

## ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE

Las epidemias de VIH en esta región difieren entre sí. Se estima que 68 000 [41 000-220 000] personas contrajeron el VIH en 2006, lo que eleva a 460 000 [270 000-760 000] el número total de personas que viven con el virus en la región. El SIDA se cobró unas 36 000 [20 000-60 000] vidas durante el pasado año. La mayoría de las infecciones por el VIH comunicadas ha correspondido a varones, pero está creciendo la proporción de mujeres infectadas (ONUSIDA, 2006b).

Los sistemas desiguales (y, en muchos casos, insuficientes) de vigilancia del VIH dificultan la calibración precisa de las características y tendencias de las epidemias en muchos países de esta región, especialmente entre los grupos de máximo riesgo, como los consumidores de drogas intravenosas, los profesionales del sexo y los varones que tienen relaciones sexuales con varones. Sin embargo, la mejor recopilación de datos en algunos países (como **Argelia, Irán, Libia y Marruecos**) revela la existencia de epidemias localizadas de VIH en toda la región, mientras que persiste una epidemia generalizada en el **Sudán**.

---

*La vigilancia insuficiente del VIH en muchos países de la región dificulta la calibración precisa de las características y tendencias de sus diversas epidemias, especialmente entre los grupos de máximo riesgo, como los consumidores de drogas intravenosas, los profesionales del sexo y los varones que tienen relaciones sexuales con varones.*

---

El **Sudán** tiene –y con diferencia– la mayor epidemia de SIDA de la región. La prevalencia del VIH en adultos era del 1,6% [0,8-2,7%] en 2005, y había unas 350 000 [170 000-580 000] personas que vivían con el VIH. En el estado de Nilo Blanco, por ejemplo, se registró una prevalencia del VIH superior al 2% entre mujeres embarazadas que soli-

citaron atención prenatal (Ministerio de Salud del Sudán, 2006). Se teme que la transmisión del VIH pueda acelerarse y ampliarse como consecuencia de más de dos décadas de guerra, a medida que se normalice gradualmente la vida de antiguos refugiados y desplazados. Por ejemplo, se ha detectado una prevalencia del VIH de hasta el 4,4% entre adultos que se habían desplazado a Yei, en el sur del país, a lo largo de la frontera con Uganda (Kaiser et al., 2006). Se están emprendiendo nuevos esfuerzos de prevención en el sur, incluidas algunas iniciativas de asesoramiento y pruebas voluntarias (en Juba, por ejemplo), y han empezado a operar unos cuantos centros de tratamiento antirretrovírico.

Sin embargo, la epidemia no está confinada al sur (Ministerio de Salud del Sudán, 2005). Un estudio de 2005 entre agentes de policía del estado de Jartum, por ejemplo, comprobó que el 1% estaban infectados por el VIH. El conocimiento sobre la epidemia era mínimo: sólo del 2% de los hombres sabía que los preservativos pueden prevenir la transmisión del virus (Abdelwahab, 2006). Además, las prácticas sexuales peligrosas entre varones parecen ser un factor contribuyente de la epidemia en el estado de Jartum, según otro estudio que halló una prevalencia del VIH del 9,3% entre varones que tenían relaciones sexuales con varones. Casi todos los participantes en este estudio indicaron que tenían más de una pareja sexual, y los dos tercios dijeron que habían comprado sexo. Algo más de la mitad de esos varones no eran conscientes del riesgo de infección por el VIH durante el coito anal sin protección, y sólo el 3% de ellos declaró que utilizaba preservativos habitualmente (Elrashied, 2006).

Se ha documentado una alta prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas en varios países, especialmente el **Irán** y **Libia**. Sin embargo, esta práctica es habitual en muchas otras zonas de la región, como lo es el hecho de usar equipos de

inyección no estériles. Diversos estudios demuestran que han utilizado jeringas no estériles hasta cuatro de cada diez consumidores de drogas en **Argelia**, cinco de cada diez en **Egipto** y **Marruecos** y seis de cada diez en el **Líbano**.

Dado el gran número de consumidores de drogas intravenosas en el **Irán** –hasta 137 000 según el Ministerio de Salud y Educación Médica (Gheiratmand et al., 2006)–, preocupan seriamente los altos niveles de infección por el VIH hallados en este grupo de población. Se comprobó que estaban infectados por el VIH casi uno de cada cuatro (23%) consumidores de drogas intravenosas que participaron en un reciente estudio en la capital, Teherán (Zamani et al., 2006), al igual que el 15% de los que estaban recibiendo tratamiento en centros de la misma ciudad en un estudio anterior (Zamani et al., 2005). En ambos casos, el principal factor asociado a la infección fue una historia de uso de equipos de inyección no estériles durante periodos de encarcelamiento, lo que subraya la necesidad de programas de reducción de daños en prisiones y otros centros penitenciarios. En Marvdasht, el 85% de los consumidores de drogas intravenosas dijeron que se habían inyectado drogas en la prisión, y el 19%, que habían empleado equipos de inyección no estériles (Day et al., 2006). Las autoridades iraníes han reconocido que las prisiones constituyen un entorno de riesgo, y en algunos centros penitenciarios han empezado a suministrarse preservativos y terapia de sustitución. Mientras tanto, otras investigaciones están revelando diferentes prácticas de inyección en distintos grupos sociales. Así, entre el 30% y el 100% de los consumidores de drogas intravenosas utilizan jeringas no esterilizadas, dependiendo de su nivel socioeconómico, un recordatorio de que es necesario adaptar adecuadamente los programas de reducción de daños y otras iniciativas sobre el VIH (Razzaghi et al., 2006).

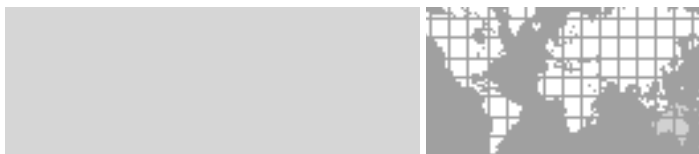
En el **Irán** –y en otras partes de esta región–, una proporción sustancial de los jóvenes, incluidos los consumidores de drogas intravenosas, son sexualmente activos. La mayoría de los que solicitan tratamiento en Teherán lo son, y a pesar de ello, sólo la mitad de los que participaron en un estudio de 2005 dijeron que alguna vez habían empleado un preservativo durante sus relaciones sexuales (Zamani et al., 2005). En esta misma línea, un 28% de los varones jóvenes de 15-18 años incluidos en otro estudio eran sexualmente activos. Sin embargo, la mitad de ellos nunca había visto un preservativo, y menos de la mitad sabía que los preservativos pueden prevenir infecciones de transmisión sexual (Mohammadi et al., 2006). En

una encuesta entre estudiantes universitarios de Teherán, un tercio creía que el VIH podía transmitirse a través de la picadura de mosquitos y una quinta parte pensaba que podían contraer el virus en piscinas públicas (Tavoosi et al., 2004). Esta ignorancia generalizada, junto con la falta de comportamientos preventivos, coloca a los jóvenes en una situación de riesgo considerable de infección por el VIH.

El Irán ha ampliado notablemente su respuesta al VIH durante los últimos años. Hay en marcha proyectos de distribución de jeringas limpias y tratamiento con metadona, y los dispensarios gubernamentales ofrecen gratuitamente asesoramiento, pruebas y tratamiento del VIH. **Libia**, donde se ha registrado una prevalencia del VIH del 18% entre reclusos (Sammud, 2005), tendrá que mantener y ampliar su respuesta al SIDA con el fin de controlar la epidemia.

Las relaciones sexuales sin protección (incluidas las remuneradas y entre varones) constituyen el otro factor determinante en las epidemias de la región. Se han detectado niveles de infección por el VIH del 9-10%, 2,2% y 4,4% entre profesionales femeninas del sexo en Saida y Tamanrasset, en **Argelia** (Fares et al., 2004), **Marruecos** (Ministerio de Salud de Marruecos, 2005) y el **Sudán** (Ministerio Federal de Salud del Sudán, 2002), respectivamente. De hecho, en **Argelia** y **Marruecos** las relaciones sexuales sin protección son responsables de la mayoría de las infecciones por el VIH comunicadas, y las mujeres representan una proporción creciente de las personas que viven con el virus (Ministerio de Salud de Marruecos, 2005). En algunos dispensarios prenatales del sur de Argelia, más del 1% de las mujeres embarazadas han resultado VIH-positivas (Instituto de Formación Paramédica de Parnet, 2004). En la **Arabia Saudita**, casi la mitad (46%) de los casos de SIDA comunicados se ha atribuido a relaciones sexuales sin protección. En este país, las dos terceras partes (67%) de todos los casos de VIH se han notificado en tres ciudades: Jeddah, Riyadh y Damman (Al-Mazrou et al., 2005).

Los programas eficaces de prevención del VIH orientados a las poblaciones de máximo riesgo aún están a tiempo de prevenir epidemias más extensas y graves en varios países de Oriente Medio y África del Norte. En esa región, los progresos en el suministro de terapia antirretrovírica siguen siendo lentos, ya que se estima que sólo 4000 personas estaban recibiendo tratamiento a final de 2005 (en comparación con unas 1000 a finales de 2003). Según las estimaciones, en la región hay unas 75 000 personas que necesitan tratamiento antirretrovírico (OMS/ONUSIDA, 2006).



## OCEANÍA

Se estima que 7100 [3400-54 000] personas han contraído el VIH en 2006, lo que eleva a 81 000 [50 000-170 000] el número total de personas que viven con el virus. Las tres cuartas partes de las infecciones corresponden a **Papua Nueva Guinea**, donde la epidemia es seria y continúa creciendo (ONUSIDA, 2006).

En **Papua Nueva Guinea**, la prevalencia nacional del VIH en adultos del 1,8% [0,9-4,4%] supone que en 2005 estaban viviendo con el virus unas 57 000 [31 000-140 000] personas mayores de 15 años (ONUSIDA, 2006). Según las estimaciones, la prevalencia en zonas urbanas podría llegar hasta el 3,5% (Secretaría del Consejo Nacional del SIDA de Papua Nueva Guinea, 2006). La epidemia creció con fuerza a finales de los años 1990, y no hay signos de que esté retrocediendo. Desde 2002 se han comunicado cada año al menos 2000 nuevas infecciones por el VIH.

---

*La epidemia de VIH en Papua Nueva Guinea continúa creciendo, entre un conjunto de factores de riesgo que, a menos que se intensifiquen rápidamente los esfuerzos de prevención, podrían favorecer su mayor crecimiento.*

---

Las altas tasas de infecciones de transmisión sexual (tanto en zonas urbanas como rurales), el inicio sexual precoz, la práctica habitual de tener varias parejas sexuales simultáneas, los altos índices de comercio sexual, los porcentajes bajísimos en el uso de preservativos y la violencia física y sexual generalizada contra las mujeres proporcionan a la epidemia un potencial considerable para seguir creciendo. Un estudio en zonas rurales y periurbanas puso de manifiesto que el 55% de las mujeres entrevistadas había cambiado sexo por dinero y/u otros bienes, y el 36% de los varones había pagado para tener relaciones sexuales. Además, hasta uno de cada diez varones (12%) que viven en zonas rurales y periurbanas ha manifestado que tiene relaciones sexuales

ocasionales con otros varones (Banco de Desarrollo Asiático, 2006). En Port Moresby, mientras tanto, sólo una cuarta parte (24%) de los varones jóvenes y una octava parte (13%) de las mujeres jóvenes dijeron que utilizaban preservativos (Secretaría del Consejo Nacional del SIDA de Papua Nueva Guinea, 2006). Las mujeres jóvenes son especialmente vulnerables: los niveles de infección por el VIH entre las de 15-29 años son dos veces mayores que entre los varones de la misma edad (Secretaría del Consejo Nacional del SIDA de Papua Nueva Guinea, 2006).

Aunque los datos sobre el VIH disponibles son motivo de preocupación, también sugieren que Papua Nueva Guinea todavía está a tiempo de contener su creciente epidemia si amplía con rapidez y mantiene programas eficaces y bien enfocados de prevención del VIH. Una prioridad debe ser la prevención de la transmisión del virus de los profesionales del sexo a sus clientes y demás parejas. Se ha comprobado que están infectadas por el VIH alrededor del 14% de las profesionales femeninas del sexo en la capital, Port Moresby (Secretaría del Consejo Nacional del SIDA de Papua Nueva Guinea, 2006). Las tres cuartas partes (74%) de los profesionales del sexo en Goroka y Kainantu (en la provincia de Eastern Highlands) tenían al menos una infección de transmisión sexual, mientras que una quinta parte (21%) tenía blenorragia y una cuarta parte (24%), sífilis. Ninguno de los 200 profesionales del sexo sometidos a análisis en estas dos ciudades resultó VIH-positivo, pero, cuando el VIH se establezca en estas redes sexuales, es probable que se propague con rapidez. La introducción inmediata de programas de prevención eficaces y apropiados podría proteger contra el VIH a estos profesionales del sexo y sus clientes (Gare et al., 2005).

Ampliar la respuesta al SIDA está resultando problemático, con los obstáculos añadidos del gran número de grupos culturales y lingüísticos (unos 800), dificultades geográficas, altos niveles de estigma y discriminación asociados al VIH, altas tasas de analfabetismo y desempleo y un sistema sanitario

sobrecargado. Por ejemplo, en seis hospitales del país se han introducido proyectos dirigidos a prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH, y a pesar de ello, en 2005 menos del 3% de las mujeres embarazadas VIH-positivas estaban recibiendo profilaxis antirretrovírica (Secretaría del Consejo Nacional del SIDA de Papua Nueva Guinea, 2006). Aunque actualmente existe un mayor reconocimiento de la amenaza que plantea el VIH, es necesario seguir reforzando los sistemas de vigilancia, y los programas de prevención deben enfocarse mejor y ampliarse a las zonas rurales.

La epidemia de VIH de **Australia** todavía gira principalmente en torno a las prácticas sexuales peligrosas entre varones, que han representado más de los dos tercios de las nuevas infecciones por el VIH diagnosticadas a lo largo de esta década. Los nuevos diagnósticos de VIH alcanzaron su cota máxima (más de 1000 anuales) a finales de los años 1980 y principios de los 1990, y luego disminuyeron hasta unos 500-600 hacia el cambio de siglo. En los últimos años, sin embargo, los nuevos diagnósticos están aumentando de nuevo: 899 en 2004 y 954 en 2005 (Centro Nacional de Epidemiología e Investigación Clínica del VIH de Australia, 2006). El resurgimiento de prácticas sexuales peligrosas entre varones parece ser el principal factor de riesgo para estas nuevas infecciones. En un estudio reciente efectuado en Sydney y Melbourne, la mayoría de los varones recién infectados que tenían relaciones sexuales con varones comunicaron altas tasas de actividad sexual sin protección con múltiples parejas. El consumo de drogas recreativas durante las relaciones sexuales era prevalente en esta misma población (Volk et al., 2006). El incremento de diez veces en los casos de sífilis entre 1999 y 2003 (Fairley, Hocking y Medland, 2005) y el aumento brusco de las relaciones sexuales sin protección entre varones en Sydney desde 2000 (Prestage et al., 2005) señalan que las prácticas preventivas fomentadas durante los años 1980 y 1990 han perdido parte de su efecto.

La epidemia de Australia sigue un patrón distinto en la población indígena del país, en la que la exposición a equipos no estériles de inyección de drogas es un factor importante, ya que representó uno de cada cinco diagnósticos de VIH entre personas indígenas durante 2000-2004 (en comparación con menos de uno de cada 20 diagnósticos en la población total) (Centro Nacional de Epidemiología e Investigación Clínica del VIH de Australia, 2005). Las mujeres indígenas corren un riesgo especial de infección por el VIH: su probabilidad de infectarse es 18 veces mayor que la de las mujeres no indígenas y tres veces mayor que la de los varones no indígenas (Wright et al., 2005).

Al mismo tiempo, los avances en la terapia antirretrovírica se han traducido en tasas más altas de supervivencia entre las personas diagnosticadas de SIDA. El tiempo mediano de supervivencia entre esas personas aumentó de 17 meses antes de 1995 a 45 meses en 2001. Se estima que más de la mitad (53%) de las personas que vivían con el VIH en 2004 estaban recibiendo terapia antirretrovírica (Centro Nacional de Epidemiología e Investigación Clínica del VIH de Australia, 2005).

Los nuevos diagnósticos de VIH en **Nueva Zelanda** llegaron a 218 en 2005, la cifra más alta desde que se implantaron las pruebas del VIH en 1985 (Ministerio de Salud de Nueva Zelanda, 2006a). La tendencia es debida en parte a un número creciente de diagnósticos entre varones que tienen relaciones sexuales con varones, sobre todo (más del 90%) en la región de Auckland, en la isla del norte (Ministerio de Salud de Nueva Zelanda, 2006b). En 2005, las prácticas sexuales peligrosas entre varones representaron poco más de la mitad (51%) de los nuevos diagnósticos de VIH, mientras que el coito heterosexual fue responsable de más de un tercio (37%). En este último caso, la inmensa mayoría (posiblemente hasta el 90%) de las infecciones por el VIH se contrajo fuera de Nueva Zelanda (Ministerio de Salud de Nueva Zelanda, 2006b). Mientras tanto, la terapia antirretrovírica mejorada ha reducido las tasas de mortalidad por SIDA de más de 30 fallecimientos anuales a menos de 10 en 2005 (Ministerio de Salud de Nueva Zelanda, 2006a).

Ninguno de los otros países y territorios de esta región ha comunicado más de 300 casos de VIH desde que comenzaron las pruebas (Secretaría de la Comunidad del Pacífico, 2005). Sin embargo, en muchos de esos países y territorios son prevalentes ciertos factores de riesgo asociados a brotes de VIH. Por ejemplo, en **Fiji, Kiribati y Vanuatu** sólo una cuarta parte de las personas que presuntamente corrían riesgo de infección por el VIH sabía cómo prevenir la infección y no tenía conceptos erróneos importantes acerca de la transmisión del virus. En **Samoa, Islas Salomón y Vanuatu**, el 9% de los varones jóvenes dijeron que habían pagado para tener relaciones sexuales durante los 12 meses anteriores, y a pesar de ello, sólo uno de cada diez señaló que había utilizado preservativos habitualmente durante las relaciones sexuales comerciales. Alrededor del 12% de los varones jóvenes indicaron el uso sistemático de preservativos con parejas ocasionales. Al mismo tiempo, uno de cada cinco (22%) varones jóvenes dijo que había tenido relaciones sexuales con otros varones (Cliffe, Wang y Sullivan, 2006).