



INFORMES TÉCNICOS

OMS/ONUSIDA Vigilancia Mundial
del VIH/SIDA y de las ETS

INFORME SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DEL VIH / SIDA

Diciembre/1997

LA VIGILANCIA DEL VIH/SIDA Y LAS ETS ES LLEVADA A CABO CONJUNTAMENTE POR EL ONUSIDA Y LA OMS.
LOS DATOS DE ESTE INFORME FUERON COMPILADOS POR EL GRUPO DE TRABAJO ONUSIDA/OMS SOBRE
LA VIGILANCIA MUNDIAL DEL VIH/SIDA Y LAS ETS EN COLOBORACIÓN CON LOS PROGRAMAS NACIONALES DEL SIDA.

ESTIMACIONES MUNDIALES

O VIH: CASI 16 000 NUEVOS CAÇOS DIARIOS DE INFECCIÓN

Según las últimas estimaciones, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), causante del SIDA, es mucho más frecuente en el mundo de lo que hasta ahora se creía (véase el recuadro de la página 12). El ONUSIDA y la OMS estiman que más de 30 millones de personas están viviendo con esa infección al final de 1997, lo que representa uno de cada 100 adultos sexualmente activos entre los 15 y los 49 años de edad en todo el mundo.² La cifra de 30 millones incluye 1,1 millones de niños menores de 15 años. La inmensa mayoría de las personas infectadas por el VIH - más del 90% - vive en el mundo en desarrollo, y la mayoría de ellas no saben que están infectadas (véase la página 10).

²En este informe se define como adultos a la población de 15 a 49 años, y como niños a los menores de 15 años. Para facilitar la comparación de las tasas de prevalencia (proporción de personas que viven actualmente con el VIH/SIDA) entre los países y regiones, se usa como denominador el número total de adultos de 15 a 49 años que viven en un determinado país o región.

Tabla 1

Resumen mundial sobre la epidemia de VIH/SIDA, diciembre de 1997

Personas recién infectadas por el VIH en 1997	
Total	5,8 millones
Adultos	5,2 millones
Mujeres	2,1 millones
Menores de 15 años	590 000
Personas que viven con el VIH/SIDA	
Total	30,6 millones
Adultos	29,5 millones
Mujeres	12,1 millones
Menores de 15 años	1,1 millones
Defunciones causadas por el SIDA en 1997	
Total	2,3 millones
Adultos	1,8 millones
Mujeres	820 000
Menores de 15 años	460 000
Defunciones totales causadas por el SIDA desde el comienzo de la epidemia	
Total	11,7 millones
Adultos	9,0 millones
Mujeres	4,0 millones
Menores de 15 años	2,7 millones
Total de huérfanos por el SIDA ¹ desde el comienzo de la epidemia	8,2 millones

¹Definidos como aquellos niños VIH positivos que antes de haber cumplido 15 años perdieron a su madre o a ambos padres por causa del SIDA.

Las estimaciones de este año también revelan que persiste la rápida propagación del VIH. Se considera que en total unos 5,8 millones de personas han contraído la infección en 1997, y que 590.000 de ellas son niños. Globalmente ello

equivale a casi 16.000 nuevos casos diarios de infección, incluidos los niños infectados al nacer o a través de la leche materna.

Si persisten las tendencias registradas en muchas partes del mundo, se estima que en el año 2000

Table 2 ???

Aproximadamente 16 000 nuevos casos diarios de infección por el VIH en 1997

- Más del 90% en países en desarrollo
- 1 600 menores de 15 años de edad
- Aproximadamente 14 000 adultos, de los cuales:
 - más del 40% son mujeres
 - más del 50% tienen de 15 a 24 años de edad

habrá más de 40 millones de personas viviendo con el VIH.

Se calcula que en 1997 han muerto de SIDA 2,3 millones de personas. Esa cifra representa la quinta parte de los 11,7 millones de defunciones por SIDA registrados en total desde el comienzo de la epidemia, a finales de los años setenta. De las personas que han fallecido de SIDA este año, el 46% eran mujeres, y 460.000 niños.

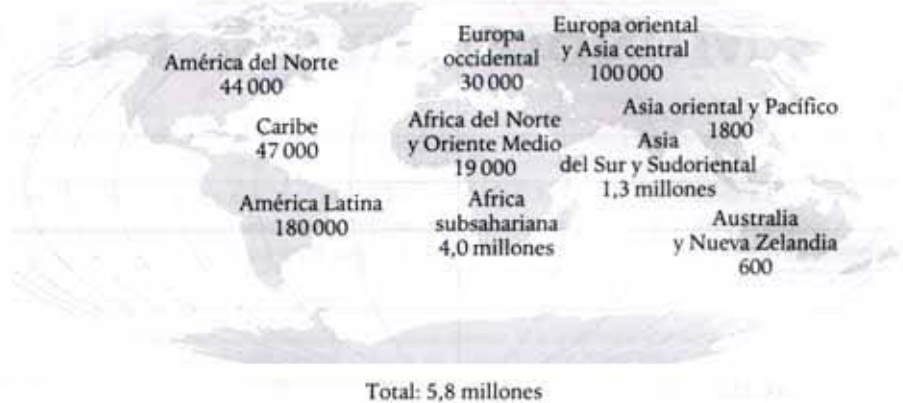
ESTIMACIONES REGIONALES

Es cada vez más evidente que, aunque casi todos los países están

afectados por el VIH, el virus se propaga de forma muy diferente en las distintas partes del mundo. Se dan incluso grandes diferencias en las modalidades de propagación

Figura 1

Número estimado de casos nuevos de infección por el VIH en adultos y niños en 1997



ONUSIDA/OMS: Vigilancia mundial del VIH/SIDA y de las ETS
FSS/2 - 1 de diciembre de 1997

Table 3????

Estadísticas y características regionales del VIH/SIDA, diciembre de 1997

Región	Inicio de la epidemia	Adultos y niños que viven con el VIH/SIDA	Prevalencia entre adultos ¹	Número acumulativo huérfanos ²	Porcentaje de los adultos VIH-positivos que son mujeres	Principales modalidades de transmisión ³ en los adultos que viven con el VIH/SIDA
África subsahariana	finos de los 70 comienzos de los 80	20,8 millones	7,4%	7,8 millones	50%	Hetero
África del norte y Oriente Medio	finos de los 80	210 000	0,13%	14 200	20%	IDU, Hetero
Asia del sur yfinos de los 80 sudoriental	finos de los 80	6 0 millones	0,6%	220 000	25%	Hetero
Asia oriental y Pacífico	finos de los 80	440 000	0,05%	1 900	11%	IDU, Hetero, MSM
América Latina	finos de los 70 comienzos de los 80	1,3 millones	0,5%	91 000	19%	MSM, IDU, Hetero
Caribe	fino de los 70 comienzos de los 80	310 000	1,9%	48 000	33%	Hetero, MSM
Europa oriental y Asia central	comienzos de los 90	150 000	0,07%	30	25%	IDU, MSM
Europa occidental	finos de los 70 comienzos de los 80	530 000	0,3%	8 700	20%	MSM, IDU
América del Norte	finos de los 70 comienzos de los 80	860 000	0,6%	70 000	20%	MSM, IDU, Hetero
Australia y Nueva Zelanda	finos de los 70 comienzos de los 80	12 000	0,1%	300	5%	MSM, IDU
Total		30,6 millones	1,0%	8,2 millones	41%	

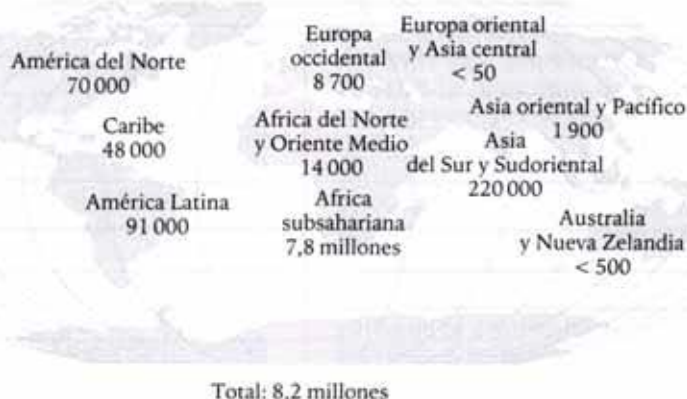
¹La proporción de adultos que viven con el VIH en la población adulta (15 a 49 años de edad).

²Los huérfanos se definen como aquellos niños VIH positivos que antes de haber cumplido 15 años perdieron a su madre o a ambos padres por causa del SIDA.

³RSHH (relaciones sexuales entre hombres), CDVI (consumo de drogas por vía intravenosa), heterosexual (transmisión heterosexual).

Figura 2

Número acumulativo estimado de niños que han quedado huérfanos* por el SIDA a los 14 años de edad o antes

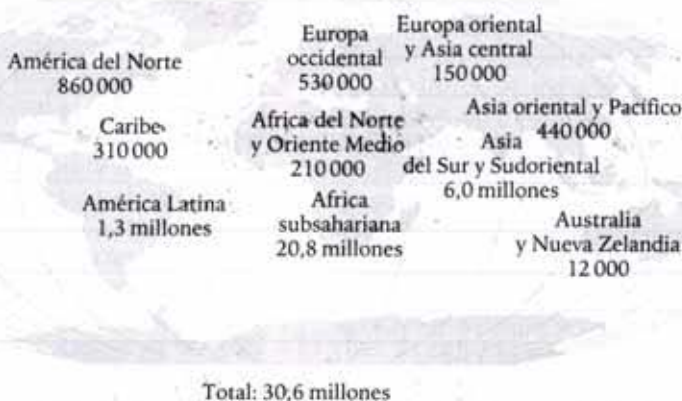


ONUSIDA/OMS: Vigilancia mundial del VIH/SIDA y de las ETS
FSS/2 - 1 de diciembre de 1997

* Se consideran huérfanos a los niños seronegativos que han perdido a su madre o ambos padres por causa del SIDA

Figura 3

Número estimado de adultos y niños viviendo con el VIH/SIDA a fines de 1997



ONUSIDA/OMS: Vigilancia mundial del VIH/SIDA y de las ETS
FSS/2 - 1 de diciembre de 1997

entre comunidades y zonas geográficas de un mismo país.

LA INFECCIÓN HA ALCANZADO NIVELES SIN PRECEDENTES EN EL AFRICA SUBSAHARIANA

El África subsahariana es la región donde más rápidamente está avanzando la epidemia. La epidemia africana es también aquella cuya magnitud más se ha subestimado hasta la fecha (véase la table 3).

Albergando según se calcula las dos terceras partes del total mundial de personas que viven con el VIH, el África subsahariana ha alcanzado niveles sin precedentes de 7,4% de seropositivos en la franja de población de 15 a 49 años.

Las relaciones sexuales sin protección entre hombres y mujeres explican la mayoría de los 3,4 millones de nuevas infecciones por el VIH que según estimaciones han afectado a la población adulta en el África subsahariana en 1997. Ade-

más, la alta fecundidad, unida al deficiente acceso a la información y a los servicios relacionados con la prevención de la transmisión maternoinfantil, se tradujeron en el nacimiento de unos 530 000 niños infectados a través de la madre, esto es, un 90% del total mundial.

Aunque en África la mayoría de las infecciones se contraen por relaciones heterosexuales, los niveles de infección varían mucho de un lugar a otro del continente.

El África meridional sigue siendo la parte del continente más afectada por el VIH. A comienzos de 1997 el Gobierno de Sudáfrica estimaba que estaban viviendo con el VIH unos 2,4 millones de sudafricanos, cifra que supera en más de una tercera parte a la de 1996. En Botswana la proporción de adultos que viven con el VIH se ha duplicado en los últimos cinco años. En 1997, el 43% de las mujeres embarazadas analizadas en Francistown, importante centro urbano, eran VIH-positivas. En Zimbabwe se estimó que uno de cada cinco adultos estaba infectado en 1996. En Harare el 32% de las mujeres embarazadas estaban ya infectadas en 1995; en Beit Bridge, otra ciudad importante, la proporción se disparó del 32% en 1995 al 59% en 1996. Aunque en las ciudades los niveles eran ligeramente mayores que en las zonas rurales, la diferencia no era considerable. En una localidad próxima a la frontera sudafricana con una numerosa población de trabajadores migratorios, 7 de cada 10 mujeres embarazadas eran VIH-positivas en 1995.

En general, en el África occidental las tasas de infección se han estabilizado a niveles muy inferiores a los del África oriental y meridional. Sin embargo, algunos de los países más populosos del África occidental son la excepción a esa regla. Por ejemplo, según estimaciones del Programa Nacional contra el SIDA, 2,2 millones de personas viven actualmente con el VIH en Nigeria, país donde habría que reforzar la respuesta a la epidemia.

El África oriental fue una de las primeras zonas afectadas por una epidemia regional masiva, y uno de

los países de la región, Uganda, figuró entre los primeros en responder con esfuerzos abiertos y concertados para prevenir la propagación del virus. Ello parece estar dando buenos resultados en el país; los datos de 1997 que se están analizando muestran que la proporción de adultos ugandeses infectados sigue disminuyendo. Los tres lugares de vigilancia para los que se dispone actualmente de cifras muestran unos niveles de infección de entre el 5% y el 9%, lo que representa una disminución de aproximadamente una quinta parte respecto a 1996. La reducción ha sido especialmente marcada en los grupos de edad más jóvenes, lo que concuerda con los estudios que muestran que la juventud actual está adoptando comportamientos sexuales más seguros - retraso de la iniciación sexual, disminución del número de parejas, mayor uso del preservativo - que los habituales hace 10 años.

EN ASIA LAS TASAS DE INFECCIÓN SON MÁS BAJAS QUE EN AFRICA, PERO LAS CIFRAS SON ELEVADAS

Las diferencias dentro de Asia son mayores incluso que en África. Los niveles de infección varían enormemente, al igual que las vías de transmisión. A menudo se observan varias epidemias distintas evolucionando en paralelo en un mismo país. Nuevos procedimientos de tipificación genética (que permiten a los investigadores estudiar cómo se propagan en la población las distintas cepas del virus) muestran que a menudo hay poca superposición entre, por ejemplo, las formas del VIH que afectan a los usuarios de drogas intravenosas y las de los profesionales del sexo.

La epidemia es más reciente en Asia que en África, y sólo unos cuantos países de la región han desarrollado sistemas avanzados de vigilancia de la propagación del VIH. Por ello, las estimaciones sobre el VIH en Asia se hacen a menudo con menos información que en otras regiones. Puesto que más de la mitad de la población mundial vive en

la región, pequeñas diferencias en las tasas pueden traducirse en grandes diferencias en las cifras absolutas de personas infectadas.

El Gobierno de China estimó que al final de 1996 unas 200 000 personas vivían con el VIH/SIDA. Según ciertas estimaciones, esa cifra podría haberse duplicado al final de 1997. Actualmente cabe distinguir en China dos grandes epidemias. Una es la que afecta a los usuarios de drogas inyectables en las zonas montañosas del sudoeste del país; la otra, más reciente, es la que está aflorando ahora entre los heterosexuales, especialmente a lo largo del próspero litoral oriental, donde está reapareciendo la prostitución a medida que aumenta la brecha entre los ricos y los pobres. Los signos de alarma indicativos de comportamientos de alto riesgo son preocupantemente obvios: las enfermedades de transmisión sexual se han disparado en los últimos años, y nada hace pensar que la tendencia al aumento vaya a interrumpirse.

En la India las tasas de infección, por debajo del 1% de la población adulta, son aún bajas en comparación con las habituales en muchos países, aunque son bastante más de 10 veces superiores a las de la vecina China. La vigilancia es desigual, pero todo parece indicar que en la India hay entre 3 y 5 millones de personas que viven con el VIH. Incluso ateniéndonos a la cifra inferior de esa horquilla, la India es el país con mayor número de personas infectadas por el VIH.

Pruebas recientes realizadas en mujeres embarazadas de Mumbai muestran que las tasas de infección eran de aproximadamente un 2,4% en 1996. En Pondicherry, la tasa entre las mujeres embarazadas es de aproximadamente un 4%. Entre los camioneros del Estado meridional de Madrás, la infección por el VIH se cuadruplicó, pasando del 1,5% en 1995 al 6,2% sólo un año más tarde. En el Estado nororiental de Manipur, donde la epidemia irrumpió con fuerza entre los usuarios varones de drogas inyectables, algunos dispensarios de atención a los usuarios de drogas estaban detectando tasas de infección de nada menos que el 73% en 1996.

Se dispone de una información limitada acerca de la infección por el VIH en otras partes del Asia meridional, pero no cabe duda de que muchas personas están teniendo relaciones sexuales sin protección con parejas no monógamas. Un estudio realizado hace poco entre profesionales del sexo de Bangladesh mostró que el 95% había contraído herpes genital, transmitido en la mayoría de los casos por los clientes, y que el 60% tenía sífilis.

Las tasas de infección por el VIH siguen siendo bajas en varios países del Asia sudoriental. En Indonesia, Malasia, Filipinas y Singapur, por ejemplo, las tasas de infección están muy por debajo del 1%. No obstante, otros países de la región presentan niveles mucho más elevados de propagación del VIH. Las razones de estas diferencias no están del todo claras, ni hay nada que permita asegurar que las tasas seguirán siendo bajas en el futuro, teniendo en cuenta el carácter generalizado de los comportamientos de riesgo, incluidos el comercio sexual y, en algunos lugares, la inyección de drogas.

En Tailandia, cuya epidemia es probablemente la mejor documentada del mundo en desarrollo, los datos siguen indicando una disminución de las infecciones nuevas, especialmente entre los profesionales del sexo y sus clientes, esto es, los grupos que constituyen la mayoría de las aproximadamente 750 000 personas actualmente infectadas (el 2,3% de la población adulta). Esta disminución es el resultado de las actividades de prevención que de manera simultánea y sostenida se han llevado a cabo para fomentar el uso de preservativos entre los heterosexuales, impulsar el respeto a la mujer, disuadir a los hombres de acudir a profesionales del sexo, y ofrecer a las mujeres jóvenes una mejor educación y otras perspectivas para disuadir las de dedicarse al comercio sexual. Las tasas de infección por el VIH entre los usuarios de drogas de Tailandia se han estabilizado en niveles relativamente altos (más del 40%), y un estudio realizado en el norte del país entre hombres que

mantenían relaciones con otros hombres reveló una escasa sensibilización respecto al SIDA y un bajo uso del preservativo.

En el resto del Asia sudoriental la situación es desigual. Los peores datos corresponden a Camboya, país en el que una de cada 20 mujeres embarazadas, uno de cada 16 soldados y policías y uno de cada dos profesionales del sexo dieron resultados positivos en un estudio de vigilancia centinela del VIH. Si bien el uso del preservativo ha aumentado muy rápidamente (las ventas de preservativos han aumentado de cantidades desdeñables a aproximadamente un millón de unidades al mes en menos de tres años) el sexo comercial sigue siendo muy frecuente: en un estudio reciente, las tres cuartas partes de los encuestados entre las fuerzas militares y de policía y las dos quintas partes entre los estudiantes varones manifestaron que habían visitado a profesionales del sexo durante el último año. Viet Nam y Myanmar también se están viendo afectados por la rápida propagación del VIH. En Myanmar, la infección entre los profesionales del sexo aumentó del 4% en 1992 a más del 20% en 1996, y los dos tercios de los usuarios de drogas inyectables están infectados. Entre las mujeres embarazadas de la población general, se estima que un 2% están infectadas.

Globalmente se cree que actualmente hay en Asia y el Pacífico unos 6,4 millones de personas que viven con el VIH, poco más de una de cada cinco respecto al total mundial. Para final del año 2000, dentro de sólo tres años, se prevé que esa proporción habrá aumentado a una de cada cuatro. Unos 92 000 niños viven hoy con el VIH en Asia.

O AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: GRUPOS DESATENDIDOS Y LAPSO PROPICIO

En América Latina la situación es heterogénea. El VIH afecta fundamentalmente a las poblaciones subatendidas que viven en la periferia social y económica de la sociedad. La epidemia se ha cobrado su mayor tributo entre los hombres

que tienen relaciones sexuales con otros hombres y entre los usuarios de drogas intravenosas. La recopilación sistemática de datos es difícil en esos grupos, y la información al respecto es hoy más bien escasa. Sin embargo, los estudios realizados entre hombres mexicanos que tienen relaciones sexuales con otros hombres muestran que, como promedio, hasta un 30% pueden estar viviendo con el VIH. Las tasas de infección entre los usuarios de drogas varían entre el 5-11% de México y el casi 50% de la Argentina y el Brasil. En algunos lugares hay indicios claros de un aumento de la propagación entre los sectores más pobres y menos instruidos de la población. En el Brasil, por ejemplo, la mayoría de los primeros casos de SIDA se dieron en personas que tenían estudios secundarios o universitarios; ahora, el 60% de los casos corresponden a personas que a lo sumo tienen estudios primarios.

El aumento de las tasas entre las mujeres muestra que la transmisión heterosexual está adquiriendo más importancia. En el Brasil, la proporción varones/mujeres de casos de SIDA ha disminuido de 16/1 en 1981 a 3/1. Aunque las tasas de seropositividad entre las mujeres embarazadas son aún comparativamente bajas en general, han alcanzado niveles del 1% en Honduras y de más del 3% en Porto Alegre (Brasil). Las tasas son considerablemente más altas en el Caribe. Ya en 1993 en Haití se observó que más del 8% de las mujeres embarazadas eran portadoras del virus; en la República Dominicana, en 1996, un centro de vigilancia notificó idéntica prevalencia.

En su mayor parte, sin embargo, esta región del mundo dispone aún de un importante lapso propicio: no es demasiado tarde para evitar que el VIH se propague a la población general. Para ello habrá que poner mucho más interés en atender las necesidades especiales de prevención de las poblaciones marginadas y empobrecidas.

Aunque la epidemia ha tenido hasta ahora un carácter limitado en la región, el impacto del SIDA ha sido ya enorme. En México la enfer-

medad era la tercera causa de defunción entre los hombres de 25 a 34 años en 1995, con tendencia a aumentar. En el Estado de São Paulo (Brasil), el SIDA se convirtió en la causa principal de muerte entre las mujeres de 20 a 34 años en 1992. En el conjunto de América Latina y el Caribe, el SIDA ha superado ya a los accidentes de tráfico como causa de defunción. Sin embargo, recientemente se ha registrado en São Paulo una causa de la mortalidad por SIDA - parecida a la detectada en Europa occidental y en América del Norte que se ha atribuido al uso cada vez más extendido de la terapia antirretrovírica.

EL CONSUMO DE DROGAS PROPAGA EL VIH EN EUROPA ORIENTAL

El consumo de drogas inyectables está detrás de la espectacular propagación de la infección por el VIH observada en varios países de la Europa oriental, y explica la mayor parte de los 100 000 nuevos casos de infección que se estima se han producido en 1997. En Ucrania, donde aproximadamente un 70% de las infecciones han afectado a usuarios de drogas en los últimos tres años, se han notificado hasta la fecha unos 25 000 casos de infección por el VIH, la mitad de ellos en 1997. Posiblemente se detectará una situación parecida en el resto de la región. Según estimaciones de funcionarios rusos, hay en el país unos 350 000 consumidores habituales de drogas, muchos de los cuales comparten el material de inyección.

A ello hay que añadir la propagación sexual potencial. En Rusia, Belarús y Moldova, los casos nuevos de sífilis se dispararon desde los muy bajos niveles de finales de los años ochenta hasta cifras que superaban holgadamente el nivel de 2 por 1.000 habitantes en 1996, persistiendo la tendencia al aumento. Una enfermedad de transmisión sexual no tratada no sólo hace que el VIH (cuando está presente) se transmita mucho más fácilmente de uno a otro miembro de la pareja, sino que constituye un importante marcador de la propagaci-

ón potencial del VIH, ya que se sirve de la misma vía de transmisión: el sexo sin protección (relaciones sexuales sin preservativo).

EL SIDA DISMINUYE EN EL MUNDO INDUSTRIALIZADO

El creciente desfase entre el mundo desarrollado y el mundo en desarrollo se refleja no sólo en la magnitud de la propagación del VIH sino también en la mortalidad por SIDA. En América del Norte, Europa occidental, Australia y Nueva Zelanda, los nuevos medicamentos antirretrovíricos están retrasando la aparición del SIDA en las personas infectadas por el VIH.

En Europa occidental los datos disponibles llevan a pensar que los casos nuevos de SIDA habrán disminuido en un 30% en 1997 en comparación con 1995, año en que aún no se disponía del tratamiento antirretrovírico que prolonga la vida de los pacientes. Donde más patente es la caída es en los países donde la infección ha afectado sobre todo a los hombres homosexuales, entre quienes las tasas de infección por el VIH empezaron a disminuir unos 5-10 años antes. Eso muestra que la disminución de los casos de SIDA es a menudo el resultado de la combinación de una mejor prevención y un mejor tratamiento. Sólo en Portugal y en Grecia, donde la inyección de drogas constituye la principal modalidad de transmisión, las cifras de nuevos casos de SIDA muestran aún un aumento considerable respecto al año pasado.

En los Estados Unidos, datos publicados recientemente muestran que en 1996 se produjo por primera vez una disminución de los casos nuevos anuales de SIDA, y para 1997 se prevé una disminución incluso mayor. También aquí, la disminución más importante - una caída del 11% - se registró entre los hombres homosexuales, precisamente el grupo que en los primeros años de la epidemia propugnó, y más tarde se beneficiaría de ello, la máxima difusión de la información sobre los riesgos del sexo sin protección. En algunos sectores desfavorecidos de la sociedad, sin embargo, el SIDA sigue aumentando.

En los Estados Unidos, en 1996, entre la población afroamericana los casos nuevos de SIDA aumentaron un 19% entre los hombres heterosexuales y un 12% entre las mujeres heterosexuales. En la comunidad hispana el número de casos aumentó un 13% entre los hombres y un 5% entre las mujeres respecto al año anterior. Ello se debe en parte a que esas comunidades tienen más dificultades para acceder a los nuevos y costosos medicamentos que pueden retrasar la aparición del SIDA, y en parte también a que las medidas de prevención adoptadas en las comunidades minoritarias, donde la transmisión se debe a menudo a las relaciones heterosexuales y a la inyección de drogas, han sido menos eficaces que en la comunidad homosexual blanca, en su mayoría bien instruida y bien organizada.

Se estima que en 1997 han resultado infectados por el VIH unos 30 000 habitantes de Europa occidental. La terapia antirretrovírica administrada a las mujeres durante el embarazo y la disponibilidad de alternativas inocuas a la lactancia materna mantuvieron baja la incidencia de infección de la madre al hijo: se estima que menos de 500 niños menores de 15 años han resultado infectados por el VIH en 1997. Se calcula que en América del Norte ha habido unos 44 000 nuevos casos de infección en 1997. Al igual que en Europa occidental, la transmisión maternoinfantil fue baja, con menos de 500 nuevos casos.

EL SIDA NEUTRALIZA LOS AVANCES REALIZADOS EN RELACIÓN CON LA ESPERANZA DE VIDA Y LA SUPERVIVENCIA INFANTIL

El SIDA está reduciendo sistemáticamente la esperanza de vida en los países donde la enfermedad es, más común. Los avances realizados en los últimos decenios en gran parte del mundo en desarrollo quedarán en algunos lugares anulados por el VIH. En Botswana, la esperanza de vida aumentó de menos de 43 años en 1955 a 61 años en

1990. En la actualidad, del 24% al 30% de la población adulta está infectada por el VIH y se prevé que la esperanza de vida retrocederá a los niveles en que se encontraba a fines del decenio de 1960. Al final del presente decenio, la esperanza de vida de un niño nacido en Zimbabue en 1990 se habrá reducido 10 años. En un estudio realizado en una zona rural de Uganda se determinó la duración de la vida de la población en su conjunto y se la comparó con la de las personas no infectadas por el VIH. Se llegó a la conclusión de que en los lugares donde aproximadamente el 8% de la población era VIH positiva, la presencia de SIDA en la comunidad reducía en 16 años la esperanza de vida general.

En muchos países, el SIDA es la principal causa de mortalidad de adultos. En Estados Unidos, después de haberse introducido en 1996 el tratamiento combinado para desacelerar la evolución de la enfermedad por el VIH, por primera vez desde 1992 el SIDA retrocedió al segundo lugar entre las principales causas de mortalidad de la población de 25 a 44 años de edad. Los traumatismos por accidente pasaron a ocupar el primer lugar. Según los resultados de un estudio sobre la mortalidad de adultos en la Uganda rural, el SIDA era la causa del 41% de las defunciones. Entre los hombres de 25 a 44 años de edad y las mujeres de 20 a 44 años de edad, el SIDA era la causa de 7 de cada 10 defunciones. En los centros comerciales donde vive un gran número de adultos jóvenes, la tercera parte de los cuales están infectados por el VIH, casi 9 de cada 10 defunciones de adultos están relacionadas con el VIH. En Namibia, el VIH causa en todas las edades el doble del número de defunciones que causa el paludismo, la enfermedad mortífera que le sigue en importancia.

La elevada mortalidad por VIH/SIDA también tiene graves repercusiones en las familias. Se estima que desde el comienzo de la epidemia, más de 8 millones de niños han perdido a sus madres por causa del SIDA antes de haber cumplido los 15 años, y muchos de ellos han perdido también a sus padres. Se

estima que para el año 2000 estas cifras llegarán casi a duplicarse.

Lo peor no ha llegado aún. Se estima que desde comienzos de la epidemia en el mundo han muerto de SIDA y otras causas relacionadas con el VIH 11,7 millones de personas. Esta cifra equivale a la tercera parte del número de personas actualmente infectadas. En realidad, este año solamente se ha infectado un número de personas equivalente a la mitad del número total de las que han muerto hasta la fecha por causa de la epidemia. Como la gran mayoría de las personas que viven con el VIH se hallan en el mundo en desarrollo, el acceso a los medicamentos antirretrovirales que prolongan la vida suele ser difícil o imposible. Pero aunque se disponga de ellos, esos medicamentos no constituyen una cura; no son eficaces en todos los casos y en la actualidad es imposible predecir cuánto durarán sus efectos. Así pues, muchos si no la mayor parte de los 30 millones de personas actualmente infectadas tal vez mueran en un futuro relativamente próximo, quizás en el próximo decenio.

En los últimos decenios, las naciones en desarrollo han hecho grandes avances para mejorar la supervivencia de los lactantes y niños. Esos adelantos también están amenazados por el VIH. En Zimbabwe y Zambia, la mortalidad de menores de 12 meses ha aumentado un 25% en comparación con el número que cabría prever sin la presencia del VIH. Para el 2010 se prevé que en Zimbabwe la mortalidad de lactantes aumentará un 138% por causa del SIDA y la mortalidad de menores de cinco años aumentará un 109%. En Cote d'Ivoire, la mortalidad infantil aumentará más de dos tercios.

LA JUZENTUD, EN SITUACIÓN DE RIESGO

En algunas partes del mundo la proporción de la población adulta total que vive con el VIH/SIDA se ha estabilizado o ha empezado a disminuir, pero esa buena noticia puede estar ocultando una verdad desagradable: los casos nuevos de infección en los grupos de edad

más jóvenes siguen tal vez sin reducirse o aumentan incluso paralelamente a la disminución de la proporción global de gente que vive con el VIH/SIDA.

TASAS DE INFECCION ALTAS Y COMPORTAMIENTOS DE RIESGO ENTRE ALGUNOS DE LOS JÓVENES

En casi todo el mundo, la mayoría de los casos nuevos de infección se dan en muchachos de entre 15 y 24 años, cuando no más jóvenes. En un estudio realizado en Zambia, más del 12% de las adolescentes de 15 y 16 años examinadas en consultorios de atención prenatal estaban ya infectadas por el VIH.

Las muchachas parecen especialmente vulnerables a la infección, pero un dato alentador reciente es que en Uganda las tasas de infección entre las adolescentes se han reducido a la mitad desde 1990 en algunas ciudades. Pero incluso en esos lugares las tasas siguen siendo inaceptablemente altas, llegando a un caso de seropositividad por cada 10 adolescentes embarazadas analizadas, lo que representa una tasa seis veces mayor que la de los muchachos de similar edad.

En Sudáfrica, entre las muchachas de 15 a 19 años embarazadas, la proporción de infectadas por el VIH aumentó al 13% en 1996, duplicando así el nivel de sólo dos años antes. En Botswana la tasa de infección se ha mantenido en el 28% en ese mismo grupo en 1997. En el Estado de Maharashtra, en la India, donde la epidemia está en sus primeros años, un estudio reciente halló un 3,5% de mujeres VIH-positivas entre las adolescentes embarazadas.

No cabe duda de que en todo el mundo hay jóvenes que adoptan comportamientos sexuales arriesgados. En Mongolia las enfermedades de transmisión sexual se han disparado recientemente entre los menores de 15 años, lo que indica que éstos mantienen relaciones sexuales sin protección. Un estudio muestra que desde 1994 las ETS entre los menores de 15 años se han multiplicado por más de 10. En Namibia, el 37% de los muchachos

de 12 a 18 años declararon que habían tenido relaciones sexuales, casi la mitad de ellos con más de una pareja. La mayoría suponía que sus parejas habían tenido también otras parejas. En Tanzania, el 12% de los adolescentes varones y el 37% de los muchachos de 20 a 24 años manifestaron que habían tenido varias parejas sexuales durante el último año. En Malí, dos de cada cinco adolescentes sexualmente activos declararon que sus últimas relaciones sexuales las habían mantenido con una prostituta o con una pareja ocasional. En los Estados Unidos, algunos estudios indican que desde los años setenta los casos de herpes genital se han más que cuadruplicado entre los adolescentes blancos de los cuales casi uno de cada 20 están infectados hoy día. Entre los norteamericanos blancos de 20 a 30 años la proporción se eleva a uno de cada siete.

En ocasiones los jóvenes conocen los riesgos asociados al sexo sin protección pero no creen que el SIDA pueda afectarles. En Malawi, la mayoría de los muchachos y muchachas saben cómo se transmite el VIH y cómo se puede prevenir la infección. Cuando se les sondeo, sin embargo, muchos dijeron que se creían invulnerables al virus. Un 90% de los muchachos adolescentes dijeron que coman un riesgo mínimo o nulo de infección, aun cuando casi la mitad de ellos reconocieron haber tenido como mínimo una pareja sexual ocasional durante el último año, y pese al escaso uso del preservativo.

Incluso en países como Tailandia - uno de los que con más eficacia ha alentado a los jóvenes a adoptar comportamientos sexuales más seguros, habiendo visto recompensado ese esfuerzo con una marcada disminución de los casos de infección por el VIH y de otras ETS - hay grupos de jóvenes a los que no llegan las medidas, como por ejemplo los que viven en la calle.

MÁS EDUCACIÓN SIGNIFICA MENOS RIESGO

En muchos países los jóvenes ven negado su acceso a la educación sobre el VIH, incluidos los com-

portamientos seguros, o no pueden comprar preservativos o acudir a ambulatorios de atención contra las ETS. Ello se debe por lo general a que los adultos de mayor edad creen que esa educación y esos servicios incitan de hecho a los jóvenes a aumentar su actividad sexual.

En realidad lo cierto es lo contrario, según un estudio publicado recientemente por el ONUSIDA en el que se revisan datos procedentes de cuatro continentes. Una educación sexual de buena calidad contribuye a retrasar las primeras relaciones íntimas y se traduce en niveles más bajos de embarazos y de ETS entre los adolescentes. En Suiza, en los años que siguieron a una campaña activa muy franca sobre el sexo, orientada a informar a los jóvenes sobre los comportamientos sexuales sanos, la proporción de jóvenes de 17 años que nunca habían tenido relaciones sexuales - proporción que venía disminuyendo desde hacía muchos años - empezó a experimentar un marcado aumento. En los Estados Unidos y en Uganda se está observando actualmente esa misma tendencia a retrasar la primera relación sexual.

Las medidas de educación están propiciando asimismo un mayor uso del preservativo entre los jóvenes sexualmente activos. Se han citado ya los casos de Tailandia y Uganda. En Tanzania, el 16% de las adolescentes sexualmente activas utilizaron preservativos en 1996. Aunque puede parecer lamentablemente baja, esa cifra representa sin duda una enorme mejora respecto al 5% registrado en 1990. La proporción de adolescentes varones que había utilizado alguna vez el preservativo aumentó del 14% al 38% en ese mismo periodo. También en Zambia, el uso del preservativo ha aumentado respecto a los muy bajos niveles de los años ochenta. En 1996, aproximadamente una tercera parte de las adolescentes sexualmente activas de todo el país declararon haber utilizado alguna vez el preservativo, proporción sólo alcanzada antes en la capital, Lusaka, a la que han correspondido siempre los mayores niveles de uso de preservativos. En Suiza, la frecuencia de relaciones sexuales ocasionales en-

tre los jóvenes se ha mantenido más o menos constante desde finales de los años ochenta, pero el uso sistemático del preservativo con esas parejas se ha multiplicado por cuatro, lo que representa un aumento mucho más marcado que el observado en la población de mayor edad.

MÁS DE 27 MILLONES DE PERSONAS NO SABEN QUE ESTÁN INFECTADAS

El ONUSIDA estima que, de los 30 millones de personas aproximadamente que en la actualidad viven con el VIH, la gran mayoría no saben que están infectadas. Como sucede con muchas otras características de la epidemia, cuando se trata de conocer la situación relativa al VIH hay una brecha que separa los países en desarrollo del mundo industrializado.

En los Estados Unidos, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) estiman que las dos terceras partes de las personas que viven con el VIH saben que están infectadas. En Alemania, la proporción de pacientes de SIDA que conocen su situación respecto del VIH por lo menos seis meses antes del diagnóstico se mantuvo en un nivel estable de casi las tres cuartas partes en 1994 y 1995. Desde 1995, cuando salieron al mercado los fármacos que pueden retrasar el comienzo del SIDA, la proporción ha disminuido en realidad a las dos terceras partes. Ello obedece a que las personas que conocían tempranamente su situación habían sido ya tratadas y habían conseguido retrasar el comienzo del SIDA. Quienes no conocen su situación tienen más probabilidades de contraer el SIDA. La disponibilidad de tratamiento es un incentivo poderoso para someterse a una detección precoz.

En el mundo en desarrollo, donde se concentra cada vez más la epidemia, el panorama es muy diferente. Las pruebas de detección del VIH se efectúan principalmente con fines de vigilancia, en muestras muy pequeñas de la población y de forma "anónima" sin identificar por su nombre a las personas que se

han sometido a la prueba. Pocas personas tienen alguna esperanza de tratamiento, de manera que es escaso el incentivo para someterse a la detección. Pero incluso quienes quisieran enterarse de su estado tal vez no puedan hacerlo. En muchos países sencillamente no hay servicios que efectúen pruebas voluntarias de detección y faciliten orientación; las gentes no tienen ninguna forma aceptable de enterarse de que están infectadas por el VIH. Un estudio en curso en un hospital rural de Sudáfrica sugiere que sólo el 2% de las personas que son VIH positivas conocen su estado. La situación en la Kenya urbana parece ser igualmente mala. De 63 mujeres VIH positivas elegidas al azar en un estudio, sólo una sabía que estaba infectada.

El hecho de que los procedimientos actuales suelen requerir por lo menos dos visitas al lugar donde se efectúa la prueba complica aún más el acceso a ésta, que puede resultar difícil o costoso para las personas que viven en zonas aisladas. En Sudáfrica rural, sólo el 17% de las personas que pidieron someterse a la prueba regresaron para obtener los resultados y el asesoramiento y apoyo que los acompañan. Cuando se ensayó una prueba que daba resultados inmediatos, casi todos (el 96%) quisieron conocerlos.

Dado que la epidemia está concentrada en el mundo en desarrollo, una estimación moderada sugiere que 9 de cada 10 personas infectadas en el mundo no conoce su situación relativa al VIH. Según las estimaciones actuales, ello sugiere que en el mundo hay actualmente más de 27 millones de personas que desconocen que están infectadas.

Hay muchas razones por las cuales las pruebas de detección del VIH y la orientación para quienes deseen conocer su situación respecto de la infección deberían pasar a formar parte del extenso conjunto de intervenciones de prevención, atención y apoyo relacionadas con el SIDA. Se encuentran cada vez más maneras de retrasar la enfermedad sintomática por el VIH, inclusive la fase final llamada SIDA, y

prevenir o tratar las infecciones que padecen las personas cuyo sistema inmunitario ha sido dañado por el virus. No todos esos tratamientos son prohibitivamente caros. Cuanto más temprano se enteren los pacientes de que están infectados, mayores serán sus posibilidades de acceso al tratamiento o de ejercer presión sobre sus comunidades y países para mejorar el acceso allí donde éste sea insuficiente. Otro beneficio favorecería a los individuos y sus familias. Cuanto más temprano se enteren los individuos de que están infectados, en mejores condiciones estarán para adoptar decisiones informadas y responsa-

bles acerca de sus hijos y de la transmisión a sus cónyuges o compañeros sexuales, así como prever el bienestar de sus familias para cuando ellos se enfermen o mueran.

Tal vez el beneficio más importante del propio conocimiento sea que contribuye a desenmascarar la epidemia invisible y permite que haya una respuesta comunitaria genuina. La experiencia del decenio pasado muestra que, mientras el VIH se propague silenciosamente y sin ser visto, sigue siendo en el mejor de los casos una amenaza teórica para la gente y no se lo toma en serio. Si los individuos se ente-

ran de su infección tempranamente, cuando están aún relativamente sanos, tendrán tiempo y energía para apoyarse unos a otros y alertar a sus comunidades acerca de la epidemia, así como ayudar a otros a prevenir la enfermedad o hacer frente a sus consecuencias.

Sin embargo, estos beneficios para los individuos, las familias y las comunidades son factibles de forma realista sólo si las personas se sienten suficientemente seguras para averiguar si están infectadas. Los esfuerzos de los gobiernos y la sociedad civil para combatir el rechazo y la discriminación hacia las personas con el VIH son vitales.

LAS TÉCNICAS MEJORADAS DE ESTIMACIÓN REVELAN QUE LA EPIDEMIA ES PEOR DE LO QUE SE CREÍA

Estas cifras que acaban de darse a conocer revelan que el número de personas que viven con el VIH es una tercera parte mayor que el estimado en diciembre de 1996. Este aumento obedece a dos razones. Primero, las infecciones nuevas se suceden a un ritmo alarmante: unas 16 000 infecciones por día han añadido al total solamente en 1997 unos 5,8 millones de infecciones por el VIH. Segundo, ahora parece que las estimaciones anteriores subestimaban groseramente la tasa de transmisión, en particular en el África subsahariana donde se concentra la mayor parte de las infecciones.

¿POR QUÉ COMBION LAS ESTIMACIONES?

Las estimaciones se basan en ciertas suposiciones acerca del comienzo de la epidemia, la tasa de infecciones nuevas en las zonas urbanas y rurales, el tiempo que media entre la infección y la muerte y el nivel máximo de infección de la población. Hasta hace unos pocos años se disponía de esa clase de datos para un pequeño número de países solamente. Se suponía que las características epidemiológicas de la infección en los demás países de la misma región serían iguales a las de los países sobre los cuales se disponía de datos. Así pues, parecía razonable construir modelos a fin de hacer estimaciones sobre la epidemia región por región.

Es lo que se hizo por primera vez para el año 1995. Se recogió información del mayor número posible de países acerca de los niveles de infección existentes desde 1994 o antes. A partir de la proporción de personas infectadas en diversos grupos centinela de cada región y otros datos disponibles, se construyeron modelos a fin de estimar la tasa de crecimiento de la epidemia y el número total de personas infectadas, región por región. Se utilizaron extrapolaciones de este modelo para calcular la magnitud de la epidemia en 1996. Sobre esa base se obtuvo una estimación de 3,1 millones de infecciones nuevas en el año y se llegó a una estimación de 22,6 millones de personas que vivían con el VIH.

En 1997 se disponía de muchos más datos y se puso de manifiesto que había grandes diferencias en la manera en que evolucionaba la epidemia en diferentes países y comunidades dentro de una misma región. Así pues, el ONUSIDA ha mejorado este año sus técnicas de estimación. Los modelos regionales se sustituyeron por modelos separados para cada país sobre la base de medidas mejores de los niveles de infección y teniendo en cuenta las variaciones de las características epidemiológicas de la infección, del tiempo de supervivencia, etc. Se hicieron estimaciones nuevas para cada país y éstas se sumaron luego para obtener nuevos totales regionales. Las estimaciones resultantes, que figuran en el presente informe, muestran que los niveles mundiales de infección de 1996 se habían subestimado en más de un tercio.

En realidad, las infecciones nuevas ocurridas en 1996 se aproximaron más a los 5,3 millones que a los 3,1 millones comunicados el año pasado. El número total de personas que vivían con el VIH en 1996 era de aproximadamente 27 millones en lugar de los 22,6 millones que se creía. Ello significa que, aunque las estimaciones de este año siguen siendo impresionantemente elevadas, el número de casos no se ha duplicado como parecería si se lo compara con las cifras publicadas el año pasado. Teniendo en cuenta las subestimaciones anteriores, este año hay aproximadamente un 9% más de infecciones nuevas que el año pasado y el número de personas que viven con el VIH ha aumentado un 13%.

¿DONDE APARECIERON LAS DIFERENCIAS?

Para determinar qué parte del total nuevo obedecía a un aumento de las infecciones nuevas y qué parte obedecía a subestimaciones de los niveles anteriores, el ONUSIDA volvió a calcular los totales correspondientes a 1996 utilizando nuevos métodos de estimación. Los resultados mostraron que las estimaciones anteriores referentes a la mayor parte del mundo eran correctas.

La diferencia se encontraba en gran medida en el África subsahariana. Mientras que originalmente se había estimado que el número de personas que vivían con el VIH en esa región era de 14 millones en 1996, la nueva información indica que el total regional en ese periodo probablemente se aproximaba a los 18,6 millones, en comparación con 20,8 millones en 1997. Sobre la base de la nueva información, las infecciones nuevas ocurridas en 1996 se han estimado en 3,8 millones en África solamente.

¿POR QUÉ SE SUBESTIMÓ TANTO LA INFECCIÓN EN AFRICA?

En el momento de construirse el modelo regional para el África subsahariana, pocos países tenían mucha información fiable y algunos, en particular Nigeria y Sudáfrica, cuya población es numerosa, no tenían prácticamente ninguna. El país con el mejor sistema de vigilancia era Uganda y éste mostró que las tasas de infección estaban comenzando a nivelarse y el número de infecciones nuevas en los grupos de edad más jóvenes estaba disminuyendo. Estas características se tomaron como modelo para toda la región.

Desafortunadamente, en otros países la epidemia no ha tenido las mismas características epidemiológicas que en Uganda. En muchos de ellos las tasas de infección han seguido aumentando por encima de los niveles que se creían posibles en 1994, cuando se recogieron los datos para los modelos regionales utilizados en las estimaciones anteriores.

¿SON DEFINITIVAS LAS NUEVAS ESTIMACIONES?

Cada una de las cifras del presente informe constituye la "mejor estimación" entre varias posibilidades y no un número preciso. El ONUSIDA y la OMS consideran que estas nuevas estimaciones son lo más exacto que haya sido posible generar con los datos de que se dispone. Pero todavía hay mucho que se desconoce acerca del VIH. Con más información sobre la evolución de la infección, sus repercusiones en la fecundidad y la mortalidad, así como la transmisibilidad de las diferentes cepas del virus se modificarían algunas de las suposiciones en que se basan los modelos actuales. Un panorama más claro de los niveles actuales de infección, en particular en países con poblaciones numerosas y datos insuficientes, como la India, mejorará las estimaciones futuras. Y los esfuerzos que despliegan los gobiernos y las comunidades para modificar la evolución de la epidemia en sus respectivos países tendrá repercusiones en la tasa de infecciones nuevas así como en las estimaciones y proyecciones.

El ONUSIDA y la OMS seguirán mejorando los métodos de estimación a medida que se disponga de información nueva.