fin de obtener información sobre los grupos marginados.
- El tratamiento reduce la morbilidad y la mortalidad y debería difundirse lo más rápidamente posible, sobre todo entre los más necesitados. Sin embargo, no se debería permitir que los programas terapéuticos desplacen a la vigilancia y a la prevención.
- Los programas nacionales de sida necesitan incorporar la vigilancia a sus planes estratégicos y fortalecer el proceso de monitorización y evaluación; a la vigilancia se le deben asignar específicamente recursos adecuados.
- Los datos obtenidos con la vigilancia deberían difundirse ampliamente, de forma regular y en el momento adecuado, a las agencias no gubernamentales que participan en las tareas de prevención, especialmente a quienes toman las decisiones políticas, y también a otros beneficiarios.
- Los países de ALC necesitan desarrollar indicadores estandarizados de vigilancia y especificar las definiciones de sida que estén utilizando.
- Los países de ALC deberían fortalecer las redes entre países y entre regiones con el fin de mejorar la recolección, análisis, interpretación y uso de datos. Es esencial que los países de ALC sigan compartiendo e intercambiando experiencias para crear y fortalecer la capacidad de sus recursos humanos en el campo de la vigilancia.
- Se alienta a los países de ALC a explorar y reanализar los datos ya recogidos para suplir las necesidades locales en el diseño y puesta en práctica de programas de intervención.
- Los programas nacionales de vigilancia del sida deberían colaborar con las instituciones locales y las organizaciones no gubernamentales para potenciar los sistemas de vigilancia del VIH/sida en sus países.
- Los datos de la vigilancia se deberían utilizar para potenciar al máximo el uso de recursos destinados a poner en práctica programas de intervención dirigidos a poblaciones específicas.
- Los datos de vigilancia conductual deberían ser recolectados y analizados en colaboración con instituciones que poseen la formación y la experiencia necesarias en este campo.
- Los países de ALC tienen que asegurar la preservación y fortalecimiento de las funciones de la salud pública, entre ellas las actividades de vigilancia, en el actual proceso de puesta en marcha de las reformas del sector de la salud.
- Se destacó la valiosa contribución de ONUSIDA y de la OPS/OMS a la vigilancia global del sida. Es fundamental que estas organizaciones internacionales sigan ejerciendo su liderazgo técnico y apoyando a los países de ALC en el campo de la vigilancia del VIH/sida.

---

#### SYNOPSIS

#### **HIV and AIDS in the Americas: an epidemic with many faces**

*This document presents data that was analyzed at a joint meeting of the Monitoring the AIDS Pandemic Network and the Latin America and Caribbean Epidemiological Network for HIV/AIDS, held in Rio de Janeiro from 4 to 5 November 2000, along with the final recommendations of that meeting. The report focuses on the diversity of the global HIV/AIDS pandemic, a diversity that is particularly evident in Latin America and the Caribbean. After providing an overall perspective on the epidemic in the Americas, the report describes the epidemic in different areas of the Americas: the Andean Subregion, Brazil, the Caribbean, Central America, Mexico, the Southern Cone, and North America. The problem of infections associated with HIV/AIDS is also addressed, especially tuberculosis, as well as other sexually transmitted infections. Also analyzed are achievements and challenges in preventing HIV infection, both in groups that are usually considered of low risk (heterosexual adults) and those of high risk (men who have sex with men, intravenous drug users, young people, and marginalized populations). Other aspects analyzed are efforts to improve HIV surveillance, new antiretroviral agents and their impact, and the prevention of vertical transmission of HIV.*

---