

ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE

Estadísticas y características del VIH y el SIDA, en 2003 y 2005

	Adultos y niños que vivían con el VIH	Número de mujeres que vivían con el VIH	Nuevos casos de infección por el VIH en adultos y niños	Prevalencia del VIH en adultos (%)	Defunciones de adultos y niños a causa del SIDA
2005	510 000 [230 000–1,4 millones]	220 000 [83 000–660 000]	67 000 [35 000–200 000]	0,2 [0,1–0,6]	58 000 [25 000–145 000]
2003	500 000 [200 000–1,4 millones]	230 000 [78 000–700 000]	62 000 [31 000–200 000]	0,2 [0,1–0,7]	55 000 [22 000–140 000]

El avance del SIDA en Oriente Medio y África del Norte ha continuado; las últimas estimaciones indican que 67 000 [35 000–200 000] personas contrajeron la infección por el VIH en 2005. Alrededor de 510 000 [230 000–1,4 millones] personas viven con el VIH en esta región. Se estima que en 2005 fallecieron 58 000 [25 000–145 000] personas por enfermedades asociadas con el SIDA.

Aunque la vigilancia del VIH sigue siendo deficiente en esta región, se dispone de información más exhaustiva en algunos países (incluidos Argelia, Libia, Marruecos, Somalia y Sudán). Los datos disponibles ponen de manifiesto una tendencia al alza de las infecciones por el VIH (especialmente en los grupos de menor edad) en países como **Argelia, Libia, Marruecos y Somalia**). La principal vía de transmisión del VIH en esta región es el contacto sexual sin protección, aunque el consumo de drogas intravenosas está convirtiéndose en un factor cada vez más importante (y es el modo de infección predominante en al menos dos países, Irán y Libia). Las infecciones por productos sanguíneos contaminados, por transfusiones sanguíneas o por falta de medidas de control de la infección en servicios de atención sanitaria, en general, están en disminución, si bien aún persisten problemas en algunos países. El porcentaje de casos de SIDA notificados que se atribuyen a sangre contaminada disminuyó del 12% en 1993 al 0,4% en 2003 (Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, 2005).

Salvo en el **Sudán**, los niveles de prevalencia nacional del VIH son bajos en todos los países de la región. No obstante, la mayor parte de la epidemia se concentra geográficamente y entre determinadas poblaciones de riesgo, incluidos los profesionales del sexo y sus clientes, los consumidores de drogas intravenosas y los varones que tienen relaciones sexuales con varones.

El país más afectado de esta región es, con mucho, el **Sudán**, con los niveles de infección más altos detectados en el sur. Hay indicios recientes de que la presencia del VIH puede estar acentuándose en el norte. Entre la minoría de mujeres que aceptó hacerse la prueba de detección del VIH en Jartum, en el marco de un proyecto piloto para prevenir la transmisión maternoinfantil, muy poco menos del 1% (0,8%) dio positivo. Entre las mujeres que acuden a los dispensarios de atención de las ETS en la capital, más del 2% dio positivo en 2004, y se ha encontrado una prevalencia del VIH del 1% también entre estudiantes universitarios y personas desplazadas dentro del país, en estados tanto del sur como del norte (Ministerio de Salud Pública del Sudán, 2005; Programa Nacional de Control del SIDA del Sudán, 2004c y 2004d). En un país con una larga historia de conflictos civiles y desplazamientos forzados, las personas desplazadas en el interior se enfrentan a veces a tasas más altas de infección por el VIH. Por ejemplo, entre las mujeres embarazadas desplazadas que solicitaron atención prenatal en

Jartum en 2004, se halló una prevalencia del VIH del 1,6%, cifra que contrasta con una prevalencia de menos del 0,3% encontrada entre otras mujeres embarazadas (Ministerio de Salud Pública del Sudán, 2005).

Si bien en los últimos años en el Sudán se han intensificado los esfuerzos en materia de prevención, según un reciente estudio del comportamiento sólo tres cuartas partes de las mujeres embarazadas han oído hablar alguna vez del SIDA, y una quinta parte de las mujeres encuestadas creían que podían contraer el VIH compartiendo una comida con una persona seropositiva. Solamente el 5% sabía que el uso del preservativo podía prevenir la infección por el VIH, y más de las dos terceras partes de las mujeres nunca había oído visto un preservativo ni había oído hablar de él (Programa Nacional de Control del SIDA del Sudán, 2004a). Incluso entre personas con un riesgo de infección especial (como los profesionales del sexo), los conocimientos en materia del VIH son escasos y es raro el comportamiento preventivo. Al ser encuestados, más de la mitad (55%) de los profesionales del sexo dijeron que nunca habían oído visto un preservativo ni oído hablar de él, y menos del 20% (17%) sabía que los preservativos pueden prevenir la transmisión del VIH. La prevalencia del VIH entre las mujeres era del 4,4% (Programa Nacional de Control del SIDA del Sudán, 2004b). Entre las personas desplazadas en el interior del país se observan lagunas similares en materia de conocimientos y comportamiento (Programa Nacional de Control del SIDA del Sudán, 2004c).

Los datos relativos a la vigilancia del VIH siguen siendo insuficientes en la mayoría de los demás países de la región, aunque la situación parece estar mejorando en algunos de ellos. Un ejemplo es **Arabia Saudita**. Las investigaciones realizadas en Riad, la capital, indican que aproximadamente la mitad de las infecciones por el VIH se ha producido durante relaciones heterosexuales. La mayoría de las mujeres infectadas eran casadas y contrajeron el virus de sus esposos, mientras que la mayoría de los varones se infectó al recurrir a relaciones sexuales remuneradas (Abdulrahman *et al.*, 2004). Las relaciones sexuales entre varones y el consumo de drogas intravenosas dan cuenta de una pequeña minoría de las infecciones, pero una gran proporción (26%) de las infecciones detectadas en este estudio se atribuyeron a la transfusión de sangre contaminada en los inicios de la epidemia. Aquí, sin embargo, la magnitud total de la epidemia

sigue siendo desconocida, con estimaciones que van de poco más de 1000 a 8000 personas que viven con el VIH.

Los datos oficiales de **Egipto** apuntan a una epidemia impulsada principalmente por las relaciones sexuales sin protección —las relaciones heterosexuales dan cuenta de casi la mitad de los casos de VIH en los que se registró la vía de transmisión; por su parte, el sexo entre varones es responsable de más de una quinta parte de las infecciones. El consumo de drogas intravenosas fue la vía de transmisión en apenas el 2% de los casos de VIH. Con todo, los investigadores encontraron altos niveles de comportamiento de riesgo entre los consumidores de drogas intravenosas en El Cairo, por ejemplo, donde más de la mitad de los consumidores encuestados afirmó que el mes anterior habían usado equipos de inyección no esterilizados (Elshimi, Warner-Smith y Aon, 2004).

Aunque todavía es muy baja, la prevalencia del VIH entre las mujeres que acuden a centros de atención prenatales en **Marruecos** se duplicó entre 1999 y 2003, cuando alcanzó el 0,13%. Entre los profesionales del sexo y los presos, la prevalencia fue considerablemente más alta, con el 2,3% y el 0,8%, respectivamente (Ministerio de Salud de Marruecos, 2003-2004). Las relaciones sexuales desprotegidas —heterosexuales en su mayoría— son el factor propulsor de la epidemia, con una pequeña proporción de casos detectados de VIH asociados con las relaciones sexuales entre varones y el consumo de drogas intravenosas. Las autoridades sanitarias nacionales estiman que en 2003 vivían con el VIH entre 13 000 y 16 000 personas, más de la mitad de ellas en las zonas de Casablanca y alrededores, Sous Massa Draa y Marrakech Tensift El Haouz.

En comparación con el año anterior, **Argelia** registró el doble de nuevos casos de VIH en 2004 (266 diagnósticos). Este dato podría anunciar un aumento de la epidemia -hasta ahora pequeña en el país-, aún no estudiada como corresponde. Se desconocen las vías de transmisión en lo que respecta a casi las tres cuartas partes de los 1721 diagnósticos oficiales de VIH a finales de 2004, lo cual dificulta localizar las rutas de transmisión (Ministerio de Salud de Argelia, 2005). No obstante, la mayor parte de las infecciones parece producirse durante las relaciones heterosexuales, siendo el comercio sexual un factor destacado, especialmente en el sur, donde la prevalencia del VIH es mucho

más alta que en cualquier otra región del país. Los niveles de infección más altos registrados hasta la fecha se dan entre profesionales del sexo: 1,7% en Orán, en el norte del país, y de hasta el 0,9% en Tamanraset, en el sur, donde ha aumentado bruscamente del 2% registrado en 2000 (Institut de formation paramédicale de Parnet, 2004; Fares *et al.*, 2004). Además de los profesionales del sexo, en Tamanraset el personal militar y los migrantes parecen particularmente vulnerables al VIH.

En **Túnez**, la epidemia parece relativamente estable, aunque el aumento observado de situaciones de riesgo podría cambiar esta tendencia. El comercio sexual va en aumento, y el consumo de drogas intravenosas, aunque todavía muy limitado, también parece estar ganando terreno. Como son los jóvenes, en particular, los que tienen escasos conocimientos sobre el VIH y un acceso limitado a los preservativos, dichas tendencias podrían exponerlos al riesgo de contraer el VIH.

En toda la región, se necesita más, mejor y más exhaustiva información sobre los modos de transmisión del VIH, especialmente sobre el papel del comercio sexual y de las relaciones sexuales entre varones.

En cambio, en **Libia**, es el consumo de drogas intravenosas el principal motor de una epidemia que en los últimos años ha hecho aumentar las infecciones por el VIH entre varones jóvenes. Tras un brote de infecciones nosocomiales en el Hospital de Niños de Benghazi en 1998, Libia comunicó un aumento igual a casi diez veces del número infecciones entre varones jóvenes a principio de los años 2000. Un 80% de casi 10 000 casos de VIH comunicados oficialmente a finales de 2004 se ha producido desde el cambio de siglo, y la mayor parte de esas infecciones parece ser el resultado del consumo de drogas intravenosas. Es difícil de calibrar la extensión del consumo de drogas intravenosas en Libia, aunque en gran parte parece estar concentrado en la capital, Trípoli, y sus alrededores, siendo la heroína la droga más consumida. El Programa Nacional del SIDA estima que más de 23 000 personas vivían con el VIH a finales de 2003, una cifra que seguramente seguirá aumentando sin los esfuerzos adecuados para llegar a los consumidores de drogas intravenosas con programas de prevención, una protección también para sus parejas sexuales. Aunque el Programa Nacional del SIDA de Libia ha intensificado los

esfuerzos por una mayor toma de conciencia y para fomentar el conocimiento del probable desarrollo de la epidemia, sigue enfrentándose a enormes desafíos. Según se afirma, el estigma y la negación están muy difundidos. Se requiere con urgencia seguir desarrollando y ampliando los programas de prevención del VIH, garantizando un enfoque orientado a las poblaciones de riesgo.

El **Irán**, que se ha enfrentado a un desafío similar, aunque mayor, desde finales de los años 1990, ha introducido algunos aspectos de la política de reducción del daño destinados a la creciente población de consumidores de drogas intravenosas. El VIH circula ampliamente entre los consumidores de drogas intravenosas, estimados, en 2003, en 200 000 y todo parece indicar que se propagará aún más (Jenkins y Robalino, 2003). Un nuevo estudio realizado entre consumidores que acuden a centros públicos de tratamientos de toxicomanías en Teherán sugiere que existen estrechos vínculos

entre el VIH y el consumo de drogas intravenosas, el encarcelamiento y las prácticas sexuales en el país. La mayoría de los consumidores eran jóvenes (edad mediana de 25 años) y tres cuartas partes de ellos se inyectaban heroína. Cerca del 40% de los que habían usado equipos de inyección no esterilizados lo habían hecho en la cárcel (Zamani *et al.*, 2005). De hecho, el encarcelamiento parecía estar asociado a comportamientos de riesgo para la infección del VIH: un descubrimiento perturbador, dado que, según algunas estimaciones, casi la mitad del total de la población carcelaria del Irán está formada por personas detenidas o condenadas por acusaciones relacionadas con las drogas (ONUDD, 2002). Este dato pone de relieve la urgente necesidad de ampliar los programas preventivos ya probados, especialmente para los presos consumidores de drogas intravenosas (Zamani *et al.*, 2005). Más allá de las puertas de la cárcel, también deben desarrollarse amplios programas de reducción del daño si se desea poner freno a la epidemia de VIH en el Irán. Esta urgencia la subraya también el hecho de que la mayoría de los consumidores de drogas intravenosas que participaron el estudio de Teherán eran sexualmente activos, y de que

muchos compraban o vendían servicios sexuales y solamente el 53% de consumidores de drogas intravenosas sexualmente activos había usado alguna vez un preservativo (Zamani *et al.*, 2005). Según un estudio anterior, alrededor de la mitad de los consumidores de drogas intravenosas eran casados, y una tercera parte había afirmado mantener relaciones sexuales fuera del matrimonio (ONUSIDA/OMS, 2004), lo cual señala una clara posibilidad de transmisión sexual del VIH de los consumidores de drogas intravenosas infectados a sus parejas sexuales (Zamani *et al.*, 2005). Aunque demasiado esquemáticos, los datos disponibles indican que los bajos niveles de uso del preservativo entre los profesionales del sexo exponen a ellos y a sus clientes al riesgo de infección.

Se sabe muy poco sobre la propagación del VIH en otros países de la región. Se cree que en **Jordania** viven con el VIH unas 600–1000 personas; en ese país, la prevalencia del VIH entre adultos es muy baja (0,02%). Aproximadamente la mitad de las infecciones se atribuyen a las relaciones sexuales sin protección; con todo, una amplia encuesta entre jóvenes ha hallado que las relaciones sexuales ocasionales eran relativamente raras y que el uso del preservativo era moderadamente elevado (40%) entre aquellos que sí practicaban las relaciones sexuales fuera del matrimonio. En el **Yemen**, se cree que la transmisión del VIH está relacionada con el comercio sexual, mientras que el consumo de drogas

intravenosas parece ser un modo de transmisión más destacado en **Bahrein, Kuwait y Omán**.

Es obvio que toda la región necesita más, mejor y más exhaustiva información sobre los modos de transmisión del VIH, especialmente sobre el papel del comercio sexual y de las relaciones sexuales entre varones. Es escasa la información disponible sobre estos dos ámbitos, lo cual sugiere que es probable que el VIH se transmita por otros comportamientos de riesgo o en otros contextos. Por ejemplo, en diversos países de esta región, la combinación de insuficientes datos de vigilancia y fuertes tabúes socioculturales contra las relaciones sexuales entre varones podría ocultar que dichas relaciones son un factor en la transmisión del VIH. Poco se sabe sobre la transmisión del VIH en las cárceles, aunque los datos disponibles apuntan a un riesgo elevado en el entorno carcelario. En 2003 se ha comunicado una prevalencia del VIH del 18% en cárceles de Trípoli (Libia), del 2% en el Sudán y de casi el 1% en Marruecos (Sammud, 2005; Ministerio de Salud de Marruecos, 2005).

Los programas y servicios de prevención del VIH siguen siendo esporádicos en la región. El conocimiento sobre el SIDA es, por regla general, deficiente, incluso entre poblaciones con el máximo riesgo de contraer la infección. Se necesitan importantes esfuerzos para introducir estrategias de prevención del VIH más eficaces en Oriente Medio y África del Norte.