

06

Diciembre

# Situación de la epidemia de SIDA



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

ACNUR  
UNICEF  
PMA  
PNUD  
UNFPA  
ONUDD  
OIT  
UNESCO  
OMS  
BANCO MUNDIAL



**Organización  
Mundial de la Salud**

---

ONUSIDA/06.29S (versión española, diciembre de 2006)  
Versión original inglesa, UNAIDS/06.29E, diciembre de 2006 :  
*AIDS epidemic update: December 2006*  
Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS) 2006.

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas conjuntamente por el ONUSIDA y la OMS pueden obtenerse solicitándolas al Centro de Información del ONUSIDA. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones del ONUSIDA –sea con fines comerciales o no– también deben dirigirse al Centro de Información por correo a la dirección indicada más abajo, por fax (+41 22 791 4187) o por correo electrónico ([publicationpermissions@unids.org](mailto:publicationpermissions@unids.org)).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA o de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el ONUSIDA o la OMS los aprueben o recomienden con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

El ONUSIDA y la OMS no garantizan que la información contenida en la presente publicación sea completa y correcta, y no se responsabilizan de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

---

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

ONUSIDA.  
Situación de la epidemia de SIDA : Diciembre de 2006.

“ONUSIDA/06.29S”

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

ISBN 92 9 173544 2

(Clasificación NLM: WC 503.41)

---

---

ONUSIDA  
20 avenue Appia  
CH-1211 Ginebra 27  
Suiza

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

[unids@unids.org](mailto:unids@unids.org)  
[www.unids.org](http://www.unids.org)

# Situación de la epidemia de SIDA

Diciembre de 2006



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

ACNUR  
UNICEF  
PMA  
PNUD  
UNFPA  
ONUDD  
OIT  
UNESCO  
OMS  
BANCO MUNDIAL



**Organización  
Mundial de la Salud**



# ÍNDICE

---

AGRADECIMIENTOS	
RESUMEN MUNDIAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA, DICIEMBRE DE 2006	1
INTRODUCCIÓN	3
ÁFRICA SUBSAHARIANA	10
ASIA	23
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	35
CARIBE	42
AMÉRICA LATINA	45
AMÉRICA DEL NORTE, EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL	49
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE	54
OCEANÍA	56
MAPAS	58

Estimaciones mundiales para adultos y niños, 2006

Número estimado de adultos y niños que viven con el VIH, 2006

Número estimado de nuevas infecciones por el VIH en adultos y niños, 2006

Número estimado de defunciones por SIDA en adultos y niños, 2006

BIBLIOGRAFÍA	63
--------------	----

## **AGRADECIMIENTOS**

---

La presente actualización de la situación de la epidemia de SIDA correspondiente a 2006 es un informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Incluye aportaciones del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y de Hein Marais.

Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2006





## Resumen mundial de la epidemia de SIDA, Diciembre de 2006

---

### Personas que vivían con el VIH en 2006

<b>Total</b>	<b>39,5 millones (34,1–47,1 millones)</b>
Adultos	37,2 millones (32,1–44,5 millones)
Mujeres	17,7 millones (15,1–20,9 millones)
Menores de 15 años	2,3 millones ( 1,7–3,5 millones)

---

### Nuevas infecciones por el VIH en 2006

<b>Total</b>	<b>4,3 millones (3,6–6,6 millones)</b>
Adultos	3,8 millones ( 3,2–5,7 millones)
Menores de 15 años	530 000 (410 000–660 000)

---

### Defunciones causadas por el SIDA en 2006

<b>Total</b>	<b>2,9 millones (2,5–3,5 millones)</b>
Adultos	2,6 millones (2,2–3,0 millones)
Menores de 15 años	380 000 (290 000–500 000)

---

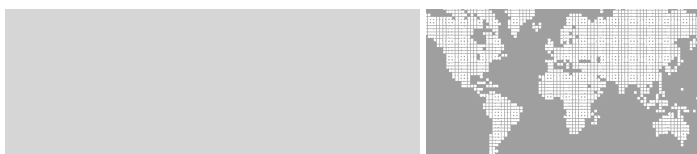
Los intervalos de las estimaciones presentadas en este cuadro, que están basadas en la mejor información disponible, definen los márgenes dentro de los cuales se encuentran los datos reales.

## Estadísticas y características regionales del VIH y el SIDA, 2004 y 2006

	Adultos y niños que vivían con el VIH	Nuevas infecciones por el VIH en adultos y niños	Prevalencia del VIH en adultos (15-49 años) (%)	Defunciones de adultos y niños por SIDA
<b>África subsahariana</b>				
2006	24,7 millones [21,8–27,7 millones]	2,8 millones [2,4–3,2 millones]	5,9% [5,2%–6,7%]	2,1 millones [1,8–2,4 millones]
2004	23,6 millones [20,9–26,4 millones]	2,6 millones [2,2–2,9 millones]	6,0% [5,3%–6,8%]	1,9 millones [1,7–2,3 millones]
<b>África del Norte y Oriente Medio</b>				
2006	460 000 [270 000–760 000]	68 000 [41 000–220 000]	0,2% [0,1%–0,3%]	36 000 [20 000–60 000]
2004	400 000 [230 000–650 000]	59 000 [34 000–170 000]	0,2% [0,1%–0,3%]	33 000 [18 000–55 000]
<b>Asia meridional y sudoriental</b>				
2006	7,8 millones [5,2–12,0 millones]	860 000 [550 000–2,3 millones]	0,6% [0,4%–1,0%]	590 000 [390 000–850 000]
2004	7,2 millones [4,8–11,2 millones]	770 000 [480 000–2,1 millones]	0,6% [0,4%–1,0%]	510 000 [330 000–740 000]
<b>Asia oriental</b>				
2006	750 000 [460 000–1,2 millones]	100 000 [56 000–300 000]	0,1% [<0,2%]	43 000 [26 000–64 000]
2004	620 000 [380 000–1,0 millones]	90 000 [50 000–270 000]	0,1% [<0,2%]	33 000 [20 000–49 000]
<b>Oceanía</b>				
2006	81 000 [50 000–170 000]	7 100 [3 400–54 000]	0,4% [0,2%–0,9%]	4 000 [2 300–6 600]
2004	72 000 [44 000–150 000]	8 000 [3 900–61 000]	0,3% [0,2%–0,8%]	2 900 [1 600–4 600]
<b>América Latina</b>				
2006	1,7 millones [1,3–2,5 millones]	140 000 [100 000–410 000]	0,5% [0,4%–1,2%]	65 000 [51 000–84 000]
2004	1,5 millones [1,2–2,2 millones]	130 000 [100 000–320 000]	0,5% [0,4%–0,7%]	53 000 [41 000–69 000]
<b>Caribe</b>				
2006	250 000 [190 000–320 000]	27 000 [20 000–41 000]	1,2% [0,9%–1,7%]	19 000 [14 000–25 000]
2004	240 000 [180 000–300 000]	25 000 [19 000–35 000]	1,1% [0,9%–1,5%]	21 000 [15 000–28 000]
<b>Europa oriental y Asia central</b>				
2006	1,7 millones [1,2–2,6 millones]	270 000 [170 000–820 000]	0,9% [0,6%–1,4%]	84 000 [58 000–120 000]
2004	1,4 millones [950 000–2,1 millones]	160 000 [110 000–470 000]	0,7% [0,5%–1,1%]	48 000 [34 000–66 000]
<b>Europa occidental y central</b>				
2006	740 000 [580 000–970 000]	22 000 [18 000–33 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	12 000 [<15 000]
2004	700 000 [550 000–920 000]	22 000 [18 000–33 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	12 000 [<15 000]
<b>América del Norte</b>				
2006	1,4 millones [880 000–2,2 millones]	43 000 [34 000–65 000]	0,8% [0,6%–1,1%]	18 000 [11 000–26 000]
2004	1,2 millones [710 000–1,9 millones]	43 000 [34 000–65 000]	0,7% [0,4%–1,0%]	18 000 [11 000–26 000]
<b>TOTAL</b>				
2006	39,5 millones [34,1–47,1 millones]	4,3 millones [3,6–6,6 millones]	1,0% [0,9%–1,2%]	2,9 millones [2,5–3,5 millones]
2004	36,9 millones [31,9–43,8 millones]	3,9 millones [3,3–5,8 millones]	1,0% [0,8%–1,2%]	2,7 millones [2,3–3,2 millones]

Cuadro 1





## INTRODUCCIÓN

### Principales tendencias mundiales y regionales

En los últimos años se han producido prometedores avances en las iniciativas mundiales para abordar la epidemia de SIDA, incluido un mayor acceso a los programas eficaces de tratamiento y prevención. Sin embargo, el número de personas que viven con el VIH sigue aumentando, así como el de defunciones causadas por SIDA. Un total de 39,5 millones [34,1–47,1 millones] de personas vivían con el VIH en 2006, 2,6 millones más que en 2004. Esa cifra incluye los 3,4 millones [3,6 –6,6 millones] de adultos y niños infectados por el VIH estimados en 2006, alrededor de 400 000 más que en 2004.

En muchas regiones del mundo, las nuevas infecciones por el VIH se concentran sobre todo entre los jóvenes (de 15 a 24 años de edad). Entre los adultos de 15 años o más, los jóvenes representaron el 40% de las nuevas infecciones contraídas en 2006.

**África subsahariana** sigue siendo la región más castigada por la epidemia mundial. Las dos terceras partes (65%) del total mundial de adultos y niños con el VIH viven en África subsahariana, con el epicentro en África meridional (véanse pp. 10–17). Un tercio (32%) del total mundial de personas con el VIH viven en esa subregión, donde también se registró el 34% de los fallecimientos por SIDA en 2006.

En algunos países de África subsahariana se observa una disminución de la prevalencia nacional del VIH, pero no son tendencias sólidas ni lo suficientemente amplias para reducir el impacto general de la epidemia en la región (véanse pp. 10–23).

Casi las tres cuartas partes (72%) del total de fallecimientos de adultos y niños causados por SIDA en

2006 tuvieron lugar en **África subsahariana**: 2,1 millones [1,8 –2,4 millones] del total mundial de 2,9 millones [2,5 –3,5 millones]. Se estima que África subsahariana en conjunto alberga 24,7 millones [21,8 –27,7 millones] de adultos y niños infectados por el VIH, 1,1 millones más que en 2004.

En los últimos dos años, el número de personas que vive con el VIH aumentó en todas las regiones del mundo. El incremento más preocupante se registró en **Asia oriental** y en **Europa oriental y Asia central**, donde el número de personas que vivían con el VIH en 2006 fue una quinta parte (21%) más alto que en 2004.

---

*Desde 2000/2001, la prevalencia del VIH ha disminuido en ocho de los 11 países con datos suficientes para analizar las tendencias recientes entre los jóvenes.*

---

Los 270 000 [170 000–820 000] adultos y niños infectados por el VIH en **Europa oriental y Asia central** en 2006 dan cuenta de un aumento de casi el 70% en relación con las 160 000 [110 000–470 000] personas que contrajeron el VIH en 2004. En **Asia meridional y sudoriental**, el número de nuevas infecciones por el VIH se incrementó un 15% en 2004–2006, mientras que en **Oriente Medio y África del Norte** aumentó un 12%. En **América Latina**, el **Caribe y América del Norte** las nuevas infecciones de 2006 se mantuvieron en líneas generales al mismo nivel que en 2004.

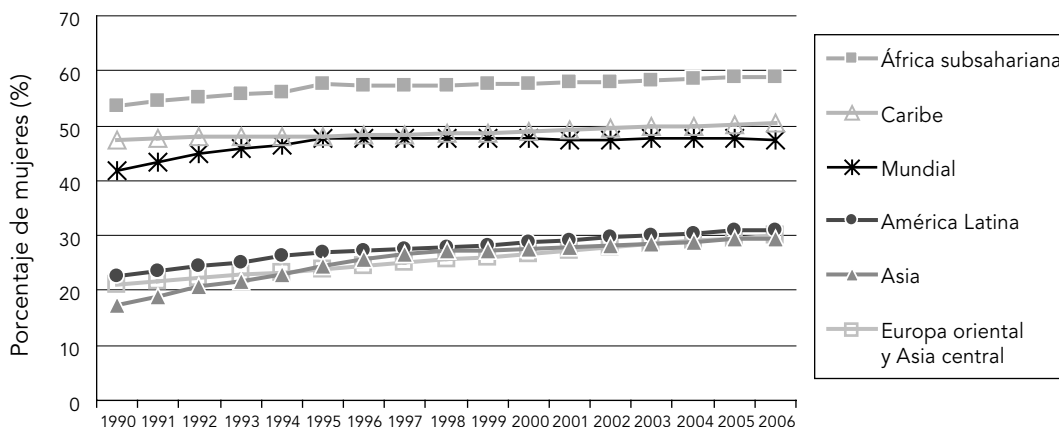
A nivel mundial y en cada una de las regiones, actualmente hay más mujeres adultas (de 15 años

Estadísticas y características regionales del VIH para las mujeres, 2003 y 2005

		Número de mujeres (de 15-49 años) que vivían con el VIH	Porcentaje de mujeres adultas (15-49 años) que vivían con el VIH (%)
África subsahariana	2006	13,3 millones [11,5–15,2 millones]	59
	2004	12,7 millones [11,0–14,5 millones]	59
África del Norte y Oriente Medio	2006	200 000 [100 000–370 000]	48
	2004	180 000 [89 000–330 000]	49
Asia meridional y sudoriental	2006	2,2 millones [1,3–3,6 millones]	29
	2004	2,0 millones [1,2–3,3 millones]	29
Asia oriental	2006	210 000 [110 000–370 000]	29
	2004	160 000 [90 000–280 000]	27
Oceanía	2006	36 000 [17 000–90 000]	47
	2004	32 000 [16 000–81 000]	47
América Latina	2006	510 000 [350 000–800 000]	31
	2004	450 000 [310 000–670 000]	30
Caribe	2006	120 000 [85 000–160 000]	50
	2004	110 000 [80 000–150 000]	50
Europa oriental y Asia central	2006	510 000 [330 000–810 000]	30
	2004	410 000 [260 000–650 000]	30
Europa occidental y central	2006	210 000 [160 000–300 000]	28
	2004	190 000 [140 000–260 000]	28
América del Norte	2006	350 000 [190 000–570 000]	26
	2004	300 000 [160 000–510 000]	26
TOTAL	2006	17,7 millones [15,1–20,9 millones]	48
	2004	16,5 millones [14,2–19,5 millones]	48

Cuadro 2

Porcentaje de adultos (15 años o más) con el VIH que son mujeres, 1990-2006



Fuente: ONUSIDA/OMS, 22 de septiembre de 2006

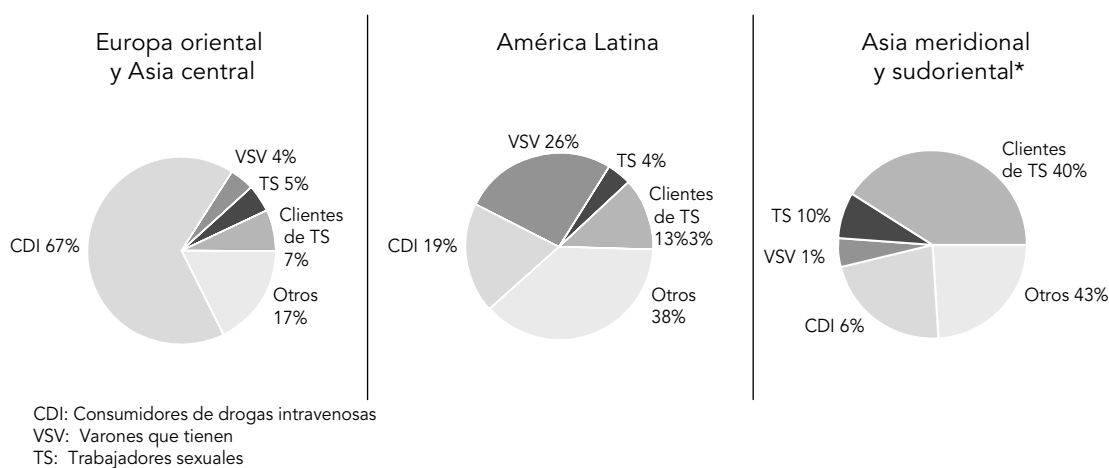
Figura 1

o más) que nunca que viven con el VIH. Los 17,6 millones [15,1 -20,9 millones] de mujeres que vivían con el VIH en 2006 representaron un aumento de más de un millón en comparación con 2004. En **África subsahariana**, por cada diez varones adultos que viven con el VIH hay unas 14 mujeres adultas infectadas por el virus. En todos los grupos de edad, el 59% de las personas que vivían con el VIH en África subsahariana en 2006 eran mujeres. En el **Caribe, Oriente Medio y África del Norte**, y **Oceanía**, cerca de uno de cada

## Centrarse en el riesgo

La importancia de los comportamientos de riesgo (como el consumo de drogas intravenosas, las relaciones sexuales remuneradas sin protección y las relaciones sexuales sin protección entre varones) resulta especialmente evidente en las epidemias de VIH de Asia, Europa oriental y América Latina (véase figura 2). En **Europa oriental y Asia central**, por ejemplo, dos de cada tres (67%) infecciones por el VIH en 2005 se debieron al uso de

Proporciones de infecciones por el VIH en diferentes grupos de población por región, 2005



\* No se incluyó la India porque la magnitud de su epidemia de VIH (que es principalmente heterosexual) oculta el alcance que tienen otros grupos de población de riesgo en las epidemias de la región.

Figura 2

diez adultos con el VIH es mujer. Mientras tanto, en muchos países de **Asia, Europa oriental y América Latina** continúa aumentando la proporción de mujeres que viven con el VIH.

El acceso al tratamiento y la atención ha aumentado significativamente en los últimos años, aunque a partir de un nivel muy bajo en muchos países. A pesar de todo, los beneficios son notables. Se estima que a través del suministro de tratamiento antirretrovírico se han ganado dos millones de años de vida desde 2002 en los países de ingresos bajos y medianos. Sólo en África subsahariana, se han ganado unos 790 000 años, la mayor parte de ellos en los últimos dos años de ampliación del tratamiento antirretrovírico. En América Latina, donde el suministro de tratamiento en gran escala empezó antes, se han ganado desde 2002 unos 834 000 años de vida.

equipos de inyección no estériles para el consumo de drogas intravenosas. Los profesionales del sexo y sus clientes representaron alrededor del 12% de las infecciones por el VIH.

El comercio sexual y el consumo de drogas intravenosas representaron una proporción global similar de infecciones por el VIH en **Asia meridional y sudoriental**. Salvo en la India, casi una de cada dos (49%) infecciones por el VIH en 2005 ocurrieron en profesionales del sexo y sus clientes, y más de una de cada cinco (22%) en consumidores de drogas intravenosas. Una pequeña pero significativa proporción de infecciones (5%) tuvo lugar en varones que tienen relaciones sexuales con varones. En **América Latina**, en contraste, una de cada cuatro (26%) infecciones por el VIH en 2005 se registraron en varones que tienen relaciones sexuales con varones, mientras el 19% en consumidores de drogas intravenosas. Aunque la prevalencia del VIH

en profesionales del sexo es relativamente baja en esta región (véanse pp. 48-52), éstos y sus clientes representan casi la sexta parte (17%) de las infecciones por el VIH.

Aunque las epidemias también se propagan a las poblaciones generales de los países de esas regiones, siguen estando muy concentradas en grupos de población específicos. Esto subraya la necesidad de centrar eficazmente las estrategias de prevención, tratamiento y atención en los grupos de población que corren mayor riesgo de infección por el VIH.

### Últimos datos regionales

Casi 25 millones de personas viven con el VIH en **África subsahariana**, el 63% del total de las que viven con el VIH en el mundo. En los últimos años se han hecho esfuerzos importantes para mejorar el acceso al tratamiento antirretrovírico. Sin embargo, en 2006 fallecieron 2,1 millones [1,8 -2,4 millones] de africanos por causa del SIDA, casi las tres cuartas partes (72%) del total de defunciones causadas por el síndrome en el mundo.

La zona más castigada es África meridional (véanse pp. 10-17), donde **Zimbabwe** sigue siendo el único país donde la prevalencia nacional del VIH en adultos ha disminuido. Esta tendencia parece estar relacionada, en parte, con los cambios comportamentales que se remontan a mediados y finales del decenio de 1990.

Mientras tanto, siguen creciendo las epidemias de **Mozambique, Sudáfrica y Zwavilandia**. Se estima que uno de cada tres adultos (33%) de **Zwavilandia** vivía con el VIH en 2005, datos que la convierten en la epidemia más intensa del mundo. En **Sudáfrica**, que en términos absolutos tiene una de las epidemias más grandes del mundo, la prevalencia del VIH entre las mujeres que acudieron a dispensarios prenatales públicos fue más de una tercera parte más elevada (35%) en 2005 que en 1999. Mientras los niveles de infección por el VIH entre las jóvenes embarazadas parecen estabilizarse, siguen aumentando entre las mujeres mayores. La epidemia está teniendo un impacto significativo. Las tasas de mortalidad por causas naturales entre las mujeres de 25 a 34 años se multiplicaron por cinco entre 1997 y 2004, y la de los varones de 30 a 44 ascendieron a más del doble. Gran parte de esos aumentos se deben a la epidemia de SIDA (véanse pp. 11-13).

En África oriental, donde los niveles de infección por el VIH son más bajos que en el sur del continente, parece continuar la tendencia general de estabilización o disminución de la prevalencia del VIH. La prevalencia nacional del VIH en embarazadas ha disminuido en **Kenya**, así como en **Tanzanía** y, en menor medida, en **Rwanda**. No obstante, en muchos otros países se registran con frecuencia tendencias discrepantes a niveles locales (véanse pp. 17-21). Mientras tanto, nuevas investigaciones indican una posible erosión de los logros alcanzados por **Uganda** en la lucha contra el SIDA en los años 1990, donde la prevalencia del VIH ha vuelto a aumentar en algunas zonas rurales. Un súbito aumento de los niveles de infección entre las embarazadas registrado en 2005 en la capital de **Burundi**, Bujumbura, podría invertir la tendencia general de disminución de la prevalencia del VIH posterior a 2000 en dicho país.

Las epidemias más pequeñas de África central y occidental muestran tendencias divergentes. Hay indicios de disminución de la prevalencia en las zonas urbanas de **Burkina Faso, Côte d'Ivoire y Ghana**, pero en **Malí** la epidemia de VIH parece aumentar. Un dato reciente de África subsahariana es el surgimiento del consumo de drogas intravenosas como un factor potencial de las epidemias de varios países, especialmente de **Kenya y Tanzanía** (así como de **Nigeria y Sudáfrica**).

En Asia, los niveles nacionales de infección por el VIH son más elevados en el sudeste, donde la combinación de relaciones sexuales remuneradas sin protección y relaciones sexuales entre varones sin protección, junto con el consumo peligroso de drogas intravenosas son los factores de riesgo más importantes para la infección por el VIH. Los brotes de VIH entre varones que tienen relaciones sexuales con varones empiezan a ser evidentes en **Camboya, China, India, Nepal, Pakistán, Tailandia y Viet Nam**. En muy pocos de esos países los programas nacionales del SIDA abordan adecuadamente el papel de las relaciones sexuales entre varones en las epidemias. Se registran brotes de VIH en **Afganistán y Pakistán**, particularmente entre los consumidores de drogas intravenosas. Los altos niveles de uso de equipos de inyección no estériles y otros comportamientos de riesgo ofrecen a la epidemia de VIH posibilidades importantes de propagación en ambos países.

La epidemia de VIH en la **India** podría describirse mejor como una serie de epidemias muy variadas en relación con los niveles de prevalencia, los factores

de riesgo de infección y los mecanismos de transmisión. Algunas de ellas parecen estables o en retroceso en zonas del sur, mientras que otras avanzan a paso moderado en otros lugares (véanse pp. 27-30). En **China**, donde las autoridades han ampliado mucho la respuesta al SIDA, el VIH se propaga gradualmente de las poblaciones que corren más riesgo (en especial los consumidores de drogas intravenosas y los profesionales del sexo y sus clientes) a la población general, y el número de infecciones por el VIH en mujeres está en aumento (véanse pp. 24-27).

Las epidemias en **América Latina** siguen generalmente estables, con el ejemplo concreto del **Brasil** que ilustra como insistir doblemente en la prevención y el tratamiento puede mantener la epidemia de VIH bajo control (véanse pp. 48-52). Se siguen registrando brotes del virus entre los consumidores de drogas intravenosas y los varones que tienen relaciones sexuales con varones en la mayor parte de los países de América del Sur. Aunque se trata de un comportamiento en gran parte oculto, las relaciones sexuales entre varones representan hasta uno de cada diez casos de VIH notificados en el **Caribe**. En dicha región, la prevalencia del VIH sigue estable en la **República Dominicana** y ha disminuido en las zonas urbanas de **Haití**, pero algunos indicios localizados señalan que las epidemias en ambos países pueden volver a aumentar si no se amplían los esfuerzos de prevención.

---

*En la mayoría de los países con epidemias generalizadas que hicieron encuestas repetidas se observan algunas tendencias positivas en el comportamiento sexual de los jóvenes. El futuro de las epidemias mundiales de VIH depende, en muchos aspectos, de los comportamientos que adopten o mantengan los jóvenes, y de los factores contextuales que afectan esas decisiones.*

---

Las minorías raciales y étnicas de los **Estados Unidos de América** continúan desproporcionadamente afectadas por la infección por el VIH, mientras que las poblaciones aborígenes siguen excesivamente representadas en la epidemia del **Canadá** (véanse pp. XXX). Allí, como en **Europa occidental y central**, el principal factor de riesgo siguen siendo las relaciones sexuales entre varones. La prevalencia del VIH oscila entre el 10 y el 20% entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones en algunos países de Europa occidental, con pruebas de un aumento de las relaciones

sexuales ocasionales sin protección en este grupo de población. Al mismo tiempo, aproximadamente las tres cuartas partes de las infecciones por el VIH contraídas por vía heterosexual en Europa occidental y central se registran entre los inmigrantes y los migrantes. Este hecho destaca la necesidad de adaptar los servicios de prevención, tratamiento y atención para que lleguen a dichas poblaciones.

Las epidemias de VIH en **Europa oriental y Asia central** aún son relativamente jóvenes y siguen extendiéndose, sobre todo en **Ucrania**, con la prevalencia del VIH más elevada de toda Europa (véanse pp. 37-43). Allí, como en la epidemia en expansión de la **Federación de Rusia** y en las epidemias más pequeñas pero en aumento de **Tayikistán** y **Uzbekistán**, el uso de equipos de inyección no estériles para el consumo de drogas sigue siendo el principal modo de transmisión del VIH. Las epidemias de VIH de estas regiones afectan sobre todo a los jóvenes; en la Federación de Rusia, por ejemplo, alrededor del 80% de las personas con el VIH son menores de 30 años. En la Federación de Rusia y en Ucrania, las mujeres (muchas de ellas de menos de 25 años) cargan con una proporción cada vez mayor de la carga del VIH, y representaron más del 40% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2005.

La vigilancia insuficiente del VIH sigue siendo un obstáculo en muchos países de **Europa**, el **Caribe**, **América central** y **Oriente Medio y África del Norte**. Esto dificulta que se determinen con precisión las características y tendencias de algunas epidemias de VIH y entorpece la preparación y ejecución de respuestas potencialmente eficaces. Hay recientes excepciones, entre ellas **Irán**, que ha mejorado la recopilación de información sobre el VIH y ampliado su respuesta al SIDA entre las poblaciones de riesgo.

### **Las tendencias del VIH y el comportamiento sexual entre los jóvenes**

En 2001, la *Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA* adoptada en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas esbozó el objetivo de reducir en un 25% la prevalencia del VIH entre los jóvenes de los países más afectados para 2005, previniendo nuevas infecciones. Lo ideal sería determinar las tendencias de la incidencia del VIH en tiempo real, y en concreto el impacto de los programas de prevención de la incidencia del VIH, pero es algo que exige estudios longitudinales de un gran número de personas.

Teniendo en cuenta las dificultades prácticas de efectuar dichos estudios, se ha propuesto usar la prevalencia del VIH en mujeres jóvenes de 15 a 24 años que acuden a dispensarios prenatales como una medida aproximada de la incidencia.

Para evaluar los avances encaminados a la consecución de este objetivo, el Grupo de Trabajo OMS/ONUSIDA sobre Vigilancia Mundial del VIH/SIDA y las ITS solicitó a los países en que la prevalencia nacional excedía del 3% que participaran en este proyecto.

La prevalencia del VIH ha disminuido desde 2000/2001 en ocho de los 11 países con datos suficientes para analizar las tendencias recientes entre los jóvenes.<sup>1</sup> En **Kenya**, la prevalencia del VIH entre las embarazadas jóvenes se redujo marcadamente en más de un 25%, tanto en las zonas urbanas como rurales. También se registraron disminuciones similares en las zonas urbanas de **Cote d'Ivoire**, **Malawi** y **Zimbabwe**, y en las zonas rurales de **Botswana**. Declives menos importantes (y no significativos) se observaron en zonas urbanas de **Botswana**, **Burundi** y **Rwanda** y en zonas rurales de **Tanzanía** y **Zimbabwe**. No se han hallado pruebas de una disminución en los niveles de infección por el VIH entre los jóvenes de **Mozambique**, **Sudáfrica** o **Zambia**.

Por medio de los resultados de las encuestas nacionales efectuadas por lo menos dos veces en el mismo país durante el período 1992-2005, se evaluaron las tendencias comportamentales entre los jóvenes. En **Kenya**, los datos de dichas tendencias señalan una reducción significativa en el transcurso del tiempo de los tipos de comportamientos sexuales que exponen a las personas al riesgo de infección por el VIH. La proporción de jóvenes que tienen relaciones sexuales con parejas ocasionales disminuyó en **Haití** (sólo en varones), **Kenya** y **Malawi** (en varones y mujeres jóvenes), y **Zambia** (sólo en mujeres), pero aumentó en el Camerún y

**Uganda** (sólo en mujeres). Mientras tanto, las tasas de uso del preservativo con parejas ocasionales parecieron aumentar en algunos de los países vigilados, incluidos el **Camerún**, **Sudáfrica**, **Tanzanía** y **Uganda** (varones y mujeres jóvenes), **Malawi** (sólo varones jóvenes), y **Kenya** y **Zambia** (sólo mujeres jóvenes). En unos pocos países, sobre todo en el **Camerún**, al parecer se observaron cambios simultáneos tanto hacia comportamientos más seguros como de mayor riesgo, con incrementos, por ejemplo, en los porcentajes de jóvenes que tienen prácticas sexuales de alto riesgo al mismo tiempo que aumentan las tasas de uso del preservativo durante las relaciones sexuales con una pareja no habitual.

Lamentablemente, son relativamente pocos los países que pudieron proporcionar datos amplios de tendencias comportamentales entre los jóvenes, y muchos países disponían de datos insuficientes o de ningún dato sobre las tendencias de la prevalencia del VIH en los jóvenes, incluidos algunos de los países con una prevalencia excepcionalmente elevada de África meridional. Esto pone de manifiesto la necesidad de ampliar las actividades de vigilancia del VIH con carácter urgente.

El futuro de las epidemias mundiales de VIH depende, en muchos aspectos, de los comportamientos que adopten o mantengan los jóvenes, y de los factores contextuales que afectan esas decisiones. Resultan evidentes algunos recientes cambios positivos entre los jóvenes en zonas del Caribe y África subsahariana, particularmente en África oriental.

<sup>1</sup> Se examinaron los datos de los 30 países más afectados, todos ellos, salvo dos (Bahamas y Haití) de África subsahariana. El análisis de las tendencias del VIH exigía que estuvieran disponibles por lo menos tres rondas de datos de centros de vigilancia del VIH utilizados de forma sistemática en 2000-2005. Sólo una minoría de países (11 de 30) tenían o aportaron dichos datos.

Tendencias entre jóvenes de 15-24 años en países de prevalencia alta: prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas en sistemas de vigilancia centinela (2000–2005), y comportamientos sexuales de mujeres y varones seleccionados a partir de encuestas nacionales (1992–2005)

País	Tendencia de la prevalencia*		Edad de inicio sexual**		Relaciones sexuales con pareja no habitual***		Uso de preservativo con pareja no habitual****	
	Urbana	Rural	Mujeres	Vaones	Mujeres	Vaones	Mujeres	Vaones
Angola	ID	ID						
Bahamas	ND	ND						
Botswana	▼ NS	▼ ≥ 25%						
Burundi#	▼ NS	?						
Camerún	ID	ID	↔	▼	▲	▲	▲	▲
República Centroafricana	ND	ND						
Chad	ID	ID	▼	↔				
Congo	ND	ND						
Côte d'Ivoire	▼ ≥ 25%	ID	▼					
Rep. Democrática del Congo	ID	ID						
Djibouti	ND	ND						
Gabón	ND	ND						
Haiti	ND	ND	▲	▲		▼		
Kenya	▼ ≥ 25%	▼ ≥ 25%	↔	↔	▼	▼	▲	↔
Lesotho	ID	ID						
Malawi#	▼ ≥ 25%	↔	▼	▼	▼	▼	↔	▲
Mozambique‡		↔	↔					
Namibia	ID	ID	↔					
Nigeria	ID	ID	↔	↔				
Rwanda	▼ NS	ND	↔					
Sudáfrica§		↔	↔	↔	↔	↔	▲	▲
Swazilandia	ND	ND						
Togo	ID	ID						
Uganda	ND	ND	▼		▲	↔	▲	▲
Rep. Unida de Tanzania	↔	▼ NS	↔	▼	↔	↔	▲	▲
Zambia¶		↔	↔		▼	↔	▲	↔
Zimbabwe	▼ ≥ 25%	▼ NS	▼	↔			↔	↔

**Nota:** Las casillas destacadas indican tendencias positivas en la prevalencia o el comportamiento.

- Leyendas:**\* Centros utilizados de forma coherente en el análisis de la prevalencia mediana por año durante por lo menos tres años. Prueba de significación basada en  $H_0$ : desviación=0. Análisis de países con más de tres años de datos basados en el siguiente número de centros urbanos y rurales sistemáticos: Botswana (10,10), Burundi (3,3), Côte d'Ivoire (9 urbano Kenya (20,13), Malawi(11,8), Mozambique (5 Sud 8 Centro, 7 Norte), Rwanda (6 urbano), Tanzania (11,8), Zimbabwe (7,6)
- \*\* Entre los jóvenes de 15-19 años, proporción de los que declararon haber iniciado las relaciones sexuales a los 15 años. Análisis basado en encuestas demográficas y de salud, encuestas a base de indicadores múltiples o encuestas nacionales realizadas entre 1992 y 2005.
- \*\*\* Entre los jóvenes de 15-19 años, proporción de los que declararon haber tenido relaciones sexuales con una pareja no habitual el último año. En Sudáfrica, proporción de los que comunicaron haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses. Análisis basado en encuestas demográficas y de salud y en encuestas nacionales de Sudáfrica realizadas entre 1992 y 2005.
- \*\*\*\* Entre los jóvenes de 15-19 años, proporción de los que declararon haber utilizado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja no habitual. Análisis basado en encuestas demográficas y de salud, encuestas a base de indicadores múltiples o encuestas nacionales realizadas entre 1992 y 2005.
- ▲ Aumento estadísticamente significativo.  
▼ Descenso estadísticamente significativo.  
▼ ≥ 25% Descenso estadísticamente significativo de más del 25%.  
▼ NS Descenso con el tiempo estadísticamente no significativo.  
↔ Sin pruebas de descenso.  
ID Datos insuficientes, es decir, menos de tres años de datos recibidos.  
ND Datos no disponibles.
- # En el análisis de los datos urbanos se tuvieron en cuenta las zonas semiurbanas y urbanas.  
§ No se recibieron datos en respuesta al proceso de WG; análisis basados en datos del informe de vigilancia de Sudáfrica.  
¶ No se recibieron datos en respuesta al proceso de WG; análisis basados en datos del informe de vigilancia de 2005 de Zambia, así como en datos urbanos y rurales combinados.  
‡ El análisis en Mozambique se realizó para las zonas sur, norte y centro.



## ÁFRICA SUBSAHARIANA

En 2006, casi las dos terceras partes (63%) de todas las personas infectadas por el VIH viven en África subsahariana: 24,7 millones [21,8-27,7 millones]. Se estima que 2,8 millones [2,4-3,2 millones] de adultos y niños contrajeron la infección por el VIH en 2006, más que en todas las otras regiones del mundo combinadas. Los 2,1 millones [1,8-2,4 millones] de fallecimientos por SIDA en África subsahariana representan el 72% de todos los fallecimientos por SIDA en el mundo. En toda esta región, las mujeres soportan una parte desproporcionada de la carga del SIDA: no sólo tienen más probabilidades que los varones de infectarse por el VIH sino que, en la mayoría de los países, también tienen más probabilidades de ser las que cuiden a las personas infectadas por el virus.

---

*En África subsahariana, las mujeres tienen más probabilidades que los varones de infectarse por el VIH, y es más probable que sean ellas quienes cuiden de las personas infectadas por el VIH.*

---

Aunque hay pruebas de que están retrocediendo algunas de las epidemias de la región, las tendencias en la mayoría de los países parecen haberse estabilizado. En esencia, esto refleja un equilibrio: el número de nuevas infecciones por el VIH equivale aproximadamente al número de personas que fallecen por SIDA.

El suministro de terapia antirretrovírica se ha ampliado espectacularmente en África subsahariana: más de un millón [930 000-1,15 millones] de personas estaban recibiendo tratamiento antirretrovírico en junio de 2006, un incremento de diez veces desde diciembre de 2003 (OMS/ONUSIDA, 2006). En los últimos años, los esfuerzos de ampliación progresiva han sido especialmente constantes

en unos pocos países, como Botswana, Kenya, Malawi, Namibia, Rwanda, Sudáfrica, Uganda y Zambia. Sin embargo, en términos absolutos, las necesidades de la región son tan ingentes que está recibiendo terapia antirretrovírica menos de una cuarta parte (23%) de los 4,6 millones [4-5,4 millones] de personas que se estima que la necesitan (OMS/ONUSIDA, 2006).

### África meridional

África meridional sigue siendo el epicentro de la epidemia mundial de VIH: el 32% de las personas con el VIH en todo el mundo vive en esta subregión, en la que se registra el 34% de todos los fallecimientos por SIDA en el planeta.

En África meridional, la única prueba de descenso en la prevalencia nacional del VIH en adultos procede de **Zimbabue**, donde han disminuido tanto la prevalencia como la incidencia del VIH (ONUSIDA, 2005). Los datos de dispensarios prenatales indican que los niveles de infección por el VIH en mujeres embarazadas, que se situaron en torno al 30-32% a principios de los años 2000, descendieron hasta el 24% en 2004. En la capital, Harare, la prevalencia entre mujeres embarazadas alcanzó un máximo superior al 36% en 1996, antes de caer hasta aproximadamente el 21% a mediados de 2004 (Mahomva et al., 2006; Hargrove et al., 2005; Mugurungi et al., 2005). Sin embargo, las incongruencias y sesgos en algunos de los datos dan a entender que la magnitud del descenso en la prevalencia del VIH podría no ser tan sustancial como se desprende de la información procedente de los dispensarios prenatales (ONUSIDA, 2005). Al mismo tiempo, también se ha observado una tendencia a la baja en la prevalencia del VIH en poblaciones rurales de Manicaland, junto con indicios de cambio en el comportamiento sexual (Gregson et al., 2006).



Los descensos en la prevalencia observados parecen relacionarse con una combinación de factores, en especial una reducción en las relaciones sexuales con parejas sexuales no habituales junto con un incremento en el uso de los preservativos y un retraso en el inicio de la actividad sexual (Mahomva et al., 2006; ONUSIDA, 2005). En Manicaland, por ejemplo, durante el periodo 2001-2003 el número de varones con experiencia sexual que dijeron que habían tenido recientemente relaciones con una pareja «ocasional» se redujo casi a la mitad (49%) en comparación con 1998-2000. El uso sistemático de preservativos con las parejas «ocasionales» aumentó entre las mujeres (del 26% al 37% durante los mismos periodos), pero no entre los varones (Gregson et al., 2006). Una combinación de mayor sensibilización sobre el SIDA, una infraestructura sanitaria relativamente extensa y la ansiedad creciente a causa de la mortalidad por SIDA parece haber inducido estos cambios de comportamiento. Además, las altas tasas de mortalidad han contribuido considerablemente al descenso en la prevalencia del VIH.

De todos modos, aproximadamente uno de cada cinco adultos (20,1%, en un intervalo de 13,3-27,6%) en Zimbabwe está viviendo con el VIH (ONUSIDA, 2006), lo que convierte su epidemia en una de las peores del mundo. La esperanza de vida promedio estimada para las mujeres de Zimbabwe figura actualmente entre las más bajas del mundo: 34 años. Se estima que, entre los varones, es de 37 años (OMS, 2006). La carencia de alimentos, el empobrecimiento, los alejamientos forzados y la sequía han obligado a muchos cientos de miles de zimbabwenses a migrar en busca de oportunidades de sustento. Los posibles efectos de estas convulsiones sobre las tendencias en la transmisión del VIH todavía no resultan evidentes, pero podrían ser profundos, como lo podrían ser los efectos de la crisis económica de Zimbabwe sobre su programa de tratamiento antirretrovírico.

---

*El declive en la prevalencia del VIH de Zimbabwe parece estar relacionado, en parte, con los cambios comportamentales que se remontan a mediados y finales del decenio de 1990.*

---

En **Sudáfrica**, unos 5,5 millones [4,9-6,1 millones] de personas (ONUSIDA, 2006),<sup>2</sup> incluidos 240 000 [93 000-500 000] niños menores de 15 años, estaban viviendo con el VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006). Los datos sobre el VIH recopilados a través

del amplio sistema nacional de vigilancia en dispensarios prenatales señalan que la prevalencia del VIH todavía no ha alcanzado una fase de estabilización.

Los últimos datos indican una tendencia continua al alza en los niveles nacionales de infección por el VIH entre mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales públicos: del 22,4% en 1999 al 30,2% en 2005 (un incremento del 35%) (véase figura 1) (Departamento de Salud de Sudáfrica, 2006). Sin embargo, la prevalencia del VIH entre los jóvenes puede estar estabilizándose. La vigilancia prenatal sugiere que la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas de 15-24 años ha permanecido relativamente estable desde 2000, a un nivel del 14-16% entre las de 15-19 años y del 28-31% entre las de 20-24 años (Departamento de Salud de Sudáfrica, 2006).

Como en el resto de África subsahariana, la epidemia de Sudáfrica afecta de forma desproporcionada a las mujeres. Las mujeres jóvenes (15-24 años) tienen una probabilidad cuatro veces mayor de estar infectadas por el VIH que los varones jóvenes: en 2005, la prevalencia entre mujeres jóvenes era del 17%, en comparación con el 4,4% entre varones jóvenes (Shisana et al., 2005). Estos niveles de infección eran similares a los hallados en la encuesta nacional de 2003 sobre personas de 15-24 años, en la que se comprobó que estaban infectados por el VIH el 15,5% de las mujeres jóvenes y el 4,8% de los varones jóvenes (Pettifor et al., 2004). Una de cada tres mujeres de 30-34 años estaba viviendo con el VIH en 2005, al igual que uno de cada cuatro varones de 30-39 años, según la encuesta nacional por hogares sobre el VIH de 2005. Asimismo, se registraron altos niveles de infección entre los varones mayores de 50 años, más del 10% de los cuales resultaron VIH-positivos (Shisana et al., 2005).

Tras emerger un poco más tarde que la mayoría de las demás epidemias de VIH en la subregión, la epidemia de Sudáfrica ha alcanzado ahora la fase en que está falleciendo por SIDA un número creciente de personas. Los últimos datos oficiales de mortalidad indican que los fallecimientos totales (por todas las causas) en Sudáfrica aumentaron un 79% entre 1997 y 2004 (de 316 505 a 567 488) (Statistics South Africa, 2006). Las tasas de mortalidad por causas naturales entre las mujeres de 25-34 años se quintuplicaron de 1997 a 2004, y entre los varones de 30-44 años se multiplicaron por un factor superior a dos durante el mismo periodo. Una gran proporción de la tendencia al alza en las tasas de mortalidad puede atribuirse a la epidemia

---

<sup>2</sup> Todas las estimaciones del número total de personas que viven con el VIH en un país determinado corresponden a 2005.

### BROTOS DE TUBERCULOSIS CON FARMACORRESISTENCIA GENERALIZADA

El brote de tuberculosis (TB) con farmacorresistencia generalizada detectado en KwaZulu-Natal a principios de 2005 ha puesto de relieve la combinación letal de VIH y TB en Sudáfrica, donde se estima que el 60% de todos los pacientes con TB también están infectados por el VIH.

De las 53 personas a las que se diagnosticó inicialmente TB con farmacorresistencia generalizada en un hospital de distrito de la provincia de KwaZulu-Natal entre enero de 2005 y marzo de 2006, 44 se sometieron a la prueba del VIH, y se comprobó que todas ellas eran VIH-positivas. La mortalidad fue muy alta: 52 de los pacientes fallecieron, en promedio, durante el mes siguiente a la recogida inicial de esputo. A principios de octubre de 2006 se había identificado XDR-TB<sup>3</sup> en 33 establecimientos de salud de toda la provincia de KwaZulu-Natal.

La farmacorresistencia de la TB surge principalmente a causa de un control inadecuado de la enfermedad, la inobservancia de los ciclos convencionales de tratamiento de la TB por parte del paciente o el médico, la mala calidad de las medicaciones o un suministro insuficiente de fármacos. Las personas que viven con el VIH (PVV) son particularmente vulnerables a desarrollar TB farmacorresistente debido a su mayor riesgo de exposición, infección y progresión a TB activa.

Este brote subraya la necesidad de asegurar rápidamente un control eficaz de la TB en las personas que viven con el VIH a fin de prevenir el desarrollo y propagación de la resistencia farmacológica. Hay que mejorar el acceso a cultivos de TB y pruebas de sensibilidad farmacológica, y en los dispensarios de atención para el VIH deben introducirse prácticas eficaces de control de infecciones con objeto de prevenir la propagación de la TB.

El problema, sin embargo, no queda únicamente limitado a África subsahariana. En marzo de 2006, la OMS y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos comunicaron que el 2% de los cultivos de TB efectuados en 25 laboratorios de referencia supranacionales cumplía los criterios de TB con farmacorresistencia generalizada, y llegaron a la conclusión de que esta variante de TB está presente en todas las regiones del mundo (CDC y OMS, 2006). Dado que los cultivos de TB y las pruebas de sensibilidad farmacológica no se realizan sistemáticamente en la mayoría de los contextos con pocos recursos, no se conoce todavía la extensión real de la epidemia.

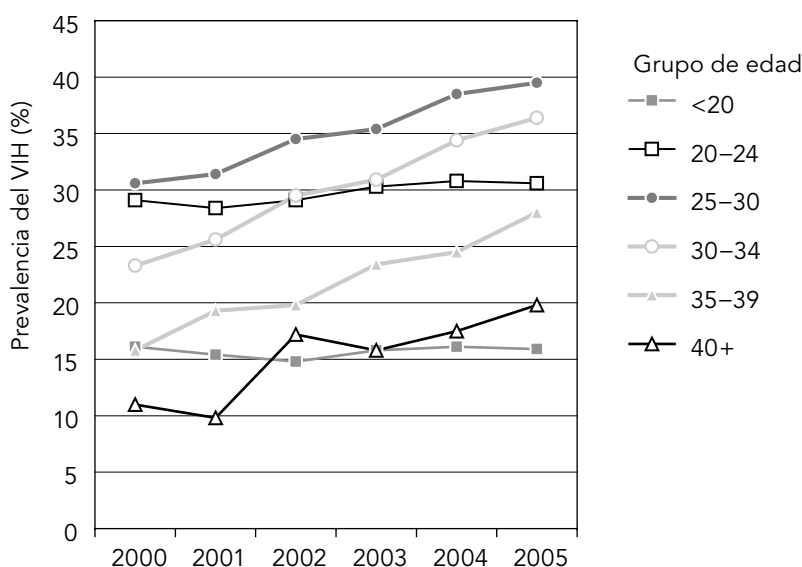
Los días 9 y 10 de octubre de 2006, la OMS convocó una reunión de un Grupo de trabajo mundial sobre XDR-TB para estudiar las pruebas disponibles y desarrollar un plan de acción de emergencia con miras a prevenir y contener XDR-TB, así como medidas orientadas a tratar la enfermedad en pacientes. En esta reunión, se revisó la definición de XDR-TB.<sup>3</sup>

Esta reunión se hizo a continuación de una consulta de expertos celebrada en Johannesburgo (Sudáfrica) los días 7 y 8 de septiembre, que fue organizada conjuntamente por el Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas, la OMS y los CDC, en la cual se estableció un plan de acción de siete puntos:

- Efectuar investigaciones rápidas sobre la TB farmacorresistente extensa.
- Aumentar la capacidad de los laboratorios.
- Mejorar la capacidad técnica de los directores clínicos y de salud pública para que respondan de forma eficaz a los brotes de XDR-TB.
- Poner en práctica medidas de precaución para controlar la infección.
- Aumentar el apoyo a la investigación para el desarrollo de medicamentos contra la TB.
- Aumentar el apoyo a la investigación para el desarrollo de pruebas diagnósticas rápidas.
- Promover el acceso universal a fármacos antirretrovíricos por medio de actividades conjuntas sobre TB/VIH.

<sup>3</sup> XDR-TB: resistencia a por lo menos los dos fármacos de primera línea más poderosos contra la TB –la rifampicina y la isoniazida-, a una fluoroquinolona y a uno o más de los siguientes medicamentos inyectables: amikacina, kanamicina y capreomicina.

Prevalencia del VIH por grupo de edad entre clientes de dispensarios prenatales en Sudáfrica, 2000-2005



Fuente: Departamento de Salud de Sudáfrica (2006, National HIV and Syphilis Prevalence Survey South Africa; 2003, National HIV and Syphilis Antenatal Sero-Prevalence Survey in South Africa)

### Figura 3

de SIDA (Anderson y Phillips, 2006; Actuarial Society of South Africa, 2005; Medical Research Council, 2005; Bradshaw et al., 2004; Dorrington et al., 2001). Además, las tasas crecientes de mortalidad han determinado que la esperanza de vida promedio caiga por debajo de los 50 años en tres provincias (Eastern Cape, Free State y KwaZulu-Natal) (Actuarial Society of South Africa, 2005).

*En Sudáfrica, las tasas de mortalidad por causas naturales entre las mujeres de 25-34 años se quintuplicaron de 1997 a 2004, y entre los varones de 30-44 años se multiplicaron por un factor superior a dos.*

Aun así, una gran proporción de sudafricanos no cree que corra riesgo de contraer la infección por el VIH. Se comprobó que eran VIH-positivos alrededor del 13% de las personas que se realizaron su primera prueba del VIH durante la encuesta nacional por hogares de 2005. Hasta entonces, la mayoría de ellas se habían negado a someterse a la prueba porque pensaban que no tenían ningún riesgo de infección. En conjunto, la mitad de los encuestados que se comprobó que estaban infectados por el VIH dijeron que pensaban que no corrían

ningún riesgo de contraer el virus (Shisana, 2005). Aproximadamente dos millones de sudafricanos que viven con el VIH no saben que están infectados y creen que no se enfrentan a ningún riesgo de infección, y, por tanto, no son conscientes de que pueden transmitir el virus a otros. En ausencia de una mayor aceptación de las pruebas del VIH, por lo general las personas infectadas sólo se percatan de su estado cuando desarrollan síntomas, lo que también puede limitar el beneficio potencial del tratamiento antirretrovírico.

**Swazilandia** tiene actualmente la mayor prevalencia del VIH en adultos de todo el mundo: 33,4% [21,2-45,3%]. Como en **Lesotho** (véase figura 2), muchas mujeres jóvenes parecen abstenerse de tener relaciones sexuales como mínimo hasta el final de la segunda década de vida. En un estudio, casi dos de cada tres (61%) estudiantes femeninas de secundaria dijeron que todavía no habían tenido relaciones sexuales (Buseh, 2004). Sin embargo, parece que, cuando las mujeres jóvenes se vuelven sexualmente activas, corren un riesgo altísimo de contraer el VIH. Entre mujeres jóvenes (15-24 años) atendidas en dispensarios prenatales, la prevalencia del VIH era del 39% a nivel nacional y del 43% en Manzini (Ministerio de Salud y Bienestar Social de Swazilandia, 2005).

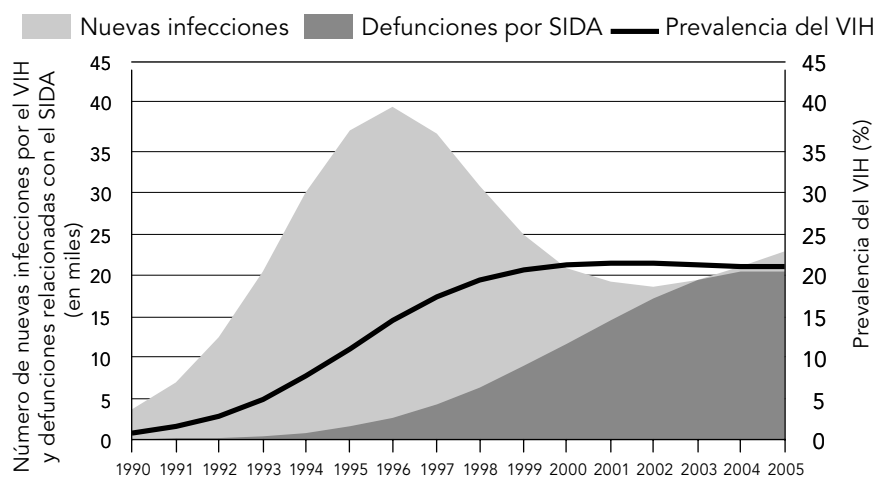
Los niveles nacionales de infección por el VIH en adultos también son altos en **Botswana**, **Lesotho** y **Namibia** (20–24%). En **Namibia** se estima que 230 000 [110 000–360 000] personas vivían con el VIH en 2005 y que la prevalencia nacional del VIH en adultos era del 19,6% [8,6–31,7%] (ONUSIDA, 2006). Las zonas más afectadas son la franja de Caprivi, en el nordeste (donde se ha comprobado que el 43% de las mujeres embarazadas están infectadas por el VIH); Erongo, en el centro (prevalencia del VIH del 27%), y Oshana, en el norte (prevalencia del 25%) (Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Namibia, 2004). Se ha comunicado que los programas dirigidos a reducir la transmisión materno-infantil del VIH permitieron que el 16% de las mujeres embarazadas VIH-positivas de Namibia recibiera profilaxis antirretrovírica en 2005, un avance considerable respecto a la cobertura del 0,1% comunicada dos años antes (Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Namibia, 2005).

Las recientes encuestas de población, junto con otros datos sobre el VIH, proporcionan una pano-

retrocediendo. De todas formas, al menos el 40% de las mujeres embarazadas de 25–39 años estaban viviendo con el VIH en 2005, al igual que una de cada dos mujeres embarazadas de 30–34 años. En este último grupo de edad parece que los niveles de infección por el VIH todavía están aumentando (Seipone, 2006).

Los niveles de infección en mujeres embarazadas varían considerablemente entre las distintas regiones de Botswana: desde el 21% en el distrito de Goodhope (en el sur) hasta el 47% en Selebi-Phikwe (una populosa comunidad minera en el este). En los distritos de Francistown y Tutume (ambos en el nordeste) se ha comprobado que más del 40% de las mujeres embarazadas estaban infectadas por el VIH (Ministerio de Salud de Botswana, 2006). Sorprendentemente, el conocimiento sobre el VIH sigue siendo escaso: sólo uno de cada tres jóvenes de 15–24 años identificó correctamente formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazó conceptos erróneos importantes al respecto. Esto parece concordar con el patrón regional

Número estimado de nuevas infecciones y defunciones anuales relacionadas con el SIDA entre adultos (15 y más años) en relación con la tendencia estabilizadora de la tasa de prevalencia estimada entre adultos (15–49 años), Lesotho, 1990–2005



Fuente: Gobierno de Lesotho/ONUSIDA, 2006.

Figura 4

rámica más precisa de la epidemia de **Botswana**, donde la prevalencia sigue figurando entre las más altas del mundo. Desde 2001 se ha registrado un ligero descenso en la prevalencia nacional del VIH entre mujeres embarazadas (del 36% al 33% en 2005), especialmente entre las de 15–24 años, lo que parece indicar que la epidemia podría estar

(Organismo Nacional de Coordinación del SIDA, 2005). Por otra parte, se estima que uno de cada tres adultos en Botswana conoce su estado del VIH, y parece haber un apoyo público generalizado al sistema de consentimiento implícito de asesoramiento y pruebas voluntarias introducido en 2003 (Weiser et al., 2006).

En **Lesotho**, la prevalencia del VIH en adultos se ha mantenido relativamente estable durante los últimos años, pero a niveles elevados, de modo que casi uno de cada cuatro (23,2%, con un intervalo de 21,9-24,7%) adultos vivía con el VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006). Tal como ilustra la figura 2, la estabilidad aparente de la epidemia de Lesotho –tal como ocurre en muchos otros países de África subsahariana– oculta tasas elevadas de nuevas infecciones por el VIH y fallecimientos a causa del SIDA. Lesotho tendrá que superar una serie de dificultades si pretende controlar su epidemia. Las relaciones sexuales ocasionales siguen siendo habituales, por ejemplo, y el uso de preservativos no es frecuente. Dos tercios de los varones y un tercio de las mujeres afirman que tuvieron relaciones sexuales con una persona distinta de su pareja habitual durante el último año; menos de la mitad utilizaron un preservativo en tales relaciones (Ministerio de Salud y Bienestar Social de Lesotho y ORC Macro, 2004).

Los esfuerzos para mejorar la prevención del VIH entre los jóvenes también deben ampliarse. Aproximadamente el 15% de las mujeres jóvenes y el 27% de los varones jóvenes (15-24 años de edad) son sexualmente activos antes de cumplir los 15 años, y sin embargo, el 40% de los padres encuestados no quiere que sus hijos de esa edad aprenda el uso del preservativo en la escuela. Sólo el 18% de los varones jóvenes y el 26% de las mujeres jóvenes saben cómo prevenir la transmisión sexual del VIH y no tienen conceptos erróneos importantes sobre el virus, tal como halló una encuesta de 2004 (Ministerio de Salud y Bienestar Social de Lesotho y ORC Macro, 2004). El impacto de la epidemia en las mujeres jóvenes es terrible. Entre las mujeres de 18-19 años de edad, menos del 10% son VIH-positivas, pero cuando celebran el vigesimosegundo aniversario, el 30% ya ha contraído el VIH, y cuando llegan a los 24 años, casi el 40% están infectadas. Para una gran proporción de las mujeres jóvenes de Lesotho, retrasar el inicio de la actividad sexual significa simplemente posponer una posterior infección por el VIH (Comisión Nacional del SIDA de Lesotho y ONUSIDA, 2006).

Después de ampliar su sistema de vigilancia centinela del VIH a todas las provincias en los últimos años, **Angola** está adquiriendo gradualmente una mejor comprensión de su epidemia. Con una tasa inferior al 5%, la prevalencia nacional del VIH en adultos en Angola es menor que la de cualquier otro país de África meridional. Sin embargo, la epidemia de VIH varía sustancialmente entre las diferentes provincias. La prevalencia en mujeres embarazadas va desde menos del 1% en la

provincia central de Bie hasta el 9% en la provincia de Cunene, junto a la frontera con Namibia (Instituto Nacional de Lucha contra el SIDA, 2005). Esta variación ilustra en parte la inaccesibilidad relativa de ciertas regiones del país durante el largo conflicto armado de Angola, que finalizó a mediados de los años 1990.

Mientras que es demasiado pronto para discernir tendencias precisas en la epidemia de Angola, los datos de **Mozambique** indican un incremento significativo en los niveles de infección por el VIH desde el cambio de siglo. La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas (15-49 años) aumentó del 11% en 2000 al 16% en 2004 (Consejo de Lucha contra el VIH/SIDA, 2006), uno de los aumentos más abruptos que se han observado en África subsahariana en los últimos años.

Los niveles de infección por el VIH en mujeres embarazadas son máximos en el sur y centro del país. Se han registrado aumentos especialmente acusados en la ciudad de Maputo, provincia de Maputo, Sofala y Gaza, donde la prevalencia del VIH osciló entre el 18% y el 27% en 2004. En centros centinela de Quelimane (provincia de Zambezia) y Beira (provincia de Sofala), una de cada tres mujeres atendidas en servicios de atención prenatal era VIH-positiva en 2004 (Programa Nacional de Control de ETS y VIH/SIDA, 2005). En ciertas regiones del norte, donde la epidemia avanzó inicialmente a un ritmo mucho más lento que en otras partes del país, la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas casi se ha duplicado desde 2000, hasta alcanzar el 9,2% y 11% en Nampula y Niassa, respectivamente, en 2004. El hecho de que la prevalencia también haya estado aumentando entre las mujeres embarazadas jóvenes sugiere que las nuevas infecciones siguen creciendo y puede señalar una ulterior propagación de la epidemia en el país (Consejo de Lucha contra el VIH/SIDA, 2006).

Casi un millón de personas [940 000 con un intervalo de 480 000-1,4 millones] vivían con el VIH en Malawi en 2005. Se estima que la prevalencia nacional del VIH en adultos era del 14,1% [6,9-21,4%] en 2005 (ONUSIDA, 2006), una cifra próxima a la prevalencia en adultos del 12,7% comunicada en la Encuesta Demográfica y de Salud de 2004 (Oficina Nacional de Estadística y ORC Macro, 2005).

En conjunto, los niveles de infección por el VIH en Malawi parecen haberse estabilizado desde el cambio de siglo, con una prevalencia mediana del VIH medida en centros de vigilancia centinela que fluctuó entre el 15% y el 17% en 2001-2005

(Comisión Nacional del SIDA de Malawi, 2005). Sin embargo, los niveles de infección disminuyeron en centros de vigilancia del VIH urbanos y semiurbanos, desde el 26-27% en 1999 hasta el 17-20% en 2005 (Comisión Nacional del SIDA de Malawi, 2005). En la capital, Lilongwe, la prevalencia del VIH en mujeres que utilizaron servicios prenatales alcanzó su cota máxima del 27% en 1996, antes de retroceder hasta el 17% en 2003. Este descenso, sin embargo, no se mantuvo en 2005, cuando la prevalencia en mujeres embarazadas aumentó ligeramente hasta el 19% (Bello, Chipeta, Aberle-Grasse, 2006; Comisión Nacional del SIDA de Malawi, 2005).

Ciertos cambios de comportamiento parecen asociarse a los descensos observados. En una encuesta de 2000, un menor porcentaje de mujeres y varones comunicó que tenía relaciones sexuales con múltiples parejas, en comparación con 1996. La proporción de varones jóvenes (15-24 años) con dos o más parejas ocasionales disminuyó en más de la mitad (del 28% al 12%), mientras que el descenso correspondiente entre las mujeres jóvenes fue del 3% a menos del 1%. En 2000, en comparación con 1996, más mujeres jóvenes indicaron que utilizaban preservativos con las parejas ocasionales (31% frente a 22%), aunque la tasa de uso de preservativos entre los varones jóvenes se mantuvo en el mismo 38%. El porcentaje de mujeres y varones que se abstuvieron de relaciones sexuales durante los últimos 12 meses varió muy ligeramente entre 1996 y 2000 (aumentó del 21% al 22% en el caso de las mujeres y del 17% al 20% en el de los varones) (Oficina Nacional de Estadística y ORC Macro, 2001 y 1997). Además, es probable que las crecientes tasas de mortalidad (que se duplicaron entre 1992 y 2000) fueran responsables de una parte importante de los descensos observados en la prevalencia del VIH.

---

*Con los niveles actuales de prevalencia del VIH, y en ausencia de tratamiento, los jóvenes de Zambia se enfrentan a un riesgo del 50% de fallecer por SIDA a lo largo de su vida.*

---

Aunque Malawi es un país pequeño, su epidemia varía considerablemente de un lugar a otro. Con una tasa del 17,6% en 2004, la prevalencia del VIH en adultos en la región meridional fue casi tres veces mayor que en la región central y dos veces mayor que en la región septentrional (Oficina Nacional de Estadística y ORC Macro, 2005). La epidemia en el norte ha seguido creciendo, con una prevalencia del VIH en las zonas rurales que se ha triplicado desde

aproximadamente el 5% en 1998 hasta más del 15% en 2003 (Bello, Chipeta, Aberle-Grasse, 2006; Ministerio de Salud y Población de Malawi, 2005). Esta tendencia en el norte puede relacionarse con el crecimiento socioeconómico en la ciudad de Mzuzu y sus alrededores y a lo largo de las principales rutas de transporte (Bello, Chipeta, Aberle-Grasse, 2006; Ministerio de Salud y Población de Malawi, 2005).

Como en otros países de la región, la prevalencia del VIH entre las mujeres jóvenes (15-24 años) de Malawi es mucho mayor que entre los varones de edad similar: 9% frente a 2% en conjunto, y 13% frente a menos del 1% en las zonas urbanas (Oficina Nacional de Estadística y ORC Macro, 2005). En una encuesta de 2004, sólo una de cada cuatro mujeres jóvenes demostró un conocimiento exhaustivo sobre el VIH, en comparación con más de uno de cada tres varones (Oficina Nacional de Estadística y ORC Macro, 2005).

La prevalencia global del VIH entre las mujeres que acuden a dispensarios prenatales de **Zambia** también ha permanecido relativamente estable desde mediados de los años 1990; así, entre las mujeres embarazadas de 15-39 años la tasa de prevalencia se mantuvo en el 19-20% durante el periodo 1994-2004. Sin embargo, los datos muestran patrones y tendencias localizados y divergentes, de modo que los niveles de infección por el VIH en mujeres embarazadas de 15-44 años varían de menos del 10% en algunos lugares a más del 25% en otros. La prevalencia del VIH es máxima en zonas urbanas a lo largo de las principales rutas de transporte del país, como Kabwe, Livingstone y Ndola (Ministerio de Salud de Zambia, 2005).

En zonas urbanas se ha observado un ligero descenso en los niveles de infección por el VIH –del 28% en 1994 al 25% en 2004– entre las mujeres embarazadas de 15-39 años. Este retroceso era más acusado entre las mujeres embarazadas de 20-24 años (la prevalencia disminuyó del 30% en 1994 al 24% en 2004) y las de 15-19 años (la prevalencia disminuyó del 20% en 1994 al 14% en 2004) (Ministerio de Salud de Zambia, 2005).

En las zonas rurales, sin embargo, la prevalencia del VIH aumentó ligeramente, del 11% al 12% durante el periodo 1994-2004 (Ministerio de Salud de Zambia, 2005). Entre las mujeres embarazadas de mayor edad (30-39 años) en las zonas urbanas, la prevalencia se incrementó de forma notable (del 24% al 30%) durante el mismo periodo. En las mujeres embarazadas jóvenes de algunos núcleos urbanos (como Mongu), la prevalencia del VIH se ha mantenido alta (en el 28-30% durante 1994-

2004), mientras que en ciertas zonas rurales los niveles de infección casi se han duplicado en el mismo periodo (del 7% al 14% en Kalabao, por ejemplo) (Sandoy et al., 2006; Ministerio de Salud de Zambia, 2005). Con los niveles actuales de prevalencia del VIH, y en ausencia de tratamiento, los jóvenes de Zambia se enfrentan a un riesgo del 50% de fallecer por SIDA a lo largo de su vida (Ministerio de Salud de Zambia, 2005).

Los países isleños en la costa de África meridional están experimentando epidemias mucho menores. En **Madagascar**, la prevalencia nacional del VIH en adultos se situaba bastante por debajo del 1% en 2005, con una cifra estimada de 49 000 [16 000-110 000] personas que vivían con el VIH. No obstante, el conocimiento sobre el virus es escaso, y el uso de preservativos, sumamente infrecuente. En una encuesta de 2003-2004, sólo uno de cada cinco malgaches podía citar dos métodos para prevenir la transmisión sexual del VIH. Casi una de cada tres (31%) mujeres jóvenes y casi tres de cada cuatro (72%) varones jóvenes dijeron que habían tenido relaciones sexuales con una pareja ocasional durante los últimos 12 meses, y a pesar de ello, sólo aproximadamente uno de cada 10 (12%) de estos varones y una de cada 20 (5%) de estas mujeres indicaron que habían utilizado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional (Instituto Nacional de Estadística de Madagascar y ORC Macro, 2005a).

**Mauricio** tiene que dirigir esfuerzos más sólidos de prevención a los consumidores de drogas intravenosas, y en especial a aquellos que también comercian con el sexo (Dewing et al., 2006). Entre los consumidores de drogas intravenosas, la exposición a equipos de inyección contaminados es el principal factor de riesgo de infección por el VIH en la por ahora pequeña epidemia de Mauricio.

En ese país, alrededor de las tres cuartas partes de las infecciones por el VIH diagnosticadas durante los seis primeros meses de 2004 correspondieron a consumidores de drogas intravenosas (Sulliman y Ameerberg, 2004). El uso de equipos de inyección no estériles parece ser habitual: en una encuesta de 2004, el 80% de los consumidores de drogas intravenosas dijeron que habían compartido agujas durante los tres meses anteriores. Entre los que aceptaron someterse a la prueba del VIH, el 4% resultó estar infectado. Un gran porcentaje (75%) de los profesionales del sexo indicaron que consumían drogas intravenosas, y el uso de preservativos era infrecuente (sólo el 32% los había utilizado de forma sistemática durante los últimos tres meses). Después de la prueba del VIH se comprobó que el 13% de los profesionales del sexo estudiados estaban infectados (Sulliman, Ameerberg y Dhannoo, 2004).

## África oriental

En África oriental parecen continuar las tendencias generales hacia la estabilización o descenso en la prevalencia del VIH.

Tras disminuir durante los años 1990, la epidemia de **Uganda** se ha estabilizado en conjunto. La prevalencia nacional del VIH en adultos se situaba en el 6,7% [5,7-7,6%] en 2005, pero era significativamente mayor entre las mujeres (casi el 8%) que entre los varones (5%) (ONUSIDA, 2006; Ministerio de Salud de Uganda y ORC Macro, 2006). Aproximadamente un millón [850 000-1,2 millones] de ugandeses vivían con el VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006). A nivel regional, la prevalencia era mínima en la región del Nilo Occidental y máxima en las regiones de Kampala, Centro y

### CONFLICTOS Y RIESGO DE VIH

Los hallazgos de investigaciones recientes en Uganda suscitan dudas sobre el presupuesto tan extendido de que los refugiados y desplazados dentro del país tienen mayores probabilidades de estar infectados por el VIH que las personas que viven en entornos mucho más estables. Se estima que Acholiland, en el norte de Uganda, alberga a unos dos millones de personas desplazadas internamente. Con una tasa algo superior al 8%, la prevalencia del VIH en la región es alta (Ministerio de Salud de Uganda y ORC Macro, 2006). Sin embargo, un estudio entre mujeres embarazadas de los distritos de Gulu, Kitgum y Pader comprobó que las que vivían fuera de campamentos protegidos tenían una mayor probabilidad de estar infectadas por el VIH que sus homólogas desplazadas que vivían en campamentos protegidos. Esto podría ser debido a la menor movilidad y el mayor acceso a servicios de salud y prevención de las mujeres refugiadas en algunos de estos campamentos (Fabiani et al., 2006). Una reciente revisión de las publicaciones sobre el VIH y las personas desplazadas en ocho países (incluido Uganda) tampoco encontró pruebas de que los conflictos favorezcan la transmisión del VIH (Spiegel y Harroff-Tavel, 2006).

### TASAS MUY ALTAS DE PALUDISMO EN PERSONAS INFECTADAS POR EL VIH

Se están detectando niveles insospechadamente altos de infección por el VIH en adultos que solicitan tratamiento para el paludismo en Uganda. Más del 30% de los adultos atendidos en centros sanitarios de distrito a causa de paludismo no complicado por *P. falciparum* estaban coinfectados por el VIH. El tratamiento clínico para el paludismo era tres veces más probable en adultos con el VIH. Estos hallazgos están en consonancia con un corpus creciente de pruebas en otras partes de África subsahariana según el cual el paludismo tiende a afectar con mayor frecuencia e intensidad a adultos infectados por el VIH. Esto subraya la necesidad de nuevas estrategias de asesoramiento y pruebas del VIH para adultos con paludismo no complicado por *P. falciparum* (Kamya et al., 2006).

Norte-Centro (superior al 8%) (Ministerio de Salud de Uganda y ORC Macro, 2006).

Las tendencias varían en la epidemia de Uganda. La prevalencia del VIH disminuyó radicalmente entre las mujeres embarazadas de Kampala y otras ciudades desde principios de los años 1990 hasta comienzos del nuevo siglo, en el contexto de un cambio significativo de comportamiento (incluidos la abstinencia sexual y el uso de preservativos durante las relaciones sexuales ocasionales) y una mayor mortalidad por SIDA (Kirungi et al., 2006). Sin embargo, en algunas zonas rurales hay indicios actualmente de un incremento en los niveles de infección. Entre 2000 y 2004, la prevalencia del VIH aumentó de tan sólo el 5,6% al 6,5 % en los varones y del 6,9% al 8,8% en las mujeres, según datos recopilados en un estudio efectuado en 25 aldeas. Se observó una tendencia similar –que se remonta a 2002– entre las mujeres embarazadas atendidas en cerca de la mitad de los centros de vigilancia prenatal incluidos en este estudio (Shafer et al., 2006). El despliegue a gran escala de fármacos antirretrovíricos (y la prolongación del tiempo de vida de las personas tratadas) no puede explicar el hecho de que hubiese un mayor número de personas que vivían con el VIH. El despliegue del tratamiento sólo se inició en 2004, mientras que el incremento en el porcentaje de personas que viven con el VIH comenzó varios años antes, hacia el 2000. El estudio rural constató que la *incidencia* del VIH en varones y mujeres de edad más avanzada (40-49 años) había estado aumentando desde 2000; de hecho, entre los varones, la incidencia alcanzó su cota máxima a niveles superiores a los que se habían observado en 1990-1994. Este hallazgo se reiteró en la encuesta nacional por hogares sobre el VIH de 2004-2005, que encontró altos niveles de infección entre los ugandeses de mediana edad (Ministerio de Salud de Uganda y ORC Macro, 2006). Podrían estar actuando ciertos cambios de comportamiento. El estudio rural, por ejemplo, comprobó que en el periodo 2000-2004 había aumentado el porcentaje

de varones de 40 años o más que dijeron que habían tenido al menos dos parejas ocasionales durante el último mes (Shafer et al., 2006).

Se requieren nuevas investigaciones para validar estas tendencias aparentes, pero los hallazgos actuales apuntan a un posible desgaste en los avances que había logrado Uganda en la lucha contra el SIDA durante los años 1990. Esta interpretación cuenta con el apoyo de datos nacionales de comportamiento que demuestran un uso errático de los preservativos (aproximadamente la mitad de los varones y mujeres de 15-49 años indicaron que habían utilizado un preservativo la última vez que habían tenido relaciones sexuales con una pareja ocasional) y un número creciente de varones que tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja durante el año anterior, según la encuesta nacional por hogares sobre el VIH de 2004-2005 (Ministerio de Salud de Uganda y ORC Macro, 2006).

Más alentadores, en cambio, son los hallazgos de un estudio reciente (en la zona rural de Tororo) según los cuales las personas que reciben terapia antirretrovírica tienen un riesgo significativamente menor de transmitir el VIH después de dos años de tratamiento, debido en parte a una fuerte reducción de la carga vírica y una menor frecuencia de las relaciones sexuales sin protección (Bunnell et al., 2006).

Con 1,3 millones [1,1-1,5 millones] de personas que están viviendo actualmente con el VIH, Kenya continúa enfrentándose a una grave epidemia de SIDA, a pesar de que hay indicios de una prevalencia decreciente del VIH entre las mujeres embarazadas (Cheluget, Marum, y Stover, 2006; OMS, 2005; Baltazar, 2005). La prevalencia nacional del VIH en adultos disminuyó desde el 10% a finales de los años 1990 hasta aproximadamente el 7% en 2003 (Ministerio de Salud de Kenya, 2005) y justo por encima del 6% [5,2-7,0%] en 2005 (ONUSIDA, 2006). También ha habido un descenso acusado en los niveles de infección entre las mujeres embarazadas que acuden a la mayoría de servicios prenatales



con datos congruentes y comparables sobre el VIH. En algunos de estos centros, la prevalencia del VIH disminuyó del 25% en 1998 al 8% en 2004, mientras que en otros el descenso fue del 15% en 2001 al 4,3% en 2004 (Cheluguet, Marum, y Stover, 2006).

Las posibles razones de estas tendencias son complejas. Los grandes esfuerzos de prevención del VIH en Kenya se iniciaron a partir de 2000, y hay indicios de que un mayor número de personas están retrasando el comienzo de la actividad sexual, que han aumentado las tasas de utilización de los preservativos y que un menor porcentaje de adultos tiene múltiples parejas sexuales. Sin embargo, parece que las nuevas infecciones por el VIH ya habían alcanzado su máximo a mediados de los años 1990, antes de la ampliación progresiva de los programas de prevención. Esto sugiere que otros factores —como la mortalidad creciente por SIDA y la saturación de la infección entre las personas de máximo riesgo— explican la mayor parte de la reducción en la prevalencia del VIH que se ha observado en los últimos años (Cheluguet, Marum, y Stover, 2006). Cabe esperar que los cambios de comportamiento recién observados mantengan la tendencia a la baja. Sin embargo, una nueva preocupación es la emergencia del consumo de drogas intravenosas como factor contribuyente a la epidemia de Kenya. Por ejemplo, un estudio de 2004 comprobó que estaban infectados por el VIH el 50% de los consumidores de drogas intravenosas de Mombasa (Ndeti, 2004), mientras que un estudio en Nairobi halló una tasa de seropositividad del 53% en este mismo grupo de población (Odek-Ogunde, 2004).

Se estima que, a finales de 2005, la **República Unida de Tanzania** tenía 1,4 millones [1,3-1,6 millones] de adultos y niños que vivían con el VIH, lo que la convierte en uno de los países más afectados del mundo. Aquí también, los niveles de infección por el VIH han disminuido ligeramente: del 8,1% al 6,5% a nivel nacional entre 1995 y 2004 (Somi et al., 2006), y del 14% al 11% en mujeres embarazadas de Dar es Salaam entre 1995 y 2003 (Urassa et al., 2006). En 2004, los niveles de infección por el VIH oscilaban entre el 15% y 19% en varias zonas urbanas de Mbeya e Iringa, las regiones más afectadas del país (Swai et al., 2006; Oficina Nacional de Estadística de Tanzania y ORC Macro, 2005).

Por otra parte, se ha observado una alta prevalencia del VIH en ambulatorios prenatales rurales; por ejemplo, 8% y 11% en Ilembo e Igamba (en la región de Mbeya) en 2004 (Swai et al., 2006). Según las proyecciones, en 2010 el número de

nuevas infecciones por el VIH en las zonas rurales (donde viven aproximadamente las tres cuartas partes de la población) podría ser dos veces mayor que en las zonas urbanas. Esto refuerza la necesidad de asegurar que en las zonas rurales del país también se desarrollen recursos suficientes de prevención, tratamiento y atención (Somi et al., 2006).

---

*En África oriental, parece continuar la tendencia general de estabilización o disminución de la prevalencia del VIH. Sin embargo los hallazgos actuales apuntan a un posible desgaste en los avances que había logrado Uganda en la lucha contra el SIDA durante los años 1990.*

---

Hay signos de que el consumo de drogas intravenosas, que se ha propagado con rapidez por África oriental (McCurdy et al., 2005a), también podría convertirse en un factor coadyuvante en la epidemia de **Tanzania**. No se conoce todavía la prevalencia del VIH entre tanzanos que se inyectan drogas, pero son habituales las prácticas con alta probabilidad de transmitir el virus. Según un pequeño estudio, hasta uno de cada tres consumidores de drogas intravenosas de Dar es Salaam ha utilizado equipos de inyección no estériles y la mayoría de las consumidoras femeninas también comercia con el sexo. Especialmente peligrosa es una práctica denominada *flashblood* (también conocida como *backloading* en otros países), que consiste en extraerse sangre en la jeringa después de haberse inyectado heroína, y luego pasar la jeringa a otros compañeros. Esta práctica, común entre las profesionales del sexo de Dar es Salaam que se inyectan drogas —y que pretende presuntamente compartir un chute con compañeros que no pueden comprar su propia droga—, acarrea un riesgo muy alto de transmisión del VIH (McCurdy et al., 2005b).

El consumo de drogas intravenosas también es una característica de la epidemia más reducida de Zanzíbar. La prevalencia del VIH entre mujeres que acuden a dispensarios prenatales fue del 0,9% en 2005. Sin embargo, un estudio reciente comprobó que uno de cada tres consumidores de drogas intravenosas está infectado por el virus. Cerca de la mitad (46%) de los consumidores de drogas indicaron que no utilizaban agujas estériles. Además, casi uno de cada cinco estaba infectado por la sífilis, lo que sugiere que, en este grupo de población, es prevalente una combinación de comportamientos de riesgo, tanto en las prácticas sexuales como de inyección (Dahoma et al., 2006).

La epidemia de **Rwanda** se ha estabilizado desde el comienzo de siglo, pero la prevalencia del VIH sigue siendo alta en la capital, Kigali, donde aproximadamente el 13% de las mujeres embarazadas resultaron VIH-positivas en 2003. En los últimos años, Rwanda ha ampliado la vigilancia del VIH, especialmente en las zonas rurales –donde se ha comprobado que la prevalencia es significativamente menor que en las zonas urbanas, con una tasa del 3% o inferior entre las mujeres embarazadas–, y ha introducido mejores metodologías de estimación de la epidemia (Kayirangwa et al., 2006). Por este motivo, sólo deberían compararse a lo largo del tiempo los datos de centros de vigilancia congruentes. Una comparación de este tipo pone de manifiesto un descenso en la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas de zonas urbanas, sobre todo en 1998-2003. En Kigali, la prevalencia disminuyó de poco más del 16% al 13% en el mismo periodo, mientras que en otras dos zonas urbanas el descenso fue del 9,5% al 5,8%. Esta tendencia a la baja parece que se ha debilitado en los últimos años. En zonas rurales, mientras tanto, la prevalencia del VIH ha permanecido estable, aunque a niveles considerablemente inferiores (del 2,1% al 2,8% entre 1998 y 2003) (Kayirangwa et al., 2006). Según los resultados preliminares de la última Encuesta Demográfica y de Salud, los niveles de infección por el VIH son más de tres veces mayores en las zonas urbanas que en las rurales: 7,3% frente a 2,2%. La prevalencia máxima sigue correspondiendo a Kigali, donde los niveles de infección son entre dos y tres veces mayores que en cualquier otra parte del país (Instituto Nacional de Estadística, 2005).

En 2005, poco más del 3% [2,7-3,8%] de los adultos –aproximadamente 150 000 personas– estaban viviendo con el VIH en el vecino Burundi, donde se aprecian tendencias divergentes en las distintas partes del país. La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas jóvenes (15-24 años) disminuyó del 13% al 9% durante 2000-2004 en los dispensarios prenatales de Bujumbura y otras zonas urbanas (Ministerio de Salud Pública de Burundi, 2005). Sin embargo, los últimos datos de vigilancia centinela indican un aumento brusco de las infecciones por el VIH entre las mujeres atendidas en dispensarios prenatales de Bujumbura (del 12,6% en 2004 al 18% en 2005), con niveles de infección que casi se duplican entre las mujeres jóvenes (15-24 años) que acuden a estos centros: del 8,6% en 2004 al 15,5% en 2005. Durante el mismo periodo, la prevalencia entre mujeres

embarazadas también aumentó en las zonas rurales (Ministerio de Salud Pública de Burundi, 2005)

De acuerdo con los datos sobre el VIH recopilados en dispensarios prenatales, en 2005 los niveles de infección por el VIH en adultos de Etiopía fueron más de cinco veces más elevados en las zonas urbanas (10,5%) que en las rurales (1,9%). En algunos dispensarios prenatales de Addis Abeba y otras zonas urbanas se ha observado un descenso gradual en la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas, sobre todo desde 1997-1998 (Ministerio Federal de Salud de Etiopía, 2006). No obstante, la prevalencia sigue siendo alta en el conjunto de Addis Abeba (donde ha permanecido en el 14-16% desde mediados de los años 1990) y otras urbes importantes (donde se ha mantenido entre el 11% y 13% durante el mismo periodo) (Hladik et al., 2006). Alrededor del 80% de la población del país vive en zonas rurales, donde la prevalencia entre mujeres que acuden a dispensarios prenatales aumentó del 1,9% en 2000 al 2,6% en 2003, y pasó al 2,2% en 2005 (Hladik et al., 2006; Ministerio Federal de Salud de Etiopía, 2004; Ministerio Federal de Salud de Etiopía, 2006).

Dado que sólo una minoría de las mujeres embarazadas acude a estos dispensarios en Etiopía, los datos sobre el VIH recopilados en tales centros ofrecen una imagen incompleta de las tendencias epidemiológicas. Por tanto, los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud de 2005 (que incluyeron a más de 13 000 varones y mujeres de todas las regiones) ofrecen una imagen más nítida para perfilar la epidemia de Etiopía. Según la encuesta, el 1,4% de los adultos (15-49 años) estaba viviendo con el VIH en 2005, y la prevalencia en mujeres adultas era dos veces mayor que en varones adultos. Los niveles de infección eran mucho más altos en las zonas urbanas (5,5% entre adultos) que en las rurales (0,7%) (Organismo Central de Estadística de Etiopía y ORC Macro, 2006).<sup>4</sup>

Los datos más recientes de la vecina **Eritrea** también indican una epidemia estable, con una seropositividad del 2,4% entre las mujeres que solicitan atención prenatal. Esto es compatible con la prevalencia del VIH del 2,8% y 2,4% observada en 2001 y 2003, respectivamente. La prevalencia oscilaba desde más del 7% en Assab (en el sur) y el 6% en Assia (en el centro del país) hasta el 0% en Shieb (también en el centro) (Ministerio de Salud de Eritrea, 2006).

<sup>4</sup> Las diferencias en las estimaciones del VIH –según los datos de dispensarios prenatales y los presentados en esta encuesta de población– parecen derivar principalmente de la cobertura limitada de los servicios de atención prenatal en Etiopía y de discrepancias en la cobertura geográfica entre los dos sistemas de vigilancia. Conviene señalar que la prevalencia del VIH en la encuesta poblacional entre las mujeres que habían recibido atención prenatal era la misma (3,5%) que la prevalencia estimada a partir de los datos de dispensarios prenatales (Organismo Central de Estadística de Etiopía y ORC Macro, 2006).

No se dispone de nuevos datos sobre la epidemia de **Somalia**, donde una encuesta de vigilancia centinela en 2004 encontró niveles de infección por el VIH comparativamente bajos: 0,9% entre las mujeres embarazadas a nivel nacional. En algunos dispensarios prenatales, la prevalencia del VIH era considerablemente más alta que en 1999: en Hargeisa había aumentado del 0,7% al 1,6%, mientras que en Berbera había pasado del 0% al 2,3% (OMS, 2005a). El conocimiento sobre la transmisión del VIH es bajo, y el uso de preservativos, muy infrecuente. Según una encuesta, más del 85% de los varones y mujeres jóvenes (15-24 años) nunca han utilizado un preservativo (OMS, 2005b).

### África occidental y central

La prevalencia nacional del VIH en adultos sigue siendo mucho más baja en **África occidental** que en otras partes de África subsahariana. Dicha prevalencia sólo sobrepasa el 4% en **Côte d'Ivoire** y es del 2% o inferior en varios otros países, especialmente los del Sahel. Como en la mayor parte de África oriental, las tendencias de la infección por el VIH se mantienen estables en general, aunque se ha observado una prevalencia decreciente entre mujeres embarazadas de varias ciudades, como Ouagadougou (**Burkina Faso**), Abidján (**Côte d'Ivoire**) y Lomé (**Togo**) (OMS, 2005).

Sólo la India y Sudáfrica tienen más personas infectadas por el VIH que **Nigeria**, donde se estima que 2,9 millones [1,7-4,2 millones] de personas vivían con el virus en 2005 (ONUSIDA, 2006). Aproximadamente 300 000 adultos contrajeron una nueva infección por el VIH durante el pasado año. Cuando los mejores presupuestos utilizados para obtener las estimaciones actuales de prevalencia del VIH en mujeres embarazadas se aplican a rondas previas de vigilancia centinela, la tendencia global en los niveles de infección por el VIH entre las mujeres embarazadas de Nigeria parece mantenerse estable. En 2005 se comprobó que estaban infectadas por el VIH alrededor del 4,4% [4,2-4,6%] de las mujeres atendidas en dispensarios prenatales de todo el país, pero la prevalencia superaba el 5% casi en una docena de estados. La epidemia muestra variaciones notables, con prevalencias a nivel estatal que van desde el 10% en Benue (en la zona centro-norte) y el 8% en Akwa Imbom (zona sur-sur) hasta menos del 2% en Ekiti, Oyo (ambos en la zona sudoeste) y Jigawa (zona noroeste). En algunos estados, la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas es mayor en las zonas rurales que en las urbanas, mientras que en otros ocurre lo contrario. Se requieren investigaciones más detalladas para

lograr una mejor comprensión de los motivos de estos patrones tan variados (Ministerio Federal de Salud de Nigeria, 2006).

En el **Senegal**, la prevalencia nacional del VIH en adultos se mantiene justo por debajo del 1% [0,4-1,5%] (ONUSIDA, 2006), aunque los niveles de infección en adultos son más de dos veces mayores (2,2% y 2%, respectivamente) en las regiones de Ziguinchor y Kolda, en el sur (Centre de Recherche pour le Développement Humain y MEASURE DHS+, 2005). Parece que los profesionales del sexo todavía son el principal factor en la epidemia del Senegal, con niveles de prevalencia del VIH que llegan hasta el 30% entre profesionales del sexo de Ziguinchor, por ejemplo. Persiste el peligro de que el VIH se propague de los profesionales del sexo a sus clientes y a la población general (Gomes do Espirito Santo y Etheredge, 2005).

Las investigaciones están descubriendo un aspecto anteriormente oculto de la epidemia del Senegal: el papel de las relaciones sexuales entre varones como factor de riesgo de infección por el VIH. Un estudio llevado a cabo en cinco zonas urbanas (Dakar, Kaolack, Mbour, Saint-Louis y Thiés) ha hallado una prevalencia del VIH del 22% entre varones que tienen relaciones sexuales con varones, la mayoría de los cuales (94%) dijeron que también tenían relaciones sexuales con mujeres (Wade et al., 2005). Este grupo de población podría actuar como puente potencial para la transmisión del VIH a mujeres que, de lo contrario, tendrían un bajo riesgo de infección. Sólo la mitad aproximadamente de los varones de este estudio indicaron que habían utilizado preservativos durante las relaciones sexuales con varones o mujeres en el último mes (Wade et al., 2005).

---

*Hay indicios de disminución de la prevalencia en las zonas urbanas de Burkina Faso, Côte d'Ivoire y Ghana, pero en Malí la epidemia de VIH parece aumentar.*

---

La epidemia de VIH en **Malí** podría estar creciendo, después de haber permanecido estable durante muchos años. Una comparación de datos de centros de vigilancia centinela con información congruente para el periodo 2002-2005 revela que la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas aumentó del 3,3% en 2002 al 4,1% en 2003 y 2005. También han aumentado de forma similar los niveles de infección por el VIH entre las mujeres embarazadas de 15-19 años (del 2,5% en 2002 al 3,4% en 2005), como

han aumentado entre las mayores de 35 años (del 1,5% en 2002 al 4,5% en 2005). Normalmente, los niveles de infección tenderían a ser más altos entre las mujeres de edad algo mayor, que han sido sexualmente activas durante más tiempo y, por tanto, tienen mayores probabilidades de haberse infectado. En conjunto, la prevalencia máxima del VIH correspondía a la región de Ségou, donde se comprobó que el 5,1% de las mujeres embarazadas eran VIH-positivas en 2005, un recordatorio de que en este enorme país están teniendo lugar epidemias importantes aunque localizadas (Ministerio de Salud de Malí, 2005).

**Guinea** está experimentando una de las epidemias de SIDA más limitadas en África subsahariana. Se estima que la prevalencia del VIH en adultos era del 1,5% [1,2-1,8%] en 2005, cuando estaban viviendo con el VIH unas 85 000 [69 000-100 000] personas. Una reciente encuesta nacional por hogares indica que los niveles de infección por el VIH son máximos en las zonas urbanas y superan el 2% en adultos de la capital, Conakry (Dirección Nacional de Estadística de Guinea y ORC Macro, 2006).

Aún se carece de nuevos datos sobre el VIH en **Côte d'Ivoire**, donde el conflicto civil ha obstaculizado la vigilancia de la epidemia y probablemente también los esfuerzos de prevención. Los datos disponibles señalan una epidemia relativamente estable pero grave, ya que al menos el 4% de los adultos vivían con el VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006). Los datos sobre el VIH también apuntan a una epidemia importante en **Togo**, donde las regiones Maritime, Plateaux y Savanes, junto con la capital Lomé, son las zonas más afectadas (OMS, 2005). En estas partes del país, al menos el 7% de las mujeres atendidas en dispensarios prenatales son VIH-positivas (OMS, 2005; Ministerio de Salud de Togo, 2004). Se estima que, en 2005, la prevalencia global del VIH en adultos era del 3,2% [1,9-4,7%], lo que supone que unas 110 000 [65 000-160 000] personas estaban viviendo con el virus (ONUSIDA, 2006).

El vecino **Benin** tiene una epidemia más reducida, con unas 87 000 [57 000-120 000] personas que vivían con el VIH en 2005 y una prevalencia estimada del VIH en adultos del 1,8% [1,2-2,5%] (ONUSIDA, 2006). En el escaso número de centros urbanos de vigilancia centinela con datos sobre el VIH que se remontan a mediados de los años 1990, se ha apreciado una tendencia decreciente de las infecciones por el VIH desde 2000, de modo que la prevalencia ha disminuido desde aproximadamente el 4% en 2001 hasta menos del 2% en 2005. Al mismo tiempo, se han registrado altos niveles de infección por el VIH (entre el 3% y más del

5%) en mujeres que acuden a dispensarios prenatales de zonas tanto urbanas como rurales de los departamentos Atlantique y Mono. En conjunto, sin embargo, la epidemia de Benin parece mantenerse estable, con una prevalencia del VIH en mujeres atendidas en dispensarios prenatales que fluctúa del 1,8% al 2,3% desde 2003 (Ministerio de Salud de Benin, 2006; Alary, Mukenge-Tshibaka et al., 2002).

En **Ghana**, un país vecino donde se estima que la prevalencia del VIH en adultos era del 2,3% [1,9-2,6%] en 2005 (ONUSIDA, 2006), hay signos de que la epidemia nacional podría estar en retroceso. Después de aumentar progresivamente hasta un máximo del 3,6% en 2003, los niveles de infección por el VIH en mujeres atendidas en dispensarios prenatales disminuyeron posteriormente al 3,1% en 2004 y al 2,7% en 2005 (Programa Nacional de Control del SIDA/ITS, 2006). La encuesta nacional de 2003 demostró que, en contra de lo que ocurre en la mayoría de los países de África subsahariana, la prevalencia global del VIH en Ghana sólo difiere ligeramente entre las zonas urbanas y rurales (2,3% frente a 2,0%) (Servicio Estadístico de Ghana, Noguchi Memorial Institute for Medical Research y ORC Macro, 2004). Al mismo tiempo, la propagación del VIH difiere de una región a otra, con prevalencias en mujeres embarazadas que van del 1,2% en el norte al 4,7% en el este (Programa Nacional de Control del SIDA/ITS, 2006).

Las infecciones por el VIH son especialmente prevalentes en grupos de edad más avanzada, sobre todo mujeres de 35-39 años y varones de 40-44 años (Akwere et al., 2005). Sin embargo, entre las mujeres embarazadas, la mayoría de los casos de VIH corresponde al grupo de 25-34 años (Programa Nacional de Control del SIDA/ITS, 2006). Como en muchos otros países, el matrimonio parece ser un factor de riesgo significativo para las mujeres de Ghana, mientras que la movilidad es un factor importante para los varones (Akwara et al., 2005). Las mujeres casadas tenían una probabilidad casi tres veces mayor de estar infectadas por el VIH que las que nunca se habían casado (Servicio Estadístico de Ghana, Noguchi Memorial Institute for Medical Research y ORC Macro, 2004).

Las investigaciones efectuadas en tres prisiones de Nsawan y Accra, en Ghana, han revelado una alta prevalencia del VIH tanto entre los reclusos (19%) como entre los funcionarios de prisiones (8,5%) que participaron en el estudio. El pequeño tamaño de la muestra podría haber provocado una sobrestimación de la prevalencia del VIH, pero los hallazgos indican la existencia de brotes de VIH en estos contextos. En conjunto, casi uno de cada tres reclusos mascu-

linos que participaron en el estudio indicó que había tenido relaciones sexuales con otros varones (internos o externos a la prisión), mientras que un pequeño porcentaje también dijo que se inyectaba drogas. Los tatuajes podrían constituir otra causa de transmisión del VIH dentro de las prisiones. Parece que muchos de los reclusos infectados por el VIH contrajeron el virus en la prisión; aunque la mayoría de ellos habían estado encarcelados durante unos 10 años, ninguno había llegado a la fase sintomática del SIDA, lo que da a entender una infección relativamente reciente (Adjei et al., 2006).

También hay signos de una prevalencia decreciente del VIH al norte de Ghana, en Burkina Faso, donde la prevalencia del VIH en adultos se ha mantenido en un porcentaje estimado del 2% [1,5-2,5%] (ONUSIDA, 2006). Entre mujeres jóvenes (15-24 años) que acuden a dispensarios prenatales de zonas urbanas, los niveles de infección por el VIH se redujeron a la mitad entre 2001 y 2003, hasta menos del 2%. Este hallazgo concuerda con datos de una encuesta nacional según los cuales la población de Burkina Faso se está protegiendo a sí misma y protege a sus parejas sexuales contra una posible infección por el VIH (Presidencia de Faso, 2005; Instituto Nacional de Estadística y Demografía y ORC Macro, 2004). El sur y el oeste del país (incluida la provincia de Poni, donde la prevalencia del VIH en adultos era del 3,7% en 2003) están mucho más afectados por la epidemia que las regiones orientales (Instituto Nacional de Estadística y Demografía y ORC Macro, 2004).

En el **Chad**, un país escasamente poblado, una reciente encuesta nacional ha constatado una prevalencia del VIH en adultos del 3,3%. En las cinco ciudades más grandes del país, más del 6% de los adultos estaban viviendo con el VIH, y en la capital, N'Djamena, la prevalencia era del 8%. Queda mucho por mejorar en la prevención del VIH. Menos de uno de cada diez (8%) varones y mujeres indicaron que habían utilizado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales, y aproximadamente el 4% de los varones y el 2% de las mujeres dijeron que, en algún momento, habían cambiado sexo por dinero (pero únicamente la mitad había utilizado un preservativo en tales relaciones). El conocimiento básico sobre el VIH es deficiente: sólo uno de cada cuatro varones y mujeres sabía cómo prevenir la transmisión sexual del VIH y refutaba conceptos erróneos importantes sobre el virus (República del Chad, 2005).

Los datos incompletos sobre el VIH hacen difícil discernir tendencias claras en la mayoría de los

países de África central, aunque el **Camerún** y la **República Centroafricana** parecen ser los más afectados. En este último, casi el 11% [4,5-17,2%] de los adultos (15-49 años) estaban viviendo con el VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006), mientras que en el primero la prevalencia del VIH en adultos superaba el 5% [4,9-5,9%] (ONUSIDA, 2006). Los niveles de infección son máximos en las regiones del este y noroeste (casi el 9%) y mínimos en el norte del **Camerún** (2% o inferior) (Instituto Nacional de Estadística y Demografía y ORC Macro, 2005). Según la Encuesta Demográfica y de Salud de 2005, la prevalencia era casi dos veces mayor en las mujeres adultas que en los varones de la misma edad (15-49 años) (6,8% frente a 4,1%). La encuesta halló una sensibilización generalizada sobre el SIDA pero escaso conocimiento del VIH: más de un tercio de las mujeres no sabían ningún método para prevenir la transmisión sexual del virus (Instituto Nacional de Estadística y Demografía y ORC Macro, 2004).

Se estima que, en 2005, hasta un millón [560 000-1,5 millones] de personas, más de 100 000 [40 000-270 000] de ellas niños menores de 14 años, estaban viviendo con el VIH en la **República Democrática del Congo** (ONUSIDA, 2006). Sin embargo, no se dispone de datos de vigilancia del VIH en muchas partes de este gran país. Al oeste, en la más pequeña y menos poblada **República del Congo**, unas 120 000 [75 000-160 000] personas vivían con el VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006). En 2005 estaban infectadas por el VIH el 4,9% de las mujeres que acudían a dispensarios prenatales. Sin embargo, la prevalencia entre las mujeres embarazadas variaba ampliamente, desde tan sólo el 2% en Djambala hasta el 9% en Sibiti y el 10% en Gamboma. En la capital, Brazzaville, un 4% de las mujeres atendidas en dispensarios prenatales eran VIH-positivas (Ministerio de Salud y Población de la República del Congo, 2005).

En resumen, las epidemias de VIH en África subsahariana están siguiendo tendencias divergentes. Hay indicios de una propagación decreciente o estable del VIH en la mayor parte de África oriental y occidental, junto con signos de epidemias crecientes en unos pocos países. En África meridional, sólo Zimbabwe presenta pruebas de un descenso importante en la prevalencia nacional del VIH. En varios otros países –incluida Sudáfrica–, la epidemia todavía no muestra signos de retroceso.



## ASIA

Se estima que 8,6 millones [6,0-13,0 millones] de personas están viviendo con el VIH en Asia en 2006, incluidas las 960 000 [640 000-2,5 millones] que se infectaron durante el pasado año. Aproximadamente 630 000 [430 000-900 000] personas han fallecido por enfermedades relacionadas con el SIDA en 2006. El número de personas que reciben terapia antirretrovírica ha aumentado en más de tres veces desde 2003, hasta llegar a una cifra estimada de 235 000 [180 000-290 000] en junio de 2006. Esto representa alrededor del 16% del número total de personas que necesitan tratamiento antirretrovírico en Asia. Sólo **Tailandia** ha logrado proporcionar tratamiento como mínimo al 50% de las personas que lo necesitan (OMS/ONUSIDA, 2006).

### China

En **China** se estima que, a finales de 2005, vivían con el VIH 650 000 [390 000-1,1 millones] personas (Ministerio de Salud de China, 2006; ONUSIDA, 2006). Aunque se han detectado infecciones por el VIH en todas las provincias de este enorme país, la mayoría ha correspondido a Henan, Yunnan, Guangxi, Xinjiang y Guangdong, mientras que Ningxia, Qinghai y Tibet parecen haber permanecido a salvo de brotes del VIH hasta ahora (Ministerio de Salud de China, ONUSIDA, OMS, 2006).

Tras comenzar en zonas rurales antes de diseminarse a las ciudades –un patrón inusual (Zhao, Du et al., 2006)–, la epidemia de VIH relacionada con el consumo de drogas intravenosas en China ha alcanzado proporciones alarmantes. Se cree que casi la mitad (44%) de las personas que viven con el VIH en el país se han infectado a través de la inyección de drogas (Ministerio de Salud de China, ONUSIDA, OMS, 2006; Lu, Wang et al., 2006), y cerca del 90% de las infecciones por el VIH contraídas de esta forma han correspondido a siete provincias (Yunnan, Xinjiang, Guangxi, Guangdong, Guizhou, Sichuan y Hunan) (Ministerio de

Salud de China, ONUSIDA, OMS, 2006). Se ha informado de que la mitad (49%) de los consumidores de drogas intravenosas ha utilizado equipos de inyección no estériles en algún momento (Comité de Trabajo sobre el SIDA del Consejo Estatal de China, 2004). Por consiguiente, no es de extrañar que la prevalencia del VIH haya superado el 50% entre consumidores de drogas intravenosas en ciertas partes de las provincias de Xinjiang, Yunnan y Sichuan (Mingjian, Wheeler et al., 2006; Ministerio de Salud de China, 2006; MAP 2005a), ni que la prevalencia del VIH haya aumentado súbitamente en este grupo de población (en la provincia sudoeste de Sichuan, por ejemplo, la prevalencia entre consumidores de drogas intravenosas en zonas urbanas pasó del 11% al 18% entre 2002 y 2004) (Zhang, Ruan et al., 2006).

Después de iniciar su primer proyecto de intercambio de agujas y jeringas en 1999, China ha emprendido programas similares en 18 provincias, y 92 de ellos ya eran operativos en 2006. Los resultados están empezando a materializarse. Los datos recopilados en seis centros de intercambio de agujas indican que la utilización de agujas no esterilizadas oscilaba entre el 27% y el 79% cuando se iniciaron los proyectos, pero había disminuido al 12-56% a finales de 2005 (Wu, Pang et al., 2006). En un proyecto de extensión para el intercambio de agujas y jeringas en la provincia de Hunan, la proporción de consumidores de drogas que compartían agujas disminuyó del 43% al 23% durante el periodo 2003-2005, mientras que el conocimiento y sensibilización sobre el VIH se cuadruplicaron (del 21% al 80%) (Chen, Chen et al., 2006). Por desgracia, en algunos lugares, los proyectos de reducción de daños todavía encuentran resistencia en los gobiernos provinciales e inferiores. En consecuencia, la respuesta de China varía notablemente en cuanto a tipo y calidad de un lugar a otro (Qian, Schumacher et al., 2006). Aparte de seguir ampliando el número de dispensarios de suministro de metadona y los centros de intercambio de agujas y jeringas, también

debe mejorarse el conocimiento básico sobre el VIH entre los consumidores de drogas intravenosas: un estudio en la provincia de Yunnan, por ejemplo, comprobó que uno de cada cinco consumidores de drogas no sabía que el hecho de compartir agujas acarrea el riesgo de transmisión del VIH (Christian, Zhiyong et al., 2006).

La adopción de riesgos sexuales entre los consumidores de drogas intravenosas acrecienta la probabilidad de propagación del VIH dentro y más allá de este grupo de población (Zhao, Du et al., 2006). Los datos nacionales de vigilancia sugieren que hasta el 11% de los consumidores de drogas también practica actividades sexuales de alto riesgo (Ministerio de Salud de China, ONUSIDA, OMS, 2006). Más de un tercio de los consumidores de drogas intravenosas sexualmente activos que participaron en un estudio dijeron que utilizaban agujas no esterilizadas, y, aun así, sólo el 4% de ellos utilizaba preservativos de forma sistemática con sus parejas sexuales habituales (Liu, Grusky et al., 2006). En la provincia de Yunnan, dos tercios de los consumidores de drogas (inscritos en centros de desintoxicación) dijeron que no habían usado un preservativo cuando pagaron para tener relaciones sexuales durante el último mes, y más de la mitad indicaron que nunca habían comprado un preservativo (Christian, Zhiyong et al., 2006).

Muchos consumidores de drogas masculinos compran sexo, y hasta la mitad de las consumidoras femeninas lo venden, ya sea de forma ocasional o habitual (Liu et al., 2006; Yang et al., 2005). En algunas provincias (como Sichuan), un porcentaje pequeño pero significativo de los profesionales del sexo también se inyectan drogas, y acostumbran a tener más clientes pero a utilizar preservativos con menor frecuencia que sus homólogas que no se inyectan drogas (MAP, 2005a; MAP, 2005b).

El escaso conocimiento del VIH y las altas tasas de relaciones sexuales sin protección implican que los profesionales del sexo que no se inyectan drogas también se enfrentan a un riesgo significativo de infección por el VIH. En una encuesta en el condado de Yingjian (provincia de Yunnan), por ejemplo, sólo uno de cada tres profesionales del sexo que trabajaban en prostíbulos utilizaba preservativos de forma habitual con sus clientes, y uno de cada cinco dijo que nunca los había empleado (Hesketh et al., 2005). Otro estudio en la provincia de Yunnan comprobó que uno de cada cinco profesionales del sexo estaba infectado por el VIH (Wang, Yang et al., 2006). La violencia es otra preocupación: en un reciente estudio, el 49% de los profesionales del sexo indicaron que habían sido agredidos sexualmente, y había una estrecha correlación entre esta alta incidencia de comportamientos violentos y la presencia de infecciones de transmisión sexual (Choi SY,

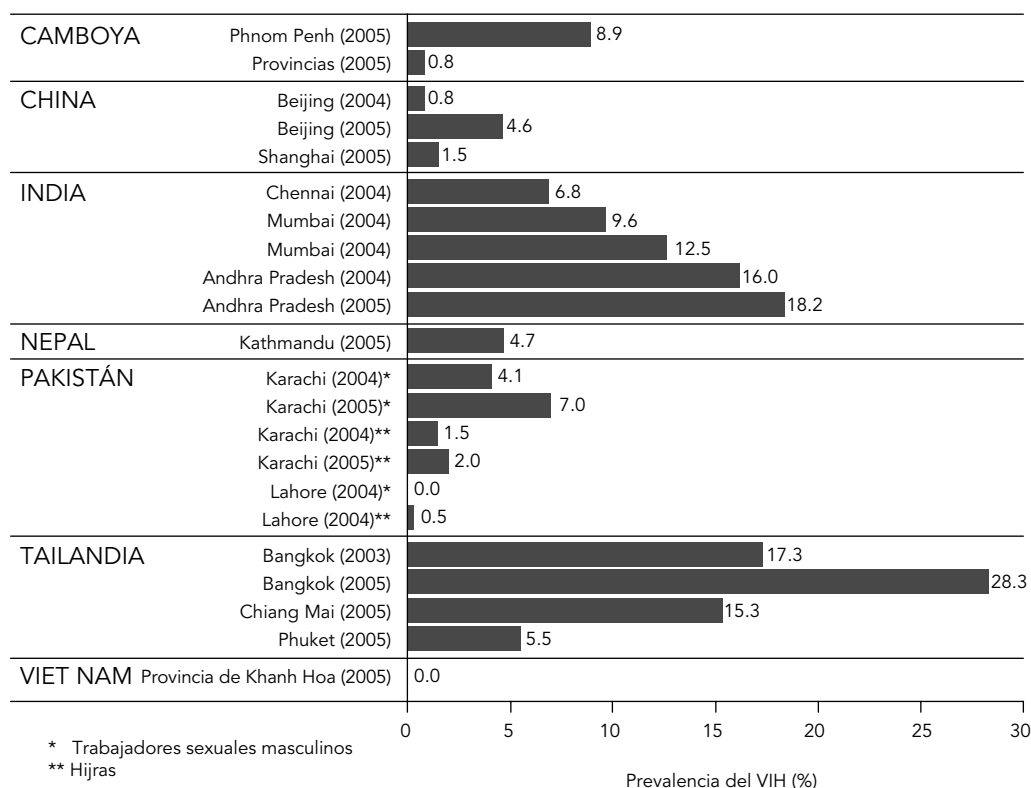
### MIGRACIÓN Y RIESGO DE VIH EN CHINA

Existe una especulación considerable sobre el posible efecto de los movimientos de población y la migración a gran escala en la evolución de la epidemia de China. Se supone generalmente que los migrantes masculinos tienen mayores probabilidades de visitar a profesionales del sexo, lo que los expone –y expone a sus demás parejas sexuales– al riesgo de contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Los presupuestos de que la migración desempeñará un papel importante en la epidemia de China se basan en el gran número de migrantes (120-150 millones, según las estimaciones), la evidencia de asociación entre migración y VIH en estudios efectuados en otras partes (especialmente África meridional) (Lurie et al., 1997; Lurie et al., 2003) y la vigilancia del VIH entre migrantes en determinadas ciudades (Hesketh, Li et al., 2006).

En China, algunos indicios parecen respaldar estas expectativas. En Suining y Luzhou (provincia de Sichuan), por ejemplo, la mayoría de los clientes de profesionales del sexo eran trabajadores migrantes que con frecuencia pagaban para tener tales relaciones (en promedio, 11 veces durante los seis meses anteriores) y que no acostumbraban a utilizar preservativos de forma habitual (sólo los empleó el 36% durante la última relación sexual remunerada) (Wan y Zhang, 2006). En un estudio anterior (2002) realizado en Beijing, Nanjing y Shanghai, uno de cada diez varones migrantes dijo que había pagado en algún momento para tener relaciones sexuales (Wang et al., 2006).

Pero conviene evitar las generalizaciones. La situación varía entre las distintas partes del país, especialmente aquellas donde un número significativo de migrantes se desplaza con sus parejas. Así, el primer estudio poblacional entre migrantes y trabajadores chinos en Hangzhou, la capital de la provincia de Zhejiang, no detectó infecciones por el VIH. Hay varias posibles razones para explicar este hallazgo. Hasta la mitad de los trabajadores migrantes en China son mujeres, y es poco probable que participen en relaciones sexuales remuneradas. En ciertas partes del país, una gran proporción de los migrantes se desplaza con sus parejas, tal como había hecho un tercio de los trabajadores encuestados en el estudio de Hangzhou. Muchos migrantes también parecen mantener actitudes «tradicionales» relativamente conservadoras frente a las relaciones sexuales ocasionales (Hesketh, Li et al., 2006).

**Prevalencia del VIH entre varones que tienen relaciones sexuales con varones en lugares seleccionados de Asia, 2003–2005**



Fuentes: [Resúmenes de la Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA, 2006] -- (Camboya) M.Phalkun, et al. HIV, sexually transmitted infections, related risk behaviour among Cambodian men who have sex with men; (China) X.Ma, et al. Possible rise in HIV prevalence among men who have sex with men in Beijing; (India) S.Kumta et al. Sociodemographics, sexual risk behaviour and HIV among men who have sex with men attending voluntary counselling and testing services in Mumbai, India; Sravankumar K, Prabhakar P, Mythri/STI/HIV Study Group. High risk behaviour among HIV positive and negative men having sex with men (MSM) attending Myrthi clinics in Andhra Pradesh, India; (Nepal) L.B. Acharya, et al. HIV and STI prevalence among MSM in Kathmandu, Nepal; (Pakistán) A. Altaf, et al. Behavioral characteristics of male and eunuch (hijra) sex workers in Karachi, Pakistan; (Tailandia) F. van Griensven, et al. Surveillance of HIV prevalence among populations of men who have sex with men in Thailand, 2003/2005; (Viet Nam) M. Truong Tan, et al. HIV risk behavior and prevalence among MSM in Khanh Hoa province, Viet Nam. National Study of Reproductive Tract and Sexually Transmitted Infections. Survey of High Risk Groups in Lahore and Karachi, 2005. National AIDS Control Program, DFID and FHI. (Pakistán); NACO, 2004; Andhra Pradesh State AIDS Control Society (2004). 8th round of national annual sentinel surveillance for HIV, Andhra Pradesh. Hyderabad, APSACS. (India)

**Figura 5**

2006). Así pues, la prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo en conjunto ha aumentado sustancialmente durante la última década, del 0,02% en 1994 a poco menos del 1% (0,93%) en 2004, según datos de vigilancia centinela (Ministerio de Salud de China, ONUSIDA, OMS, 2006).

Las intervenciones apropiadas para reducir el riesgo de transmisión del VIH durante las relaciones sexuales remuneradas marcan una diferencia real, sobre todo cuando están respaldadas por asociaciones con las autoridades sanitarias, la policía y los propietarios de establecimientos. Tres años después de que se introdujera un programa de uso sistemático de preservativos en el condado de Li (provincia de Hunan), la utilización de preservativos notificada por los propios encuestados casi se cuadruplicó (del 24% en 2002 al 88% en 2005) y el número de infecciones de transmisión sexual comunicadas disminuyó en cerca de dos tercios (de 513 a 192) (Chen, Yi et al., 2006). Sin embargo, si se pretende que estos logros se genera-

licen, será necesario armonizar los entornos jurídico, normativo y operativo.

Al mismo tiempo, empieza a arrojarse más luz sobre el papel de las relaciones sexuales entre varones en la epidemia de China. Se estima actualmente que alrededor del 7% de las infecciones por el VIH en el país se contrajeron durante prácticas sexuales peligrosas entre varones (Lu, Wang et al., 2006), y varios estudios recientes revelan altas tasas de relaciones sexuales sin protección entre varones, una proporción significativa de los cuales también tiene relaciones sexuales con mujeres (17–41%) o comercia con el sexo (17%) (Jiang et al., 2006; Xu, Zhang et al., 2006; Liu, Wang et al., 2006). En un estudio en la provincia de Jiangsu, por ejemplo, casi la mitad de los varones que tenían relaciones sexuales con varones habían practicado el coito anal sin protección durante los tres meses precedentes. Ninguno era VIH-positivo, pero la prevalencia de otras infecciones de transmisión sexual era alta (el



7% tenía sífilis, y el 8%, VHS-2) (Jiang et al., 2006). Teniendo en cuenta este patrón de comportamiento, el VIH puede propagarse con rapidez después de que establezca su presencia. Esta tendencia ya podría haberse iniciado en varias ciudades. En Beijing, dos estudios entre varones que tienen relaciones sexuales con varones han revelado una prevalencia del VIH del 3% y 4,6%, respectivamente (Choi et al., 2006; Ma et al., 2006). Uno de cada cinco varones que participaron en este último estudio (en 2005) nunca había oído hablar del VIH, y más de dos de cada tres comunicaron relaciones sexuales sin protección durante los seis meses previos (Ma et al., 2006). Mientras tanto, un estudio efectuado en Shanghai en 2004-2005 registró una prevalencia del VIH del 1,5% entre varones que tenían relaciones sexuales con varones (Choi et al., 2006).

---

*Empiezan a ser evidentes graves epidemias entre varones que tienen relaciones sexuales con varones en Camboya, China, India, Nepal, Pakistán, Tailandia y Viet Nam.*

---

En conjunto, se estima que en 2005 la mitad de las nuevas infecciones por el VIH en China se produjo en el curso de relaciones sexuales sin protección. Debido a la propagación gradual del VIH de las poblaciones de máximo riesgo a la población general, el número de infecciones entre las mujeres también está creciendo (Ministerio de Salud de China, ONUSIDA, OMS, 2006). En 2004, las mujeres ya representaban el 39% de los casos notificados de VIH (en comparación con el 25% sólo dos años antes). Un análisis reciente de los resultados de la prueba del VIH en 138 000 mujeres embarazadas de casi la mitad de los condados de la provincia de Yunnan comprobó que el 0,3% eran VIH-positivas, pero la prevalencia variaba desde 0% hasta el 1,6% en condados específicos (Zhang, Hu, Hesketh, 2006). En partes de las provincias de Henan y Xinjiang se ha registrado una prevalencia del VIH superior al 1% entre mujeres embarazadas o que se someten a la prueba del VIH por motivos clínicos o prematrimoniales (Ministerio de Salud de China, ONUSIDA, OMS, 2006), lo que indica que el virus se está propagando con relativa libertad por ciertas localidades.

Al mismo tiempo, prosigue la epidemia entre los antiguos donantes de sangre y plasma en provincias como Anhui, Hebei, Henan, Hubei y Shanxi (Cohen, 2004), aunque parece que el VIH no se ha propagado a la población general de forma tan dramática como se temía (Mastro y Yip, 2006). Entre los aldeanos de un condado de la provincia de Shanxi (donde la mayoría de las infecciones por el VIH se relacionaba con donaciones de sangre y plasma), la

prevalencia global del VIH fue del 1,3% en 2004. Pero las infecciones parecían concentrarse entre los antiguos donantes (el 4,1% de los cuales eran VIH-positivos), ya que sólo el 0,1% de los aldeanos que no habían donado sangre resultaron positivos en la prueba del VIH (Wang, Jia et al., 2006). Estas tendencias se han atribuido a las limitadas redes sexuales de algunas poblaciones rurales (Mastro y Yip, 2006). Pero se ha detectado una situación diferente en aldeas de las regiones rurales de Anhui, donde el 15% de los antiguos donantes de sangre estaban infectados por el VIH, al igual que el 5% de los residentes sin historia de donación de plasma. La mayor parte de esos últimos se infectó probablemente durante relaciones sexuales sin protección con cónyuges o parejas ocasionales VIH-positivos (Ji, Detels et al., 2006). Aproximadamente 69 000 antiguos donantes y receptores de sangre y plasma comerciales estaban viviendo con el VIH en 2005 (Ministerio de Salud de China, 2006).

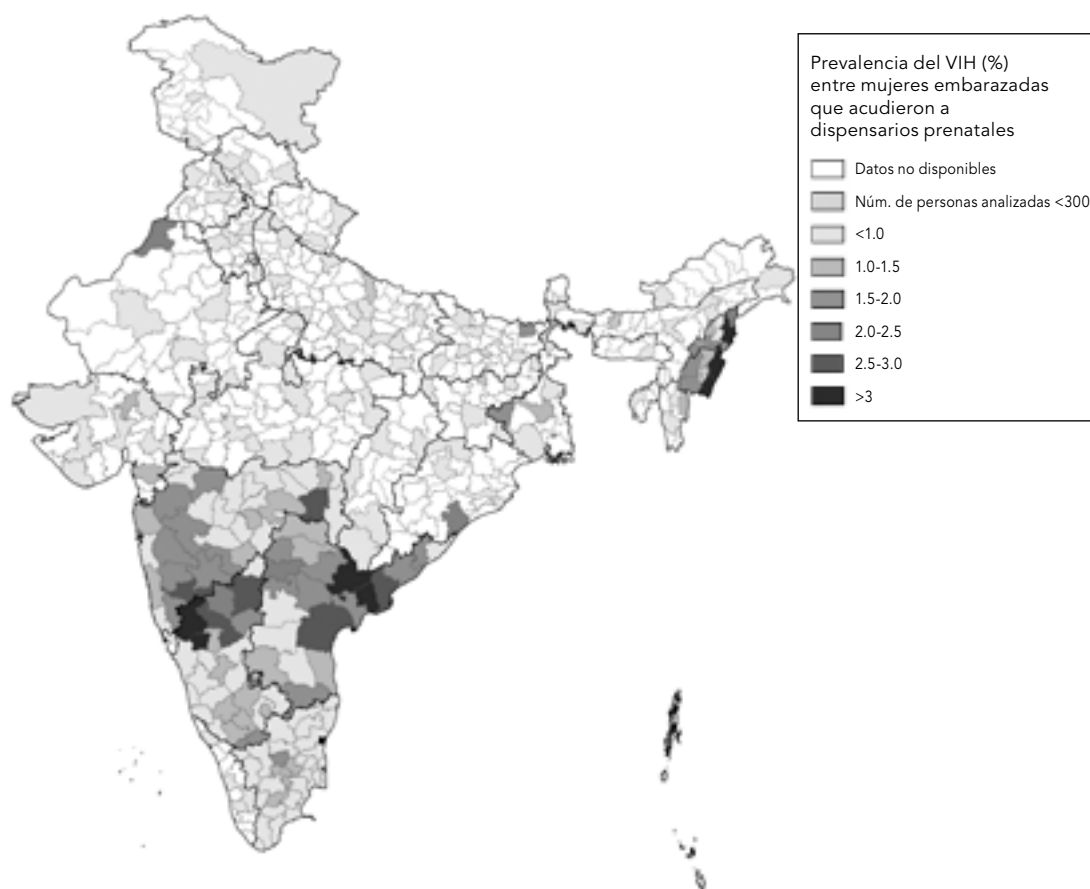
Aunque se han ampliado en los últimos años, todavía es necesario mejorar ciertos elementos básicos de la respuesta al VIH en China. La sensibilización sobre el VIH es muy baja (incluso entre líderes políticos a algunos niveles), y el estigma sigue siendo un problema en muchos lugares (Ministerio de Salud de China, ONUSIDA, OMS, 2006). Por ejemplo, casi uno de cada tres (30%) profesionales sanitarios en la provincia de Yunnan dijeron que no tratarían a una persona VIH-positiva (Hesketh, Duo et al., 2005). Que China logre contener o no su creciente epidemia dependerá en gran medida del éxito que tenga en sus esfuerzos por limitar la propagación del VIH entre consumidores de drogas intravenosas, profesionales del sexo y sus clientes.

## India

La **India**, el segundo país más poblado del mundo, está experimentando una epidemia de VIH sumamente variada que parece mantenerse estable o disminuir en algunas partes, mientras que crece a un ritmo discreto en otras. En 2005 estaban viviendo con el VIH aproximadamente 5,7 millones [3,4-9,4 millones] de personas, 5,2 millones de las cuales eran adultos de 15-49 años.

Como en China, la mayor parte de las infecciones por el VIH en la India parece concentrarse en unas pocas regiones. En el caso de la India, cerca de las dos terceras partes de las infecciones por el VIH notificadas han correspondido a seis de los 28 estados del país, principalmente en el sur y oeste industrializados y en la punta nordeste. En promedio, la prevalencia del VIH en estos estados es entre cuatro y cinco veces mayor que en el resto. Las tasas máximas de prevalencia se han detectado en el corredor de Mumbai-Karnataka, el área de Nagpur

## Prevalencia del VIH en la India – por distrito, 2005



Fuente: NACO, datos de vigilancia centinela recopilados en dispensarios prenatales (2005).

### Figura 6

(en Maharashtra), el distrito de Nammakkal (en Tamil Nadu), la región costera de Andhra Pradesh y ciertas partes de Manipur y Nagaland (en el nordeste de la India) (Organismo Nacional de la India de Control del SIDA, 2005; Banco Mundial, 2005). Cabe destacar que, en el sur del país, los niveles de infección en poblaciones rurales y urbanas tienden a ser similares (Banco Mundial, 2005).

Un análisis reciente de los datos sobre el VIH en 216 dispensarios prenatales y 132 dispensarios para infecciones de transmisión sexual durante el periodo 2000–2004 señala que la prevalencia del VIH entre las mujeres de 15–24 años en los estados meridionales disminuyó del 1,7% en 2000 al 1,1% en 2004 (Kumar, Jha et al., 2006). Los niveles de infección por el VIH también se redujeron entre los varones de 20–29 años atendidos en dispensarios para infecciones de transmisión sexual en el sur. (No había constancia de una prevalencia decreciente en los estados del norte.) Los autores han atribuido estas tendencias a un presunto incremento en el uso de preservativos por parte de los profesionales del

sexo tanto masculinos como femeninos en la India meridional, lo que presumiblemente ha contribuido a reducir la transmisión del VIH (Kumar, Jha et al., 2006). Sin embargo, un análisis posterior de los datos recopilados sugiere que la reducción aparente en la prevalencia del VIH en el sur es debida principalmente a un descenso de la prevalencia en Tamil Nadu (John, 2006). Otros analistas sostienen que no hay pruebas suficientes para atribuir a un cambio de comportamiento la disminución de la prevalencia del VIH en el sur (Hallett y Garnett, 2006).

El grueso de las infecciones por el VIH en la India se produce en el curso del coito heterosexual sin protección (Organismo Nacional de la India de Control del SIDA, 2005b). En consecuencia, las mujeres representan una proporción creciente de las personas que viven con el VIH (alrededor del 38% en 2005), especialmente en las zonas rurales. Se han registrado niveles de infección por el VIH superiores al 1% entre mujeres embarazadas de Andhra Pradesh, Maharashtra y Karnataka (Organismo Nacional de la India de Control del SIDA, 2004a). En 2004 se

detectó una prevalencia media del VIH del 1,6% en mujeres embarazadas de Karnataka, y el SIDA fue la principal causa notificada de fallecimiento en algunos distritos del norte. En varios subdistritos rurales, la prevalencia osciló entre el 1,1% y el 6,4% en adultos, lo que subraya la naturaleza sumamente variable de la epidemia (Moses et al., 2006).

Parece que una gran proporción de las mujeres VIH-positivas ha contraído el virus a través de sus parejas habituales, que se infectaron durante relaciones sexuales pagadas (Lancet, 2006). En Mumbai y Pune (en Maharashtra), por ejemplo, se ha comprobado que el 54% y 49% de los profesionales del sexo, respectivamente, están infectados por el VIH (Organismo Nacional de la India de Control del SIDA, 2005c), de modo que la probabilidad de transmitir el virus a sus clientes y parejas puede ser alta. De hecho, en los estados sureños con una prevalencia más alta, la mayor parte de la propagación del VIH parece ocurrir por transmisión de los profesionales del sexo a sus clientes y demás parejas sexuales (Kumar et al., 2005). En Karnataka, por ejemplo, estaban infectadas por el VIH casi una cuarta parte (23%) de 1100 profesionales femeninas del sexo que participaron en un estudio reciente, como estaban infectadas cerca de la mitad (47%) de las mujeres que trabajaban fuera de prostíbulos (Ramesh et al., 2006).

En la India se están llevando a cabo esfuerzos de prevención del VIH enfocados a los profesionales del sexo. Sin embargo, la aplicación de la ley en el contexto del comercio sexual es compleja y actúa a menudo como obstáculo para esfuerzos eficaces de prevención y tratamiento del VIH (Dandona, Dandona et al., 2006). Además, las intervenciones tienden a centrarse principalmente en profesionales del sexo que trabajan en prostíbulos, que son una minoría. Algunos programas de prevención ejecutados por profesionales del sexo —en Sonagachi (Kolkatta), por ejemplo— han fomentado prácticas sexuales remuneradas seguras y se han asociado a una menor prevalencia del VIH (Kumar, 1998; Jana et al., 1998). Aprovechando estas experiencias, las organizaciones de profesionales del sexo han ampliado su programa de prevención primaria a todo el estado de Bengala Occidental hasta llegar a unos 28 000 profesionales del sexo en 50 zonas (Roy et al., 2006). Sin embargo, la adopción de riesgos durante las relaciones sexuales remuneradas sigue siendo habitual en otras partes de la India. En Andhra Pradesh, por ejemplo, uno de cada cuatro profesionales del sexo sondeados en 13 distritos nunca había utilizado preservativos, y uno de cada dos los utilizaba de forma irregular. Más de la mitad de los profesionales del sexo que trabajaban en la calle dijeron que nunca o rara vez empleaban preservativos. Cabe destacar que las mujeres que sabían que la infección

por el VIH puede prevenirse y que disponían de preservativos gratuitos tenían una probabilidad significativamente mayor de utilizarlos de manera habitual (Dandona, Dandona et al., 2005).

El consumo de drogas intravenosas es el principal factor de riesgo de infección por el VIH en el nordeste (especialmente en los estados de Manipur, Mizoram y Nagaland), y desempeña un papel cada vez más importante en las epidemias de grandes ciudades fuera de esta región, como Chennai, Mumbai y Nueva Delhi (MAP, 2005a; Organismo Nacional de la India de Control del SIDA, 2005). Los productos inyectados incluyen fármacos que no son ilegales (por ej., buprenorfina, pentazocina y diacepam), aparte de heroína. Un estudio reciente en Chennai comprobó que el 31% de los consumidores de drogas intravenosas estaban infectados por el VIH (Srikrishnan et al., 2006).

---

*El consumo de drogas intravenosas es el principal factor de riesgo de infección por el VIH en el nordeste de la India (especialmente en los estados de Manipur, Mizoram y Nagaland), y desempeña un papel cada vez más importante en las epidemias de grandes ciudades fuera de esta región, como Chennai, Mumbai y Nueva Delhi.*

---

Actualmente, las intervenciones dirigidas a consumidores de drogas intravenosas tienden a ser dispersas y demasiado pequeñas e infrecuentes para generar resultados demostrables (Basu y Koliwad, 2006). Los programas de reducción de daños tienen que ampliarse y expandirse con urgencia en aquellas partes de la India que experimentan epidemias importantes de VIH relacionadas con la inyección de drogas. De lo contrario, hay la posibilidad de que la combinación de consumo de drogas intravenosas y comercio sexual conduzca a epidemias más grandes de VIH. Un estudio reciente en varones que solicitaron tratamiento por infecciones de transmisión sexual en dispensarios de Mumbai comprobó que, entre los que se inyectaban drogas, el 12% eran VIH-positivos; el 80% de éstos había pagado recientemente (en los últimos tres meses) para tener relaciones sexuales, y el 27% había cobrado por ellas (Yu et al., 2006). En la actualidad hay varios programas operativos de intercambio de agujas en el nordeste, Bengala Occidental y Delhi; sin embargo, sólo se ha iniciado un proyecto que administre terapia de sustitución, en el estado de Manipur.

Apenas se ha investigado el papel de las relaciones sexuales entre varones en la epidemia de VIH de la India. En los dos estados en los que se ha recopilado este tipo de datos, se han registrado prevalencias del VIH del 6,8% y 9,6% entre varones que tienen rela-

ciones sexuales con varones en Chennai y Mumbai, respectivamente (Organismo Nacional de la India de Control del SIDA, 2004b). En fechas más recientes se ha hallado una prevalencia del VIH del 12% entre varones que tienen relaciones sexuales con varones y que solicitaron servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias en Mumbai, así como una prevalencia del 18% en 10 dispensarios de Andhra Pradesh (Kumta et al., 2006; Sravankumar, Prabhakar y Mythri, 2006). Estos niveles de infección por el VIH son comparables a la prevalencia del 16% observada en 2004 en este mismo estado mediante vigilancia centinela entre varones que tienen relaciones sexuales con varones (Sociedad para el Control del SIDA en el Estado de Andhra Pradesh, 2004). En algunas zonas, una proporción sustancial de los varones que tienen relaciones sexuales con varones vende tales relaciones: en un gran estudio en Andhra Pradesh, por ejemplo, uno de cada cuatro varones había cobrado por tener relaciones sexuales con otros varones (Dandona, Dandona et al., 2006). Se ha observado un escaso conocimiento del VIH en grupos de varones que tienen relaciones sexuales con varones. En Bangalore, por ejemplo, tres de cada cuatro no sabían cómo se transmite el virus, y una gran proporción de ellos tenía relaciones sexuales sin protección con otros varones (Anthony et al., 2006).

La magnitud y eficacia de los esfuerzos de la India para promover prácticas sexuales seguras entre los profesionales del sexo y sus clientes, y entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones (y sus demás parejas), determinarán probablemente la escala y desarrollo de la epidemia de VIH en el país (Kang et al., 2005). En los estados del nordeste, así como en grandes ciudades de otras partes, son igualmente cruciales los programas exhaustivos de reducción de daños. Entre todo esto, hay que hacer mucho más para combatir el estigma —que sigue siendo endémico en todas las esferas de la sociedad india, incluidos los profesionales sanitarios (Mahendra et al., 2006)— y reducir las desigualdades de género y de otra índole que convierten la prevención y tratamiento del VIH en un reto colosal en este país (Lancet, 2006).

Los niveles nacionales máximos de infección por el VIH en Asia continúan correspondiendo al sudeste del continente, donde diversas combinaciones de relaciones sexuales remuneradas sin protección entre varones, junto con prácticas peligrosas de inyección de drogas, están impulsando las epidemias en la mayoría de los países.

La epidemia de **Viet Nam** sigue creciendo, y ya se ha detectado el VIH en la totalidad de las 64 provincias y en todas las ciudades. El número de personas que viven con el VIH se ha duplicado desde 2000, hasta alcanzar una cifra estimada de

260 000 [150 000–430 000] en 2005. El VIH infecta cada año a unas 40 000 personas (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2005); la inmensa mayoría de ellas son consumidores de drogas intravenosas o personas que comercian con el sexo.

El uso de equipos de inyección no estériles es habitual en Viet Nam: un estudio reciente ha estimado que uno de cada cinco consumidores de drogas intravenosas había utilizado equipos no estériles durante los tres meses precedentes (Longfield, Zhiyong et al., 2006). Como resultado, los niveles de infección por el VIH entre consumidores de drogas intravenosas crecieron del 9% en 1996 a más del 30% en 2003 (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2005; Hien et al., 2004), y han alcanzado cotas de hasta el 63% (en Hanoi) y 67% (en Hai Phong) en 2005 (Pham, del Río et al., 2006; Luu Thi Minh, Tran Nhu et al., 2006a).

---

*Los niveles nacionales máximos de infección por el VIH en Asia continúan correspondiendo al sudeste del continente, donde diversas combinaciones de relaciones sexuales remuneradas sin protección entre varones, junto con prácticas peligrosas de inyección de drogas, están impulsando las epidemias.*

---

En varias ciudades de Viet Nam se ha apreciado una fuerte imbricación entre adopción de riesgos sexuales y consumo de drogas intravenosas. Una gran proporción de los varones que se inyectan drogas tiene relaciones sexuales sin protección, incluidas las remuneradas (40% en la provincia de Bac Ninh, en el norte del país, por ejemplo) (Schumacher, Go et al., 2006). En Hanoi, indicios adicionales de consumo de drogas intravenosas y comercio sexual entre migrantes masculinos jóvenes (16–26 años) confirman la necesidad de tener unos programas de prevención que aborden tanto los riesgos sexuales como los relacionados con las drogas entre la población migratoria (Giang et al., 2006). Asimismo, un porcentaje significativo de las profesionales femeninas del sexo también se inyecta drogas. En Hanoi, por ejemplo, se inyectaban drogas el 21% de las profesionales del sexo de «clase media» y el 39% de las de «clase baja» que participaron en un estudio, y muchas de ellas tenían «amantes» y clientes que también consumían drogas intravenosas (Tran, Detels et al., 2005). Sólo el 5% de las mujeres dijeron que utilizaban preservativos durante las relaciones sexuales con sus «amantes» (Tran, Detels et al., 2005). El resultado de esta combinación de riesgos puede ser dramático. En 2004, los niveles de infección por el VIH entre las profesionales femeninas del sexo

de Hai Phong (la ciudad portuaria más grande del país) eran más de dos veces mayores que entre sus homólogas de la ciudad Ho Chi Minh (30% frente a 12%). Las diferencias parecían relacionarse con el mayor porcentaje de profesionales del sexo de Hai Phong que también se inyectaban drogas (29%), en comparación con las de la ciudad Ho Chi Minh (12%) (Luu Thi Minh, Tran Nhu et al., 2006b).

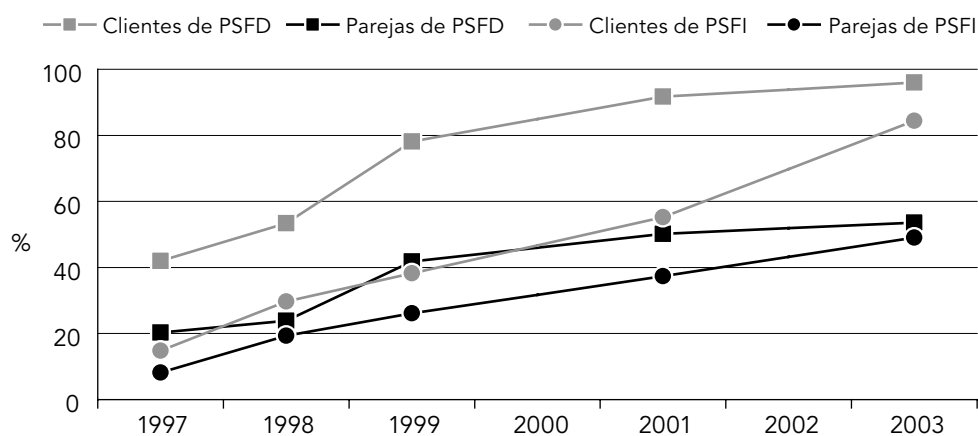
La rápida evolución de la epidemia de Viet Nam resulta especialmente evidente en la provincia de Lang Son, a lo largo de la frontera con China. Como resultado de un proyecto de prevención dirigido a los consumidores de drogas intravenosas, la incidencia del VIH en este grupo disminuyó en un tercio, mientras que la prevalencia se mantuvo estable o se redujo, dependiendo de las zonas. Sin embargo, se ha comprobado que están infectados por el VIH hasta el 12% de los profesionales del sexo y el 18% de las parejas sexuales de consumidores de drogas intravenosas, y en algunos lugares, la prevalencia entre mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales ha sobrepasado la cota del 1% (Hammet, Des Jarlais et al., 2006).

deben cultivarse un marco de políticas y un entorno institucional más propicios. En concreto, se requiere mejor armonía entre las políticas sobre el VIH, el contexto jurídico y los planteamientos policiales. También tienen que aumentar el conocimiento y sensibilización acerca de la epidemia. En la actualidad, menos de la mitad de los jóvenes demuestran un conocimiento exhaustivo sobre el VIH (Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología de Viet Nam y ORC Macro, 2006).

Así pues, las tendencias actuales parecen señalar que el factor que impulsa la epidemia de Viet Nam es principalmente una combinación de las relaciones sexuales comerciales sin protección y las prácticas peligrosas de inyección de drogas, dos áreas a las que conviene dedicar evidentemente mayores esfuerzos de prevención. De todos modos, las tendencias de comportamiento son susceptibles de cambio con el paso del tiempo, sobre todo en países que experimentan profundas transiciones sociales y económicas.

Parece que la epidemia de **Camboya** se está estabilizando, después de haber disminuido paulatinamente desde finales de los años 1990. Hay

#### Uso del preservativo por profesionales del sexo femeninas directas e indirectas con clientes y con parejas habituales, Camboya, 1997-2003



PSFD - Profesionales del sexo femeninas directas; PSFI - Profesionales del sexo femeninas indirectas

Fuente: National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STDs, 2004.

#### Figura 7

Las estrategias para controlar el VIH entre las profesionales femeninas del sexo deberían incluir esfuerzos para reducir su estigmatización, desalentar el uso de equipos de inyección compartidos y promover el asesoramiento y pruebas voluntarias, junto con una comercialización más atractiva de los preservativos (Tran, Detels et al., 2005). A tal fin,

pruebas muy sugestivas de que las iniciativas para el cambio de comportamiento introducidas por el Estado y las organizaciones no gubernamentales han resultado eficaces, sobre todo en la industria del sexo. En 2003, en cinco ciudades del país (Phnom Penh, Battambang, Sihanoukville, Siem Reap y Kampang Cham), el 96% de los profesio-

nales del sexo que trabajan en prostíbulos, también llamados profesionales del sexo directos, dijeron que utilizaban preservativos sistemáticamente con sus clientes, en comparación con el 53% en 1997 (Gorbach et al., 2006). Los clientes masculinos de profesionales del sexo también comunican tasas elevadas de uso habitual de preservativos durante las relaciones comerciales: 85% o superiores, según el grupo (Sopheab et al., 2006). Los niveles de prevalencia del VIH entre profesionales del sexo que trabajaban en prostíbulos disminuyeron del 43% en 1995 al 21% en 2003 (Centro Nacional de Camboya para el VIH/SIDA, Dermatología e ITS, 2004). Los porcentajes de uso de preservativos también aumentaron entre los profesionales del sexo que no trabajaban en prostíbulos, o indirectos: del 30% en 1997 al 84% en 2003 (Gorbach et al., 2006), mientras que la prevalencia del VIH disminuyó del 20% en 1998 al 15% en 2002 (Lengh et al., 2004).

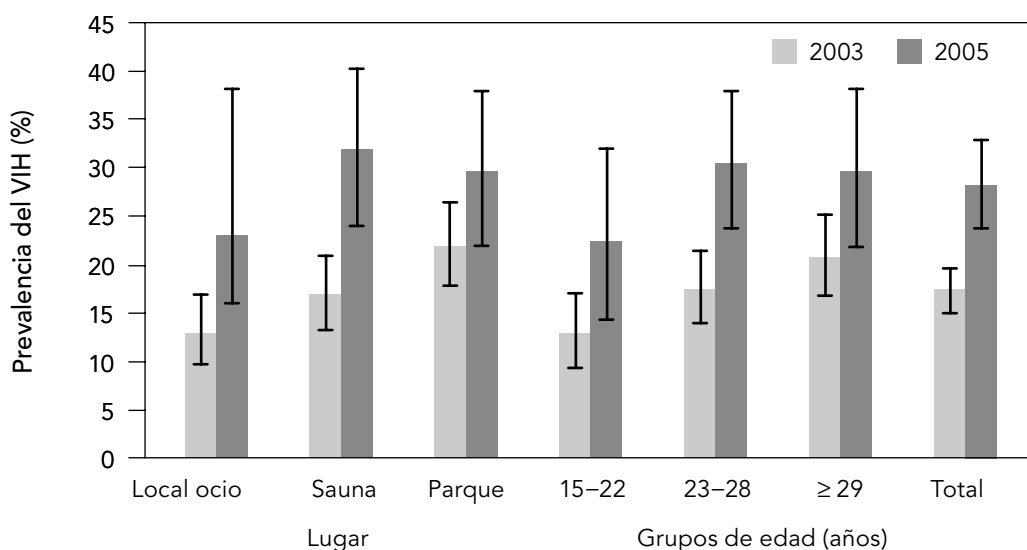
Mantener estos logros requerirá un esfuerzo continuado. La industria del sexo es próspera en Camboya, con un mayor número de mujeres que se prostituyen fuera de locales establecidos (donde las iniciativas en pro de unas relaciones sexuales seguras tienden a ser más eficaces) (Gorbach et al., 2006) y que siguen trabajando durante más años. Esto podría provocar que algunas de ellas, las de mayor edad, optaran por no utilizar preservativos como forma de

rivalizar con homólogas más jóvenes en un mercado cada vez más competitivo.

Sin embargo, la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas atendidas en dispensarios prenatales no varió demasiado entre 1997 y 2003 (disminuyó ligeramente del 2,3% al 2,1%) (Phal et al., 2006). Esto sugiere que continúa infectándose un número significativo de mujeres, probablemente a través de sus esposos y otras parejas que contrajeron el virus durante relaciones sexuales remuneradas (Centro Nacional de Camboya para el VIH/SIDA, Dermatología y ITS, 2004; Gorbach et al., 2000). Las mujeres constituían casi la mitad (47%) de las personas que vivían con el VIH en Camboya en 2003, en comparación con poco más de un tercio (37%) en 1998. De hecho, una gran proporción de las mujeres casadas (41%) admitieron que estaban preocupadas por la posibilidad de que las infectaran sus esposos (Sopheab et al., 2006).

Se dispone de pocos datos sobre las tendencias del VIH en varones que tienen relaciones sexuales con varones. Una encuesta efectuada en Phnom Penh en 2000 comprobó que el 15% estaba infectado por el VIH, mientras que un estudio más reciente en la capital registró un 8,9% de VIH-positivos (Phalkun et al., 2006). En las ciudades provinciales de Battambang y Siem Reap, la prevalencia del VIH fue muy baja (0,8%). Sin embargo, no era habitual

Prevalencia del virus de la inmunodeficiencia humana entre varones que tienen relaciones sexuales con varones,\* por lugar donde fueron seleccionados y por grupo de edad — Bangkok (Tailandia), 2003 y 2005



\*Se hace referencia a los varones que tienen relaciones sexuales con varones pero que no fueron seleccionados en los lugares donde suelen reunirse los profesionales del sexo masculinos o los travesties.

Fuente: van Griensven F., MMWR, 2006.

Figura 8

el uso de preservativos: sólo el 16% de los varones dijeron que los habían empleado sistemáticamente durante el coito anal con otros varones (en comparación con el 54% en la capital). Entre los varones que vendían sexo, sólo el 18% utilizaba preservativos habitualmente durante estos encuentros (Phalkun et al., 2006). Teniendo en cuenta estas tendencias de comportamiento, es muy probable que el VIH, después de establecer su presencia, se propague rápidamente entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones en ciudades como Battambang y Siem Reap.

En la vecina **Tailandia** se estima que 580 000 [330 000–920 000] adultos y niños vivían con el VIH a final de 2005 (ONUSIDA, 2006). El número de nuevas infecciones anuales por el VIH sigue descendiendo: las 18 000 nuevas infecciones estimadas en 2005 representan un 10% menos que en 2004. Sin embargo, un gran porcentaje de las nuevas infecciones por el VIH ocurre en personas a las que se consideraría de bajo riesgo (Gouws et al., 2006). Aproximadamente un tercio de las nuevas infecciones en 2005 correspondió a mujeres casadas que probablemente fueron infectadas por sus esposos, según el Ministerio de Salud Pública del país. El Gobierno está animando actualmente a las parejas casadas para que se sometan a la prueba del VIH periódicamente y utilicen preservativos con mayor frecuencia. Ciertos cambios sociales también podrían aumentar el riesgo de infección por el VIH: las relaciones sexuales prematrimoniales han dejado de ser una rareza entre los jóvenes tailandeses, y aun así, sólo una minoría (20–30%) de los jóvenes sexualmente activos utiliza preservativos sistemáticamente (Punpanich et al., 2004).

Mientras tanto, los varones que tienen relaciones sexuales con varones en Tailandia continúan corriendo un alto riesgo de infección por el VIH. En Bangkok, la prevalencia del VIH ha aumentado drásticamente en este grupo de población: del 17% en 2003 al 28% en 2005. Entre los de edad igual o inferior a 22 años, la prevalencia aumentó del 13% al 22% durante el mismo periodo, lo que indica una alta incidencia subyacente de VIH. Los niveles de infección fueron del 15% en Chiang Mai y 5,5% en Phuket. Entre los profesionales masculinos del sexo, la prevalencia se situó en el 11% en Chiang Mai, 14% en Phuket y 19% en Bangkok, lo que da a entender tasas bajas de uso habitual de preservativos durante las relaciones sexuales remuneradas. También preocupa el desconocimiento del propio estado serológico entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones. El 80% de los varones que resultaron estar infectados por el VIH nunca antes se habían sometido a la prueba o creían que eran VIH-negativos (Van Gri). En conjunto, se estima que una quinta parte (21%) de las nuevas infecciones por el VIH en Tailandia

corresponde a varones que tienen relaciones sexuales peligrosas con otros varones (ensven et al., 2006). (Gouws et al., 2006). Se requieren con urgencia programas para reducir los comportamientos sexuales de riesgo y promover el asesoramiento y pruebas del VIH más frecuentes en estas redes.

---

*Una gran proporción de las nuevas infecciones por el VIH que se producen en Tailandia corresponden a personas que se considera que tienen poco riesgo de infección: en 2005, cerca de una de cada tres nuevas infecciones ocurrieron en mujeres casadas que probablemente se infectaron a través de sus esposos.*

---

Las tasas del VIH entre profesionales femeninas del sexo son difíciles de averiguar. Algunas investigaciones señalan niveles comparativamente bajos de infección entre las mujeres que comercian con el sexo. Por ejemplo, la vigilancia centinela del VIH a nivel nacional ha indicado que en 2005 vivían con el virus el 7,7% de las profesionales femeninas del sexo que trabajaban en prostíbulos y el 4,2% de las demás (Plipat y Teeraratkul, 2006). Otros estudios han subrayado una tendencia reciente de uso errático de los preservativos entre las profesionales femeninas del sexo. En Bangkok, Chang Mai y Mae Hong Son, estas mujeres indicaron que utilizaban preservativos en poco más de la mitad de los encuentros sexuales comerciales. Del mismo modo, menos de un tercio de los varones jóvenes encuestados en el norte del país dijeron que siempre empleaban preservativos con profesionales del sexo (Buckingham et al., 2005).

El consumo de drogas intravenosas sigue siendo un factor de riesgo de infección en la polifacética epidemia de Tailandia. Se estima que están infectados por el VIH un 45% de los consumidores de drogas intravenosas que acuden a centros de tratamiento (Punpanich et al., 2004) y que cada año el 3–10% de ellos contrae la infección (Kawichai et al., 2006). Esto es debido principalmente a la gran proporción de consumidores de drogas intravenosas que utilizan equipos de inyección contaminados (alrededor del 35%, según un estudio reciente) (Longfield, Zhiyong et al., 2006).

Tailandia necesita revitalizar sus campañas pro relaciones sexuales seguras y velar por que su programa global de prevención del VIH abarque a la totalidad de consumidores de drogas intravenosas y varones que tienen relaciones sexuales con varones. Ante todo, es necesario aumentar la vigilancia del VIH en esos grupos de población; en los últimos cinco años ha disminuido en más del 50% el número de provincias que notifican las infecciones por el

VIH entre varones que solicitan tratamiento por infecciones de transmisión sexual y consumidores de drogas que reciben terapia con metadona (Iamsirithaworn y Detels, 2006). Asimismo, hay una necesidad acuciante de ampliar los programas de extensión que puedan proporcionar servicios integrales de reducción de daños a los consumidores de drogas intravenosas (Kawichai et al., 2006), además de incrementar y mejorar la accesibilidad a los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH en todo el país.

En **Myanmar** hay indicios preliminares de que la epidemia podría estar disminuyendo (Wiwat, Brown y Calleja-Garua, 2005). Los niveles de infección por el VIH han descendido entre las mujeres embarazadas (1,3% en 2005 frente a 2,2% en 2000) (Programa Nacional del SIDA de Myanmar, 2005) y entre los varones que solicitan tratamiento por otras infecciones de transmisión sexual (del 8% en 2001 al 4% en 2005) (Programa Nacional del SIDA de Myanmar, 2005). De todas formas, el país está experimentando una grave epidemia, con una cifra estimada de 360 000 [200 000-570 000] personas que vivían con el VIH a final de 2005 y una prevalencia nacional del VIH en adultos que se aproxima al 1,3%. Un dato que preocupa seriamente es que la prevalencia del VIH en jóvenes (15-24 años) llegó al 2,2% en 2005 (Programa Nacional del SIDA de Myanmar, 2005). También son notables los altos niveles de infección por el VIH que se han registrado en los grupos de máximo riesgo, como profesionales del sexo y consumidores de drogas intravenosas. En 2005 vivían con el VIH un 43% de los consumidores de drogas intravenosas y cerca de un tercio (32%) de los profesionales del sexo en todo el país, porcentajes que apenas han variado desde 2000 (Programa Nacional del SIDA de Myanmar, 2005). En un estudio efectuado en comunidades urbanas y rurales de siete distritos, tan sólo el 16% de los jóvenes (15-24 años) comunicaron que eran sexualmente activos, y entre los varones, solamente el 3% de dichos jóvenes dijeron que habían utilizado habitualmente preservativos en los encuentros con profesionales del sexo en el último año. El porcentaje de varones que comunicaron haber utilizado sistemáticamente preservativos con profesionales del sexo era del 60% entre los jóvenes y del 50% entre los de mayor edad (Thwe M, 2005). Mientras tanto, organizaciones no gubernamentales que trabajan con el apoyo informal de las autoridades han establecido programas piloto para ofrecer servicios de prevención del VIH a los consumidores de drogas intravenosas. Se cree que en 2005 más de 11 000 consumidores de drogas se beneficiaron de tales iniciativas (Programa Nacional del SIDA de Myanmar, 2005).

En el **Pakistán**, los altos niveles de infección por el VIH entre grupos de consumidores de drogas intravenosas podrían trasladarse a otras poblaciones, incluidos los profesionales del sexo tanto masculinos como femeninos. En Larkana, el 8% de los consumidores de drogas estaban infectados por el VIH en 2005 (Abbasi, 2006), como lo estaban al menos el 6% en Faisalabad, Lahore, Sargodha y Sialkot, donde una mayoría de ellos estaban casados o eran sexualmente activos (Nai Zindagi, 2006). En Karachi se comprobó que estaban infectados por el VIH el 26% de los consumidores de drogas que participaron en un estudio de 2005 (Emmanuel, Archibald y Altaf, 2006). La mayoría de los consumidores de drogas infectados tenían un factor de riesgo en común: utilizaban equipos de inyección no estériles. Se carece incluso de los elementos más básicos para una reducción eficaz de los daños. Por ejemplo, entre los consumidores de drogas intravenosas que participaron en un estudio en Karachi y Rawalpindi, sólo la mitad sabía que el VIH puede transmitirse por medio de agujas no estériles, y muchos de ellos dijeron que habían usado equipos de inyección no estériles durante el último mes (Abbas, 2006).

Las tasas de utilización de preservativos siguen siendo bajas durante los encuentros sexuales comerciales. Menos de una de cada cinco profesionales femeninas del sexo –y uno de cada 20 de sus homólogos masculinos– en Karachi y Rawalpindi indicaron que habían utilizado sistemáticamente un preservativo durante el mes precedente (Abbas, 2006). En un estudio anterior en Karachi, uno de cada cuatro profesionales del sexo no sabía reconocer un preservativo (Ministerio de Salud del Pakistán, DfID, Family Health International, 2005). Además, un estudio de 2005 ha confirmado que se está produciendo transmisión del VIH dentro de las redes de profesionales del sexo masculinos y eunucos (*hijra*) de Karachi. El estudio comprobó que estaban infectados por el VIH el 7% de los profesionales masculinos del sexo y el 2% de los *hijras* (Altaf et al., 2006). En otro estudio en Karachi resultaron VIH-positivos el 4% de los profesionales masculinos del sexo y el 2% de los *hijras*. Los altísimos niveles de otras infecciones de transmisión sexual denotan la adopción generalizada de riesgos sexuales. En este último estudio, el 23% de los profesionales masculinos del sexo tenía sífilis y el 36% tenía blenorragia, mientras que entre los *hijras*, el 62% tenía sífilis y el 29% blenorragia. De hecho, sólo el 4% de los profesionales masculinos del sexo y menos del 1% de los *hijras* dijeron que habían utilizado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con un varón. Otro hallazgo destacable es que uno de cada cuatro profesionales masculinos del sexo dijo que también había comprado o vendido sexo a mujeres (Ministerio de Salud del Pakistán, DfID, Family



Health International, 2005). Tales comportamientos de alto riesgo deben abordarse con el fin de limitar la ulterior propagación del VIH dentro y más allá de estas redes sexuales.

Hay constancia de que el VIH ya está presente en el vecino Afganistán, donde las condiciones favorecen una rápida propagación del virus. La emergente epidemia del Afganistán entronca probablemente con una combinación de consumo de drogas intravenosas y relaciones sexuales remuneradas peligrosas. En Kabul, el 4% de los consumidores de drogas intravenosas están infectados por el VIH, según un estudio reciente. Casi un tercio (31%) de los participantes en este estudio indicaron que utilizaban equipos de inyección no estériles. Más de la mitad (54%) habían estado encarcelados y, entre ellos, un tercio (32%) se había inyectado drogas mientras estaba en prisión. Una gran proporción de estos consumidores de drogas (todos masculinos) también tenía otros comportamientos de alto riesgo: un tercio (32%) tenía relaciones sexuales con varones o muchachos, y más de dos tercios (69%) compraban sexo (Todd et al., 2006a). Como mínimo, es necesario mejorar con rapidez los conocimientos básicos sobre el VIH. Sólo cerca de la mitad de los consumidores de drogas intravenosas sabía que el uso de jeringas no estériles entraña un alto riesgo de transmisión del VIH o que los preservativos pueden prevenir la infección (Todd et al., 2006b).

Los altos niveles de infección por el VIH registrados entre los 145 000-170 000 consumidores de drogas intravenosas que se estima que hay en Indonesia (Pisani, 2006) presagian posibles brotes de VIH más amplios en el país. Unos 170 000 [100 000-290 000] adultos estaban viviendo con el VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006). En fechas tan recientes como 1998, no se habían detectado infecciones por el VIH entre los consumidores de drogas que solicitaban tratamiento en Yakarta, la capital (Pisani, 2006). Pero a comienzos de 2002, más del 40% de los consumidores de drogas encuestados en centros de rehabilitación de Yakarta resultaron VIH-positivos, y posteriormente se han comunicado niveles de infección aún más altos en Pontianak (Borneo) (Riono y Jazant, 2004; MAP, 2005a). Datos más recientes indican que son seropositivos el 13% de los consumidores de drogas intravenosas en Java Occidental (Ministerio de Salud de Indonesia, 2006).

En los estudios, la mayoría de los consumidores de drogas refiere prácticas de alto riesgo, como usar equipos de inyección no estériles o tener habitualmente relaciones sexuales sin protección, a menudo con varias parejas (Pisani, Dadun et al., 2003). Entre el 21% y el 32% de los consumidores de drogas intravenosas en Denpasar, Medan, Bandung y Yakarta indicaron que siempre empleaban agujas sin

esterilizar. El uso de preservativos es excepcional: sólo el 14-27% de los consumidores de drogas en Medan, Yakarta y Denpasar dijeron que los habían utilizado la última vez que tuvieron relaciones sexuales (Estadística de Indonesia y Ministerio de Salud de Indonesia, 2006). Los comportamientos de riesgo también son habituales en las prisiones indonesias, en las que, en 2005, se registraron prevalencias del VIH entre los reclusos del 13% en Java Occidental, 18% en Yakarta y 36% en Banten (Ministerio de Salud de Indonesia, 2006).

Como en varias otras epidemias de VIH en Asia, las redes de consumo de drogas intravenosas y comercio sexual tienden a superponerse en Indonesia. Entre una cuarta parte (en Yakarta, Medan y Bandung) y casi la mitad (en Surabaya) de los consumidores de drogas intravenosas habían tenido relaciones sexuales remuneradas sin protección durante el último año (Estadística de Indonesia y Ministerio de Salud de Indonesia, 2006). A menos que se contrarresten con prácticas preventivas, estas conexiones podrían facilitar una propagación más amplia y rápida del VIH. En ciertas partes del país, el VIH infecta a proporciones importantes de profesionales del sexo: 6% en Yogyakarta y Riau, 7% en Jambi y 8% en Java Occidental (Estadística de Indonesia y Ministerio de Salud de Indonesia, 2006). De todas formas, el uso de preservativos durante las relaciones sexuales comerciales podría estar mejorando en algunos lugares. En 2005, aproximadamente el 60% de los profesionales del sexo encuestados en 16 ciudades dijeron que habían empleado un preservativo con su último cliente (Estadística de Indonesia y Ministerio de Salud de Indonesia, 2006). Por otro lado, en Yakarta, las tres cuartas partes de los profesionales del sexo que trabajaban fuera de clubes y salas de masajes, y el 85% de los que trabajaban fuera de prostíbulos, indicaron que no habían utilizado preservativos con ninguno de sus clientes durante la semana anterior (MAP, 2005b).

En **Papua**, en el extremo occidental de este vasto archipiélago, el VIH está bien establecido actualmente en la población general. Se ha comprobado que casi el 1% de los adultos en varias aldeas están viviendo con el VIH (MAP, 2004). Dado que el consumo de drogas no es una práctica generalizada en Papua, el principal factor que contribuye a esta epidemia localizada parece radicar en las relaciones sexuales remuneradas sin protección, en una cultura en la que hasta el 10-15% de los varones jóvenes (15-24 años) compra sexo. A finales de los años 1990, la prevalencia del VIH entre profesionales del sexo se situaba alrededor del 1-2% en la mayoría de las zonas urbanas. En 2004, sin embargo, la prevalencia había aumentado hasta el 9% en Timika, 14% en Nabire, 15% en Merauke y 16% en Sorong (Comisión Nacional de Indonesia del SIDA, 2006).

Se estima que, en 2005, unas 69 000 [33 000-220 000] personas estaban viviendo con el VIH en **Malasia**, donde el factor de riesgo más común de infección por el VIH era la exposición a equipos no estériles de inyección de drogas (que fue responsable de tres de cada cuatro infecciones en 2002, la mayoría de ellas en varones de 20-40 años) (ONUSIDA, 2006). La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas que solicitan atención prenatal se ha mantenido muy baja (0,04% en 2002). Se han registrado niveles de infección del 41% y 31% entre consumidores de drogas intravenosas en las provincias de Keleantan y Terengganu, respectivamente (Ministerio de Salud de Malasia y OMS, 2004). En fechas más recientes resultó VIH-positivo uno de cada cinco (19%) consumidores de heroína inscritos para tratamiento toxicológico en Muar (Chawarski, Mazlan et al., 2006).

---

*Se observan brotes de VIH en algunos de los grupos de población más en riesgo en Afganistán y Pakistán, donde los comportamientos generalizados de adopción de riesgos abren la puerta a la futura propagación de la epidemia de VIH.*

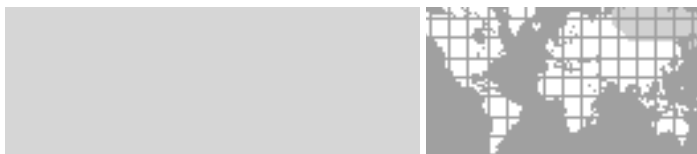
---

Los datos actualizados sobre el VIH en Malasia son limitados, aunque la información disponible indica que una proporción pequeña pero creciente de las nuevas infecciones por el VIH (17% en 2002, un incremento significativo respecto al 7% registrado siete años antes) puede atribuirse a prácticas sexuales peligrosas, muchas de ellas entre consumidores de drogas (actuales o pasados), sus parejas sexuales y profesionales del sexo (Ministerio de Salud de Malasia y OMS, 2004; Huang y Hussein, 2004). Al igual que sus homólogos en otros países del sudeste asiático, las autoridades de Malasia han intentado responder tomando medidas drásticas contra los consumidores de drogas: casi 39 000 fueron arrestados sólo en 2004, la mayoría de ellos consumidores de heroína (Organismo Nacional de Drogas, 2005). No está claro qué efecto podría tener esto (si es que lo tiene) y/o la mayor preocupación por el VIH sobre las tendencias en el consumo de drogas. Conviene señalar, sin embargo, que el estudio de Muar (véase más arriba) comprobó que una proporción significativa de los consumidores de drogas había optado por fumar heroína, en vez de inyectársela, o había dejado de utilizar agujas no estériles (Chawarski, Mazlan et al., 2006). Al mismo tiempo, ha aumentado la disponibilidad de terapia de mantenimiento con buprenorfina y metadona en el sector privado, y se está evaluando su utilización en dispensarios de salud pública orientados al VIH (Chawarski, Mazlan et al., 2006). La situación podría mejorar con una coordinación más estrecha entre los esfuerzos de prevención

del VIH (competencia del Ministerio de Salud) y la rehabilitación y tratamiento de toxicómanos (responsabilidad del Ministerio de Asuntos Internos) (Chawarski, Mazlan et al., 2006).

En **Filipinas**, donde el VIH se está transmitiendo principalmente a través de relaciones sexuales sin protección (Centro Nacional de Epidemiología de Filipinas, 2006), la prevalencia nacional del VIH en adultos se mantiene muy por debajo del 0,1% (ONUSIDA, 2006). Aproximadamente un tercio de las infecciones diagnosticadas desde 1984 ha incidido en trabajadores filipinos que regresan de ultramar (sobre todo marineros y personal doméstico) (Centro Nacional de Epidemiología de Filipinas, 2006). Los esfuerzos para detectar y tratar sistemáticamente infecciones de transmisión sexual entre los profesionales del sexo, junto con otras iniciativas de prevención instauradas desde comienzos de los años 1990, han contribuido posiblemente a frenar la propagación del virus en las relaciones sexuales remuneradas (Mateo et al., 2004). Menos del 1% de los profesionales del sexo están infectados por el VIH, según estudios sucesivos de vigilancia centinela desde 2002 (Departamento de Salud de Filipinas, 2005). Tampoco se ha detectado todavía una prevalencia del VIH superior al 1% entre varones que tienen relaciones sexuales con varones (Departamento de Salud de Filipinas, 2005). No hay garantías de que esta situación se mantenga. El uso de preservativos no es la norma durante las relaciones sexuales comerciales (en una encuesta de 2002, sólo el 6% de profesionales del sexo dijeron que los habían utilizado con todos sus clientes en la última semana) (MAP, 2005b), y el uso de equipos de inyección no estériles entre los consumidores de drogas es una práctica común en algunas zonas, como la ciudad de Cebú (Wi et al., 2002; Mateo et al., 2004; Departamento de Salud de Filipinas, 2003). Ante esta situación, preocupa el aparente exceso de confianza que muestran los jóvenes filipinos respecto a la epidemia (tres de cada cinco adolescentes de 14-20 años creen que no pueden contraer el VIH).

Aproximadamente 17 000 [10 000-29 000] adultos y niños vivían con el VIH en el **Japón** en 2005. Se está registrando un número creciente de infecciones en varones que tienen relaciones sexuales con varones, que representan como mínimo el 60% de los casos anuales de VIH notificados (Shimada et al., 2006). En 2004 se notificaron unas 780 nuevas infecciones por el VIH, un incremento respecto a las 640 del año anterior y más del doble que la cifra comunicada a mediados de los años 1990 (Nemoto, 2004).



## EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL

El número de personas que viven con el VIH en Europa oriental y Asia central ha aumentado en 2006, como ya lo hizo en 2005. Se estima que en 2006 se han producido unas 270 000 [170 000-820 000] nuevas infecciones por el VIH, lo que eleva a 1,7 millones [1,2-2,6 millones] el número total de personas que viven con el virus, un incremento de 20 veces en menos de un decenio. Aunque la tasa de nuevas infecciones parece haberse estabilizado después de las bruscas elevaciones observadas en 2001, en 2005 volvió a comunicarse un aumento en el número de nuevos casos de VIH en comparación con los dos años previos (EuroHIV, 2006).<sup>5</sup>

Casi un tercio de las nuevas infecciones por el VIH diagnosticadas en esta región afectan a personas de 15-24 años. La mayoría de los jóvenes con el VIH vive en dos países: la **Federación de Rusia** y **Ucrania**, que, en conjunto, representan aproximadamente el 90% de todas las personas que viven con el VIH en la región (EuroHIV, 2006a).

Conforme evoluciona la epidemia, más personas desarrollan enfermedades relacionadas con el SIDA y fallecen. Los progresos realizados para ampliar el acceso a la terapia antirretrovírica han sido lentos. A mediados de 2006, menos de 24 000 personas estaban recibiendo tratamiento antirretrovírico, un 13% de las 190 000 que se estima que lo necesitaban (OMS/ONUSIDA, 2006). Los esfuerzos para suministrar terapia antirretrovírica siguen siendo especialmente deficientes en el caso de las personas que utilizan equipos no estériles de inyección de drogas. Aunque representan más de los dos tercios de los casos de VIH en la región, sólo constituyen una cuarta parte de las personas que reciben terapia

antirretrovírica (OMS/ONUSIDA, 2006). En el contexto de esta cobertura insuficiente de tratamiento y atención, la mortalidad por SIDA en Europa oriental y Asia central ha aumentado en 2006 hasta 84 000 [58 000-120 000] fallecimientos.

En Europa oriental en conjunto, el uso de equipos no estériles de inyección de drogas sigue siendo el modo predominante de transmisión del VIH. En 2005, la utilización de tales equipos fue responsable de casi dos tercios (63%) de los casos de VIH notificados en los que pudo disponerse de información sobre la vía de transmisión. Sin embargo, se estima que un porcentaje creciente de infecciones (37% de los casos notificados en 2005) es atribuible al coito sin protección (EuroHIV, 2006). En consecuencia, las mujeres (muchas de ellas menores de 25 años) soportan una parte cada vez mayor de la carga del VIH; en 2005 representaron el 41% de las nuevas infecciones por el VIH notificadas (EuroHIV, 2006a).

---

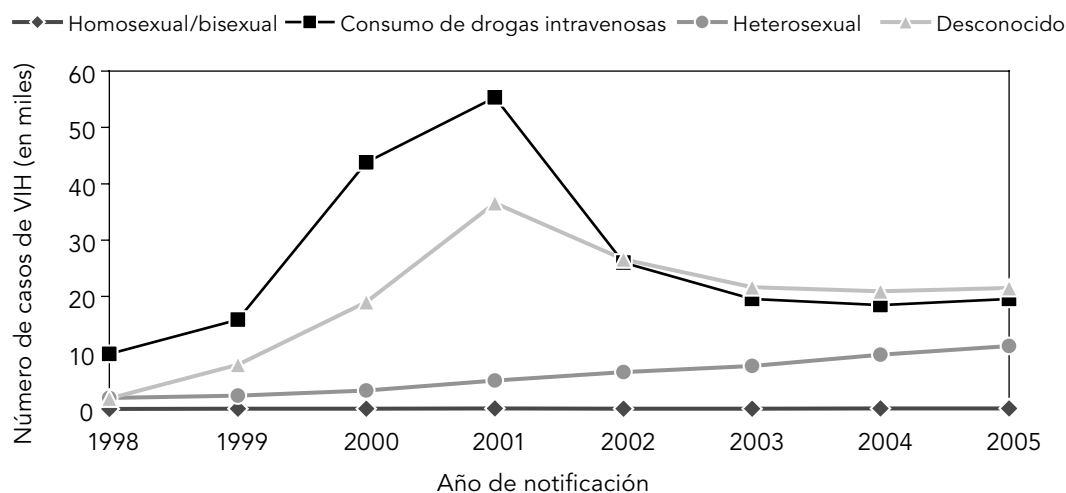
*La epidemia de la Federación de Rusia está afectando principalmente a los jóvenes: un 80% de las personas que viven con el VIH tiene 15-30 años.*

---

La epidemia de VIH en la **Federación de Rusia** sigue creciendo. En 2005 se comunicaron poco más de 35 500 nuevos casos de VIH, y en los seis primeros meses de 2006 algo menos de 13 500, lo que eleva hasta casi 350 000 el número total de infecciones documentadas desde el inicio de la epidemia (Fundación Este-Oeste sobre el SIDA, 2006). Sin embargo, el recuento oficial sólo incluye

<sup>5</sup> Este análisis se basa principalmente en los casos de VIH notificados. Una limitación significativa de utilizar los diagnósticos anuales de VIH para supervisar la epidemia es que este indicador no refleja la incidencia total, ya que puede incluir infecciones que se produjeron varios años antes, y sólo tiene en cuenta a las personas que se han sometido a la prueba. Por consiguiente, las tendencias del VIH basadas en los casos notificados pueden estar sesgadas por cambios en la aceptación de las pruebas o en el patrón de notificación. En la medida de lo posible, el presente análisis alerta a los lectores de los casos en que se han producido tales cambios.

Número de nuevos casos de infección por el VIH diagnosticados por grupo de transmisión y año de notificación para 14 países de Europa oriental\*, 1998-2005



\*Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, Letonia, Lituania, República de Moldova, Federación de Rusia, Tayikistán, Turkmenistán, Ucrania y Uzbekistán

Fuente: EuroHIV, 2006

### Figura 9

a las personas que han estado en contacto directo con el sistema de notificación del VIH en la Federación de Rusia. Se estima que el número real de personas que viven con el VIH es mucho mayor: 940 000 [560 000-1,6 millones] a final de 2005 (ONUSIDA, 2006). La mayoría de ellas son jóvenes: un 80% de las personas que viven con el VIH en la Federación de Rusia tiene 15-30 años (Servicio Federal Ruso de Vigilancia para la Protección del Consumidor y el Bienestar Humano, 2006).

Aunque los casos de VIH notificados oficialmente reflejan con poca precisión la magnitud real de la epidemia, pueden arrojar luz sobre las tendencias emergentes. El número anual de nuevos casos de VIH comunicados en la Federación de Rusia aumentó rápidamente a finales de los años 1990, alcanzó su cota máxima en 2001 (87 000) y luego disminuyó progresivamente antes de estabilizarse en 33 000-36 000 durante 2003-2005 (EuroHIV, 2006). Una explicación parcial de este descenso en los diagnósticos de VIH después de 2001 es que se han efectuado menos pruebas en algunos grupos de población con un alto de riesgo de infección por el VIH, como consumidores de drogas intravenosas y reclusos. En el periodo 2000-2004, las pruebas se redujeron en un 51% entre los consumidores de drogas intravenosas y en un 30% entre los reclusos (Centro Federal del SIDA, 2005). En el caso de los consumidores de drogas, el descenso en el número de pruebas señala la saturación por el VIH de algunos de estos colectivos a los que podían

acceder los trabajadores sociales y sanitarios, lo que ha dejado un número cada vez menor de consumidores que aún no se han sometido a la prueba. (Si un consumidor de drogas intravenosas resulta VIH-positivo, no se repite la prueba.) Además, parece haber disminuido el número total de consumidores de drogas; por ejemplo, en 2003 había un 17% menos de nuevos consumidores registrados que en 2002 (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Federación de Rusia, 2004). En consecuencia, ha disminuido el número de nuevos diagnósticos de VIH entre los consumidores de drogas y los reclusos, y, por tanto, también el número total de nuevos casos de VIH notificados.

Al mismo tiempo, las pruebas sistemáticas del VIH en consumidores de drogas intravenosas que nunca antes se las habían realizado, o que habían resultado VIH-negativos, señalan que en este grupo se ha producido un descenso significativo de la incidencia del VIH desde 2001 (Pokrovskiy, 2006). Esto da a entender que las infecciones por el VIH en personas que emplean equipos de inyección no estériles alcanzaron niveles de saturación hacia el cambio de siglo, al menos en aquellas partes del país donde el VIH se ha propagado con rapidez entre grandes concentraciones de consumidores de drogas. En consecuencia, el número total de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido sustancialmente. Así pues, la epidemia de la Federación de Rusia está cambiando de forma gradual. El número de nuevos casos de VIH notificados entre personas que utilizan equipos no estériles

de inyección de drogas ha disminuido casi cinco veces en el periodo 2001–2005 (de más de 48 000 a poco más de 10 000) (EuroHIV, 2006a). Asimismo, se ha reducido la *proporción* de nuevos casos de VIH que se relacionan probablemente con el uso de equipos de inyección no estériles (de más del 90% en 2000 al 66% en 2005) (Centro Federal Ruso de Investigación y Metodología para la Prevención y Control del SIDA, 2005).

Simultáneamente ha crecido la proporción de nuevas infecciones por el VIH debidas a las relaciones sexuales sin protección. Más del 40% de las nuevas infecciones comunicadas en 2005 correspondieron a mujeres, una proporción mayor que nunca (Pokrovskiy, 2006). Es probable que una minoría de estas mujeres contrajera el virus mientras utilizaba equipos no estériles de inyección de drogas. Sin embargo, se cree que la mayoría se ha infectado durante relaciones sexuales sin protección con una pareja que se inyecta drogas. Esta propagación del VIH es especialmente evidente en las regiones que experimentaron los primeros brotes del virus (como las provincias autónomas [*oblasts*] de Kaliningrado, Krasnodarskiy Krai y Nizhniy Novgorod). Sin embargo, la tendencia también es visible en zonas con epidemias más jóvenes (incluidas las ciudades de Moscú y San Petersburgo, Novgorod, Orenburg, Rostov y Volgogrado). Entre las mujeres embarazadas de San Petersburgo, por ejemplo, la prevalencia del VIH aumentó del 0,02% en 1999 al 1,25% en 2002 (Khaldeeva et al., 2002). A menos que se amplíen los esfuerzos de prevención eficaces —sobre todo entre consumidores de drogas intravenosas y sus parejas sexuales, y también entre profesionales del sexo y sus clientes—, la epidemia de SIDA de la Federación de Rusia continuará creciendo.

El incremento exponencial de las infecciones por el VIH durante los años 1990 fue debido principalmente a un mayor número de infecciones dentro de las grandes redes de consumidores de drogas intravenosas, muchos de los cuales transmitieron posteriormente el virus a sus parejas sexuales. En consecuencia, el ritmo de crecimiento de la epidemia parece haberse lentificado. Sin embargo, hay la posibilidad de que los niveles de prevalencia del VIH vuelvan a aumentar. En primer lugar, en muchas regiones, el VIH en poblaciones de consumidores de drogas intravenosas todavía no ha llegado a niveles de saturación, y persiste el peligro de que aumente la incidencia del VIH en estas zonas. En segundo lugar, a medida que el VIH se propague hacia la población general y un mayor número de personas contraiga el virus por relaciones sexuales sin protección, las nuevas infecciones podrían volver a alcanzar cotas máximas en el futuro (Pokrovskiy, 2006). No obstante, ambas

situaciones pueden evitarse si los programas eficaces llegan a los sectores más vulnerables de la población y los capacitan para que se protejan contra la infección por el VIH. La Federación de Rusia todavía tiene una posibilidad para lograrlo. Después de haber aumentado con rapidez entre 1999 y 2002, la tasa de nuevos diagnósticos de VIH en mujeres embarazadas se ha estabilizado posteriormente, lo que parece indicar que la propagación del virus más allá de los consumidores de drogas intravenosas no es tan extensa como se temía previamente (Pokrovskiy, 2006).

Mientras tanto, el uso de equipos de inyección no estériles sigue siendo el factor de riesgo predominante en la epidemia rusa. Ciertos factores sociales y económicos (como las altas tasas de desempleo juvenil, la eclosión del tráfico de drogas y el crecimiento de las economías informales) asociados a la desintegración de la antigua Unión Soviética han impulsado un crecimiento desenfadado del consumo de drogas intravenosas en el país (Rhodes et al., 2006). Un estudio efectuado en San Petersburgo, por ejemplo, ha comprobado que casi los dos tercios (62%) de los consumidores de drogas están desempleados o subempleados (Kozlov et al., 2006).

Hay una amplia variación en la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas en diferentes regiones y localidades, lo que refleja posiblemente una diversidad de comportamientos de riesgo. En varios estudios, la prevalencia del VIH ha oscilado desde tan sólo el 3% en Volgogrado (Rhodes et al., 2006) y el 3,5–9% en Barnaul hasta el 12–14% en Moscú (Rhodes et al., 2006; Koshkina et al., 2005), el 30% en San Petersburgo (Shaboltas et al., 2006) y más del 70% en Biysk (Instituto Pasteur de Ciencia, Investigación y Epidemiología, 2005a). Hasta las dos terceras partes de los consumidores de drogas VIH-positivos en estos estudios no sabían que estaban infectados (Rhodes et al., 2006). En fechas más recientes, en San Petersburgo, se ha constatado una *incidencia* del VIH del 5% entre consumidores de drogas intravenosas, la mayoría de los cuales (79%) indicaron que utilizaban equipos no estériles (Kozlov et al., 2006). En algunas ciudades de la Federación de Rusia se han puesto en marcha nuevos proyectos de reducción de daños, pero son demasiado escasos en número y demasiado pequeños en escala para tener un efecto significativo sobre las tendencias globales del VIH.

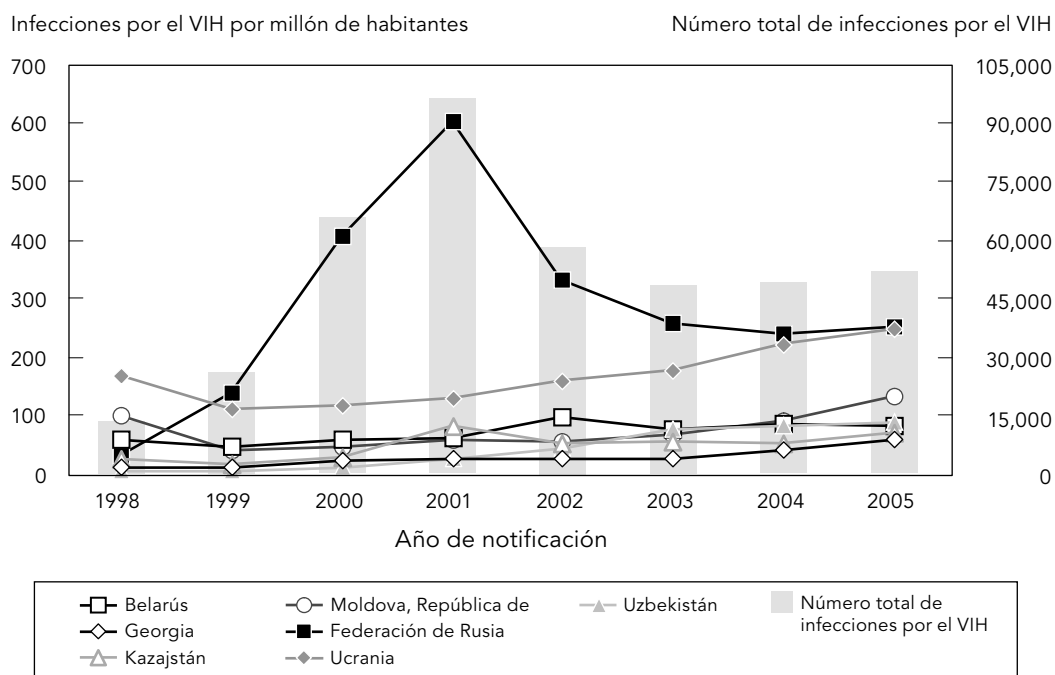
Al mismo tiempo, el hecho de que se haya comprobado que el 8% de los consumidores de drogas intravenosas en Moscú y el 20% en Volgogrado tienen sífilis indica que las relaciones sexuales sin protección son comunes entre muchos de tales

consumidores (Rhodes et al., 2006). En algunas ciudades, especialmente San Petersburgo, existe una fuerte asociación entre consumo de drogas intravenosas y comercio sexual: una de cada tres mujeres que se inyectaban drogas indicó que comerciaba con el sexo para obtener dinero o drogas (Kozlov et al., 2006). Mientras tanto, la altísima prevalencia del VIH observada entre profesionales del sexo de esta ciudad (48%) es debida principalmente a que la mayoría de tales personas también se inyecta drogas y, por tanto, también utiliza potencialmente equipos de inyección no estériles. Se han observado niveles igualmente altos de infección por el VIH (14–16%) en profesionales del sexo de Volgogradskaya Oblast, Altayskiy Kray (Instituto Pasteur de Ciencia, Investigación y Epidemiología, 2005b) y Ekaterinburg (Smolskaya et al., 2004). A diferencia

(Smolskaya et al., 2004), y la prevalencia del VIH entre ellos es baja (3%) (AIDS Infoshare, 2005).

Dado que los consumidores de drogas y los profesionales del sexo se enfrentan a una alta probabilidad de detención o encarcelamiento, no es de extrañar que el número total de casos de VIH comunicados en el sistema penitenciario ruso aumentara de 7500 en 1999 a 32 000 en 2005 (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Federación de Rusia, 2006). Un reciente estudio de consumidores de drogas intravenosas de Moscú puso de manifiesto un mayor riesgo de infección por el VIH entre los que habían estado en prisión (Rhodes et al., 2006). En algunos países de otras partes del mundo, la distribución de agujas y jeringas estériles dentro de las prisiones forma parte de programas de prevención de gran alcance. En esta región, por desgracia, parece

Número anual de nuevas infecciones por el VIH diagnosticadas por millón de habitantes y país, y número total de infecciones por el VIH en Europa oriental y Asia central, 1998–2005



Fuente: EuroHIV, 2006.

Figura 10

de San Petersburgo, donde los profesionales del sexo tienden a trabajar de forma independiente, sus homólogos de Moscú operan habitualmente dentro de estructuras muy organizadas donde se rechaza activamente el consumo de drogas intravenosas. Menos del 5% de los profesionales del sexo de Moscú comunicaron el uso de tales drogas

que estos planteamientos de salud pública para la reducción de daños todavía están eclipsados por planteamientos más tradicionales de aplicación de la ley con el fin de combatir el consumo de drogas ilícitas.

Como en otros países de la región, en la Federación de Rusia apenas se ha investigado la magnitud de la transmisión del VIH entre varones que tienen

relaciones sexuales con varones. En un estudio efectuado en Tomsk y Ekaterinburg en 2003 se registraron prevalencias del VIH del 0% y 4,8%, respectivamente, en varones que tenían relaciones sexuales con varones. Sin embargo, el 60% de ellos dijo que no había utilizado un preservativo la última vez que había tenido relaciones sexuales con otro varón (Smolskaya TT et al., 2004). En una reciente encuesta por Internet, el 12% de los varones que tenían relaciones sexuales con varones dijeron que habían cambiado tales relaciones por dinero o regalos, pero casi las dos terceras partes indicaron que siempre empleaban preservativos, con independencia de que las parejas fueran habituales u ocasionales (Servicios Internacionales de Población, 2006). Esta alta prevalencia de comportamientos peligrosos, en un contexto más amplio de consumo generalizado de drogas intravenosas y mayor transmisión sexual del VIH, podría conducir a una epidemia creciente en este grupo de población (EuroHIV, 2006b). De hecho, la prevalencia del VIH del 0,5% registrada en 2004 durante pruebas diagnósticas en varones que tenían relaciones sexuales con varones en la Federación de Rusia era más alta que el 0,2% comunicado en 2000 (EuroHIV, 2006b).

La epidemia de VIH de **Ucrania** sigue creciendo. Los diagnósticos anuales de VIH se han multiplicado por más de dos desde 2000, hasta llegar a 13 786 en 2005 y elevar a más de 97 000 el número total de infecciones por el VIH registradas oficialmente (Ministerio de Salud de Ucrania, 2006a). Dado que esta cifra sólo incluye las infecciones en personas analizadas en centros gubernamentales, el número real de personas que viven con el VIH en Ucrania es considerablemente más alto: se estima que eran 377 000 [250 000–680 000] personas a final de 2005. Se ha calculado que la prevalencia nacional del VIH en adultos era del 1,5% [0,8–4,3%] en 2005 (Ministerio de Salud de Ucrania et al., 2006b).

La epidemia de Ucrania todavía se concentra principalmente en las poblaciones de máximo riesgo. La prevalencia del VIH ha superado de forma constante el 5% entre consumidores de drogas intravenosas, profesionales del sexo y varones que tienen relaciones sexuales con varones, pero sigue siendo inferior al 1% en mujeres embarazadas de zonas urbanas (Ministerio de Salud de Ucrania et al., 2006b). Aunque un número creciente de nuevos casos de VIH transmitidos por vía sexual corresponde a personas que no tienen historia de consumo de drogas (Grund J-P et al., 2005), el uso de equipos de inyección no estériles sigue siendo el principal factor de riesgo de infección por el VIH en esta epidemia. Más del 45% de las nuevas infecciones notificadas en la primera mitad de 2006

incidieron en consumidores de drogas intravenosas (Ministerio de Salud de Ucrania et al., 2006a). Aunque ha disminuido la proporción de consumidores de drogas entre todos los nuevos casos de VIH (con fines de comparación, fue aproximadamente del 60% durante los seis primeros meses de 2001), no hay pruebas de que la epidemia esté retrocediendo en este grupo de población. En la primera mitad de 2006, el número de consumidores de drogas intravenosas con el VIH registrados aumentó un 34% en comparación con 2003 (Ministerio de Salud de Ucrania et al., 2006a).

La prevalencia del VIH es muy alta entre los consumidores de drogas intravenosas, y va desde el 10% en la ciudad de Sumy hasta más del 66% en la ciudad de Mykolayiv (Ministerio de Salud de Ucrania, 2006b). En la capital, Kiev, se ha comprobado que casi el 49% de los consumidores de drogas están infectados por el VIH (Ministerio de Salud de Ucrania, 2006b). Según una estimación, más de la mitad (55–60%) de todas las nuevas infecciones por el VIH transmitidas por vía sexual en las regiones muy afectadas de Donetsk y Odessa han sido debidas a relaciones sexuales sin protección con una pareja infectada que se inyectaba drogas (Scherbinska et al., 2006).

---

*La epidemia de Ucrania, que ya es la segunda más importante de toda Europa, continúa creciendo.*

---

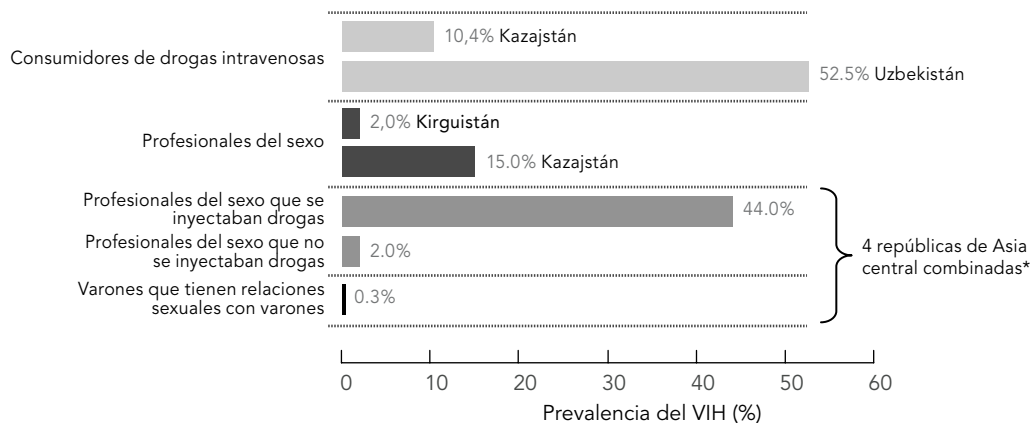
El comercio sexual es un factor que contribuye significativamente a la epidemia de VIH de Ucrania. En la vigilancia centinela anual del VIH efectuada en 2005 se comprobó que estaban infectadas por el virus el 8% de las profesionales femeninas del sexo de Kiev. En varias otras ciudades, la prevalencia fue considerablemente mayor, de modo que eran VIH-positivas al menos una de cada cuatro (25–29%) profesionales femeninas del sexo en las ciudades de Poltava, Odessa, Lutsk y Donetsk, y casi una de cada tres (32%) en la ciudad de Mykolayiv (Ministerio de Salud de Ucrania et al., 2006a).

Ucrania representa un ejemplo elocuente de la rapidez con que la epidemia de VIH puede desplazarse más allá de las poblaciones de máximo riesgo y adentrarse en la población general. La proporción de personas infectadas por transmisión heterosexual ha aumentado del 14% de los nuevos casos durante 1999–2003 a más del 35% en los seis primeros meses de 2006 (Ministerio de Salud de Ucrania et al., 2006a). Entre los 8058 nuevos casos de VIH registrados en el primer semestre de 2006, el 41%

eran mujeres, la mayoría de ellas en la flor de la edad reproductiva (Centro del SIDA de Ucrania, 2006). La prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas del país figura actualmente entre las más altas de toda Europa: 0,31% a mediados de 2006, un incremento muy sustancial respecto al 0,002% de 1995 (Ministerio de Salud de Ucrania et al., 2006a). A mediados de 2006, la prevalencia del VIH superaba el 0,8% entre las mujeres embarazadas de cinco regiones de Ucrania muy afectadas por la epidemia (Chernigiv, Donetsk, Odessa, Dnipropetrovsk y Mykolayiv) (Centro del SIDA de Ucrania, 2006). El número de niños nacidos de

También conviene prestar atención a otras dos facetas de la epidemia de Ucrania. Como en la mayoría de los países con epidemias graves de VIH relacionadas con el consumo de drogas intravenosas, el VIH es prevalente en los centros de encarcelación. En el sistema penitenciario de Ucrania, algo más de 4300 reclusos fueron registrados como VIH-positivos a mediados de 2006 (Departamento Estatal de Ucrania para la Aplicación de Condenas, 2006), y durante los seis primeros meses del año se produjeron 1530 nuevos casos de VIH comunicados entre los internos (Centro del SIDA de Ucrania, 2006). Se estima que la prevalencia del VIH en la población carcelaria ha

**Prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas, profesionales del sexo y varones que tienen relaciones sexuales con varones en Asia central - estudios seleccionados, 2005**



\* Kazajistán, Kirguistán, Tayikistán y Uzbekistán

Fuente: [Resumen de la Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA] – Oficinas de los CDC en Asia central (Almaty y Tashkent), Centros del VIH/SIDA nacionales y de ciudades.

**Figura 11**

madres VIH-positivas también continúa aumentando, y alcanzó una cifra récord de 1320 en los seis primeros meses de 2006 (Ministerio de Salud de Ucrania et al., 2006a). De todas formas, Ucrania ha hecho progresos significativos para reducir la tasa de transmisión materno-infantil. A final de 2005, más del 90% de las mujeres embarazadas VIH-positivas estaban recibiendo profilaxis antirretrovírica para reducir la transmisión del virus a sus neonatos. Esto se ha traducido en una reducción de tres veces (del 28% al 8%) en la tasa de transmisión materno-infantil desde 2001 (Ministerio de Salud de Ucrania, 2006a; Ministerio de Salud de Ucrania, 2006b). Sin embargo, el diagnóstico del VIH y la prevención de la transmisión materno-infantil entre las mujeres que no tienen acceso a evaluación prenatal sistemática –así como el diagnóstico oportuno y preciso de VIH entre los recién nacidos– siguen siendo retos importantes.

aumentado del 9% en 2003 al 14% a mediados de 2006 (Centro del SIDA de Ucrania, 2006).

Escasean los estudios sobre el papel que desempeñan las relaciones sexuales entre varones en la epidemia de VIH de Ucrania. El país abolió la penalización del coito homosexual en 1991, pero los varones que tienen relaciones sexuales con varones siguen estigmatizados en la sociedad ucraniana. La limitada vigilancia centinela del VIH en este grupo de población ha puesto de manifiesto prevalencias del 28% y 9% en las ciudades de Odessa y Mykolayiv, respectivamente (Ministerio de Salud de Ucrania, 2006a). Deben mejorarse y ampliarse los esfuerzos para acrecentar el conocimiento del VIH y los comportamientos preventivos entre los reclusos y los varones que tienen relaciones sexuales con varones.



Aunque mucho menores en escala, algunas de las epidemias que afectan otras partes de esta región también han seguido creciendo. Desde 2001, las tasas de nuevas infecciones por el VIH comunicadas se han multiplicado por más de dos en **Georgia** (de 20 a 54 por millón en 2005) y la **República de Moldova** (de 55 a 127), y casi se han cuadruplicado en Uzbekistán (de 22 a 83) (EuroHIV, 2006a).

---

*En Uzbekistán, por donde pasan grandes rutas de tráfico de drogas, el número de casos de VIH notificados se ha multiplicado por más de dos desde 2001, mientras que en Tayikistán se ha multiplicado por cuatro.*

---

La mayor epidemia en Asia central tiene lugar en **Uzbekistán**, por la que pasan grandes rutas de tráfico de drogas (Godinho et al., 2005) y donde el número de casos de VIH notificados se ha multiplicado por más de dos desde 2001, hasta alcanzar los 2198 en 2005 (EuroHIV, 2006a). Se estima que, en 2005, vivían con el VIH 31 000 [15 000-99 000] personas en ese país (ONUSIDA, 2006). Concentrada principalmente en la capital Tashkent y sus alrededores, la epidemia está impulsada por el número creciente de infecciones entre consumidores de drogas intravenosas, que pasó de 447 en 2001 a 1140 en 2005 (EuroHIV, 2006a; Todd et al., 2005; OMS, 2005). En un estudio en Tashkent resultaron VIH-positivos hasta el 30% de los consumidores de drogas intravenosas, la mayoría de ellos desempleados. El escaso uso de preservativos comunicado por los consumidores de drogas subraya el peligro de transmisión sexual del VIH a sus parejas (Sánchez et al., 2006) y la probabilidad de que la epidemia continúe expandiéndose.

Se requieren más esfuerzos concertados para contener la propagación del VIH dentro y más allá de la gran población de consumidores de drogas intravenosas de **Kazajstán** (que se cree que supera las 100 000 personas) (Ministerio de Salud de Kazajstán et al., 2004). Se comprobó que eran VIH-positivos el 17% de 200 consumidores de drogas que participaron en un estudio en Temirtau (Ministerio de Salud de Kazajstán et al., 2005), y este grupo de población representó más de las dos terceras partes (68%) de los 964 nuevos casos de VIH comunicados en Kazajstán en 2005 (un tercio más que los 699 notificados en 2004) (EuroHIV, 2006a). Se estima que más de 1200 personas viven con el VIH en centros penitenciarios (OMS, 2005).

**Kirguistán** y **Tayikistán** están experimentando epidemias mucho más reducidas. También en estos países, la mayoría de los nuevos casos de VIH corresponde a consumidores de drogas intravenosas. En **Tayikistán**, el número de diagnósticos de VIH notificados oficialmente entre consumidores de drogas intravenosas se ha cuadruplicado desde 2001 (de 31 a 142 en 2005) (EuroHIV, 2006a). Casi el 16% de los consumidores de drogas están infectados por el VIH, como lo están más del 6% de los reclusos, según un reciente estudio de vigilancia centinela en dos ciudades (Ministerio de Salud de Tayikistán, 2006). A diferencia de **Tayikistán**, la epidemia de **Kirguistán** parece por ahora relativamente estable, ya que desde 2001 se han comunicado 130-170 nuevos casos de VIH cada año (EuroHIV, 2006a). En **Turkmenistán** se han notificado muy pocos casos de VIH, y no se sabe mucho sobre los patrones o tendencias de la transmisión del virus en ese país (EuroHIV, 2006a).

En **Belarús**, los nuevos casos de VIH comunicados han permanecido relativamente constantes durante los últimos años (unos 710-780 cada año) (EuroHIV, 2006a). La mayoría de las nuevas infecciones por el VIH notificadas se contrajo durante relaciones sexuales sin protección, a menudo con personas que se habían infectado al utilizar equipos no estériles de inyección de drogas (OMS, 2005). Entre consumidores de drogas intravenosas se han detectado niveles de infección por el VIH de hasta el 34% en Zhlobine y 30% en la capital, Minsk (OMS, 2005). La mayoría de los casos de VIH se concentra en Minsk y en la región de Homyel (en el sur).

En 2005, en la **República de Moldova** se comunicaron más del doble de nuevos casos de VIH que en 2002 (533 frente a 209). Aproximadamente la mitad de las nuevas infecciones puede atribuirse a prácticas sexuales sin protección (EuroHIV, 2006a). En **Georgia** también se ha observado una tendencia al alza en los nuevos casos de VIH: las 242 infecciones registradas en 2005 representan un incremento de más de dos veces respecto al número comunicado en 2002 (EuroHIV, 2006a). Entre los casos de VIH en los que se conoce el modo de transmisión, la mayoría puede atribuirse al uso de equipos no estériles de inyección de drogas (OMS, 2005). Se han apreciado las mismas tendencias en **Armenia**, donde se cree que la mayoría de los consumidores de drogas VIH-positivos se ha infectado en la Federación de Rusia o Ucrania. Aproximadamente la mitad de los casos de VIH registrados en 2005 ocurrieron en la capital, Yereván (OMS, 2005).



## CARIBE

Casi las tres cuartas partes de las 250 000 [190 000–320 000] personas infectadas por el VIH en el Caribe viven en los dos países de la isla La Española: **República Dominicana** y **Haití**. Pero la prevalencia nacional del VIH en adultos es alta en toda la región: 1–2% en **Barbados**, **República Dominicana** y **Jamaica**, y 2–4% en las **Bahamas**, **Haití** y **Trinidad y Tabago**. **Cuba**, con una prevalencia por debajo del 0,1%, es la excepción. En conjunto, se estima que 27 000 [20 000–41 000] personas se infectaron por el VIH en 2006. Aunque los niveles de infección han permanecido estables en la **República Dominicana** y han disminuido en zonas urbanas de **Haití**, las tendencias más localizadas parecen indicar que ambos países deberían precaverse ante posibles resurgimientos de la epidemia.

Varios países están haciendo progresos en la lucha contra sus epidemias, con los beneficios de un mayor acceso al tratamiento antirretrovírico, que resultan especialmente evidentes en las **Bahamas**, **Barbados**, **Cuba** y **Jamaica** (OMS/ONUSIDA, 2006). A pesar de ello, el SIDA se cobró unas 19 000 [14 000–25 000] vidas en el Caribe durante 2006, lo que lo convierte en una de las principales causas de mortalidad entre los adultos (15–44 años).

Las epidemias esencialmente heterosexuales del Caribe ocurren en el contexto de flagrantes desigualdades de género y están impulsadas por una próspera industria del sexo, que sirve a clientes tanto locales como extranjeros. Las relaciones sexuales entre varones, un fenómeno oculto en los entornos sociales generalmente homofóbicos que se encuentran en la región, es un factor más pequeño pero importante, y se cree que las prácticas sexuales

peligrosas entre varones representan alrededor de una décima parte de los casos de VIH comunicados en el Caribe (Comisión Caribeña sobre Salud y Desarrollo, 2005; Inciardi et al., 2005).

Los últimos datos referentes a **Haití** estiman que la prevalencia nacional del VIH en adultos es del 2,2%, con un máximo en los departamentos de Nippes (3,8%), Sur (2,9%) y Norte (2,6%) (Instituto Haitiano de la Infancia y ORC Macro, 2006). En la capital de Haití, Puerto Príncipe, y otras zonas urbanas, la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas disminuyó en unos dos tercios durante el periodo 1993–2004, del 9,4% al 3,3%. Pero esta tendencia no es evidente en las zonas rurales ni en las mujeres embarazadas jóvenes (24 años o menores).

---

*Varios países están haciendo progresos en la lucha contra sus epidemias, con los beneficios de un mayor acceso al tratamiento antirretrovírico, que resultan especialmente evidentes en las Bahamas, Barbados, Cuba y Jamaica.*

---

Las tendencias decrecientes se relacionan muy probablemente con ciertos cambios de comportamiento positivos que se han registrado. Por ejemplo, casi todas (98%) las profesionales femeninas del sexo encuestadas en Puerto Príncipe comunicaron el uso de preservativos la última vez que tuvieron relaciones sexuales comerciales. En la población general, a comienzos de siglo, en comparación con mediados de los años 1990, había más personas que empleaban preservativos con sus parejas ocasionales o que

optaban por la abstinencia y fidelidad. Sin embargo, la incidencia del VIH ya empezó a descender alrededor de 1990, antes de que se observaran estos cambios de comportamiento. Es probable, pues, que la mayor mortalidad y las mejoras en la seguridad sanguínea también hayan contribuido a reducir la prevalencia del VIH. Por ejemplo, entre donantes de sangre de Puerto Príncipe la prevalencia alcanzó su cota máxima del 6-7% a finales de los años 1980, pero después disminuyó considerablemente durante el siguiente decenio hasta llegar al 1,8% en 2004. Además, la migración circular –personas que se desplazan a zonas urbanas y luego vuelven a sus zonas rurales para buscar asistencia en casa cuando caen gravemente enfermas– también puede haber contribuido a las tendencias a la baja que se han observado en zonas urbanas como Puerto Príncipe (Gaillard et al., 2006).

Hay signos de que la epidemia de **Haití** podría empeorar. Tal como se ha indicado, no se observan indicios de una prevalencia decreciente del VIH entre las mujeres embarazadas en zonas rurales. De hecho, el uso de preservativos sigue siendo poco frecuente en estas zonas: sólo el 16% de las mujeres y el 31% de los varones que viven en zonas rurales dijeron que habían utilizado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional (Instituto Haitiano de la Infancia y ORC Macro, 2006). Especialmente vulnerables son las mujeres pobres de las zonas rurales, entre las que se ha comprobado que la dependencia económica de los hombres es uno de los principales factores de riesgo de infección por el VIH (Louis et al., 2006). Además, un mayor número de jóvenes haitianos están pasando a ser sexualmente activos, lo hacen a edades más tempranas y sólo una minoría utiliza preservativos durante las relaciones sexuales ocasionales (Gaillard et al., 2006). Poco más de una de cada cuatro (cerca del 28%) mujeres jóvenes (15-24 años) sexualmente activas utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional, al igual que cuatro de cada diez (alrededor del 42%) de sus homólogos masculinos (Instituto Haitiano de la Infancia y ORC Macro, 2006). En Cerca-la-Source, en la región central de Haití, uno de cada cinco jóvenes (15-24 años) no escolarizados sexualmente activos no sabía qué eran los preservativos, mientras que uno de cada dos conocía los preservativos pero no los empleaba habitualmente (Westerbs et al., 2006). Los programas

sobre el VIH no parecen estar llegando a los jóvenes de todo el país. Datos recientes indican que el 4,2% de las mujeres jóvenes en los departamentos de Nippes, Oeste y Norte de Haití estaban infectadas por el VIH en 2005 (el doble que la prevalencia del 2% entre varones jóvenes) (Ministerio de Salud Pública y Población de Haití, 2006).

Al mismo tiempo, a pesar de ser uno de los países más pobres del mundo, Haití está haciendo progresos sostenidos, aunque lentos, en el suministro de terapia antirretrovírica a las personas que la necesitan, gracias fundamentalmente al trabajo pionero de algunas organizaciones no gubernamentales (Cohen, 2006). La cobertura todavía es comparativamente baja: en 2005 estaba recibiendo tratamiento alrededor del 12% de las personas que lo necesitaban (OMS, 2006). Sin embargo, los efectos son claramente positivos. Entre los pacientes con SIDA que recibían terapia antirretrovírica en Puerto Príncipe, el 87% de los adultos y el 98% de los niños seguían con vida al cabo de un año. Sin tratamiento, el 70% de ellos hubiera fallecido en el lapso de 12 meses (Severe et al., 2005).

En la **República Dominicana**, la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas ha permanecido relativamente estable en conjunto, con una prevalencia nacional estimada en adultos del 1,1% [0,9-1,3%] en 2005 (ONUSIDA, 2006; Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana, 2005a). La epidemia del país gira en gran medida alrededor de la transmisión del VIH entre profesionales del sexo y sus clientes. La prevalencia del VIH estimada en 100 000 profesionales femeninas del sexo de todo el país osciló del 2,5% a más del 12%, según las localidades (Cohen et al., 2006b). El turismo sexual reviste una importancia creciente en la República Dominicana (al igual que en otros países de la región), pero los varones locales siguen constituyendo el pilar de la industria nacional del sexo (Cohen, 2006b). Desde mediados de los años 1990 se ha observado un descenso en la prevalencia del VIH en dispensarios prenatales de la capital, Santo Domingo, una tendencia que refleja probablemente los esfuerzos para promover relaciones sexuales comerciales más seguras en la ciudad (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana, 2005b). En el curso de 12 meses, por ejemplo, el uso de preservativos aumentó del 75% al 94% entre profesionales

del sexo que participaron en un proyecto comunitario de prevención solidaria en la capital (Kerrigan et al., 2006).

---

*Aunque se trata de un comportamiento en gran parte oculto, las relaciones sexuales entre varones representan hasta uno de cada diez casos de VIH notificados en el Caribe.*

---

Los niveles máximos de infección se detectan en las *bateyes* (barrios de chabolas que albergan a trabajadores de las plantaciones de caña de azúcar, mayoritariamente haitianos) (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana, 2005a). En varones de 40-44 años residentes en algunas *bateyes* se han observado niveles de prevalencia de hasta el 12% (Cohen, 2006b). Se estima que alrededor de una cuarta parte de las *bateyes* están atendidas por dispensarios de salud gubernamentales, pero la marginación de estas comunidades, junto con las barreras lingüísticas y un cierto recelo de la burocracia, implican a menudo que no se acceda a tales servicios (Cohen, 2006b).

El planteamiento equilibrado que ha adoptado **Barbados** –haciendo hincapié tanto en la prevención como en el tratamiento del VIH– está produciendo resultados alentadores. Los niveles de infección en mujeres embarazadas jóvenes disminuyeron en dos tercios durante los primeros años de este siglo (del 1,1% en 2000 al 0,6 % en 2003) (Kumar y Singh, 2004). Al mismo tiempo, la introducción de tratamiento antirretrovírico en 2001 ha dado lugar a un descenso acusado en las tasas de mortalidad por SIDA desde finales de los años 1990, de 34,2 por 100 000 personas (mayores de 16 años) en 1997-1999 a 17,2 por 100 000 personas durante 2003-2005. No obstante, el SIDA continúa siendo una causa significativa de mortalidad prematura entre los adultos, sobre todo porque muchas personas no optan al tratamiento hasta que enferman gravemente (Kilaru et al., 2006). Un estudio para valorar la aceptación de los servicios sanitarios entre mujeres diagnosticadas de infección por el VIH entre 1994 y 2004 comprobó que más de un tercio (37%) nunca habían acudido a un dispensario del VIH para atención y tratamiento después de conocer su estado seropositivo. En consecuencia, las tasas de mortalidad entre esas mujeres eran altas (Kumar et al., 2006).

La prevalencia del VIH entre mujeres jóvenes embarazadas también ha disminuido en las **Bahamas** –del 3,6% en 1996 al 3% en 2002–, y los niveles de infección han descendido igualmente entre las personas que solicitan tratamiento para otras infecciones de transmisión sexual. Las Bahamas ha logrado reducir satisfactoriamente la transmisión maternoinfantil del VIH, y ha disminuido el número anual de fallecimientos atribuibles al SIDA gracias al suministro de terapia antirretrovírica (Comisión Caribeña sobre Salud y Desarrollo, 2005; Departamento de Salud Pública de las Bahamas, 2004).

El programa de terapia antirretrovírica de **Guyana**, que llegó a más de la mitad de las personas que la necesitaban a mediados de 2006 (OMS/ONUSIDA, 2006), puede invertir la tendencia al alza en la mortalidad por SIDA que se ha registrado durante los últimos años. En 2005, el SIDA todavía figuraba entre las principales causas de defunción en individuos de 25-34 años de este país, el segundo más pobre del Caribe (Comisión Presidencial de Guyana sobre el VIH/SIDA, 2006). El VIH parece haberse propagado a la población general a partir de grupos de máximo riesgo, y se estima que la prevalencia nacional del VIH en adultos era del 2,4% [1,0-4,9%] en 2005. Pero la transmisión del virus durante relaciones sexuales remuneradas sigue siendo el factor de riesgo más importante de infección. Todavía se observan niveles de infección excepcionalmente altos entre las profesionales femeninas del sexo: 31% en Georgetown, por ejemplo (Allen et al., 2006). En 2005 se halló una prevalencia del 17% entre personas atendidas en dispensarios para infecciones de transmisión sexual, lo que refuerza la certeza de que las relaciones sexuales peligrosas siguen siendo la norma. Un estudio para determinar el papel de las relaciones sexuales entre varones en la epidemia de Guyana comprobó que estaban infectados por el VIH el 21% de dichos varones en la región de Demerara-Mahaica (en el nordeste) (Comisión Presidencial de Guyana sobre el VIH/SIDA, 2006). Se dispone de pocos datos nuevos sobre el VIH en **Suriname**, donde se estima que la prevalencia nacional del VIH en adultos era del 1,9% [1,1-3,1%] en 2005 (ONUSIDA, 2006).

Parece que la prevalencia nacional del VIH en adultos en **Jamaica** se ha estabilizado, y según las estimaciones era del 1,5% [0,8-2,4%] en 2005 (ONUSIDA, 2006). Sin embargo, alrededor del 2% de las mujeres embarazadas en las parroquias jamaicanas de St. James y Westmoreland resultaron

VIH-positivas en 2005, y los niveles de infección también son altos entre las personas atendidas en dispensarios para infecciones de transmisión sexual (superiores al 5% en las parroquias de Kingston and St. Andrew y St. James) (Ministerio de Salud de Jamaica, 2006). El comercio sexual desempeña un papel prominente en la epidemia de VIH de Jamaica, esencialmente heterosexual. Casi el 9% de las profesionales femeninas del sexo resultaron VIH-positivas en un estudio reciente, que comprobó que las mujeres de mayor edad, con menores ingresos, que trabajaban en la calle y que consumían cocaína *crack* eran las que corrían un riesgo máximo de infección (Gebre et al., 2006). El consumo de cocaína *crack* también es un factor de riesgo importante de infección por el VIH en las mujeres de **Trinidad y Tabago**. En un estudio efectuado en un centro de rehabilitación para consumidoras de sustancias, se comprobó que estaba infectada por el VIH una de cada cinco mujeres que consumía *crack* (Reid, 2006).

Con mucho, la epidemia más limitada en la región es la de **Cuba**, donde tanto la prevalencia nacional del VIH en adultos como la prevalencia en personas que solicitan tratamiento para infecciones de transmisión sexual fueron inferiores al 0,1% [ $<0,2\%$ ] en 2005 (ONUSIDA, 2006; Ministerio de Salud de Cuba, 2006). En conjunto, alrededor del 80% de los diagnósticos de VIH han correspondido a varones, y las prácticas sexuales peligrosas entre ellos constituyen el principal factor de riesgo de

transmisión del VIH en el país (Ministerio de Salud de Cuba, 2006). A pesar de los esfuerzos intensivos y satisfactorios para controlar la epidemia, el número de personas diagnosticadas de VIH ha aumentado desde 1996. Después de la introducción en 2001 de fármacos antirretrovíricos producidos localmente, las tasas anuales de mortalidad por SIDA han disminuido un 72%, y las de infecciones oportunistas, un 76%, mientras que el tiempo promedio de supervivencia después del diagnóstico de SIDA ha pasado de poco más de un año a cinco años (Pérez et al., 2006).

En contraste con el resto de la región, el consumo de drogas intravenosas es el factor de riesgo más importante de transmisión del VIH en las epidemias relativamente pequeñas de **Bermudas** y **Puerto Rico**. En ese último país se están detectando niveles muy altos de infección por el VIH entre consumidores de drogas intravenosas. La incidencia del VIH fue del 3,4% entre consumidores de drogas de Bayamon, que representan el 20-25% del total de infecciones por el virus (Deren et al., 2004). El consumo de drogas intravenosas parece ser habitual en centros penitenciarios: el 53% de los consumidores de drogas que habían estado encarcelados dijeron que se habían inyectado en la prisión (Kang et al., 2005). En Puerto Rico, hay una necesidad acuciante de programas eficaces de reducción de daños que incluyan los centros penitenciarios.



## AMÉRICA LATINA

Aunque los patrones del VIH están cambiando en algunos países de América Latina, las epidemias en el conjunto de la región permanecen estables. En 2006, las nuevas infecciones por el VIH totalizan unas 140 000 [100 000–410 000], y 65 000 [51 000–84 000] personas han fallecido por SIDA. Las dos terceras partes de los 1,7 millones [1,3–2,5 millones] de personas que se estima que están infectadas por el VIH en América Latina viven en los cuatro países más grandes: **Argentina, Brasil, Colombia y México**. Sin embargo, la prevalencia estimada del VIH es máxima en los países más pequeños de América central, donde, en 2005, fue ligeramente inferior al 1% en **El Salvador, Guatemala y Panamá**; 1,5% en **Honduras**, y 2,5% en **Belize** (ONUSIDA, 2006).

---

*En América del Sur se están produciendo brotes de VIH entre consumidores de drogas intravenosas y varones que tienen relaciones sexuales con varones.*

---

La transmisión del VIH se está produciendo en el contexto de factores comunes a la mayoría de países latinoamericanos: pobreza y migración generalizadas, información insuficiente acerca de las tendencias de la epidemia fuera de las grandes zonas urbanas y homofobia galopante. Concretamente, en muchas de las epidemias de América Latina, el papel de las relaciones sexuales sin protección entre varones tiende a negarse e ignorarse públicamente en las estrategias para afrontar el VIH, sobre todo en América central y la región andina de Sudamérica (Cohen, 2006a). Las relaciones sexuales sin protección entre

varones representan hasta el 25–35% de los casos de SIDA comunicados en países como **Argentina, Bolivia, Brasil, Guatemala y Perú** (Montano et al., 2005). Además, las personas infectadas por el VIH se enfrentan a estigma y discriminación, incluso por parte de los trabajadores sanitarios (Cohen, 2006a). Al mismo tiempo, los niveles de infección por el VIH varían ampliamente entre las profesionales femeninas del sexo. La prevalencia del virus es muy baja en algunos países sudamericanos, como **Chile y Venezuela** (Bautista et al., 2006), pero se han registrado tasas de prevalencia entre el 2,8% y el 6,3% en ciudades de la **Argentina** (Montano et al., 2005; Bautista et al., 2006; Pando et al., 2006), y se ha comunicado una prevalencia del 6% entre profesionales del sexo en ciertas partes del **Brasil** (Okie, 2006; Trevisol y da Silva, 2005).

El **Brasil**, el país más poblado de América Latina, alberga a unas 620 000 [370 000–1 millón] personas que viven con el VIH, un tercio del total de personas infectadas por el virus en Latinoamérica (ONUSIDA, 2006). El énfasis que ha puesto el país en medidas de prevención y tratamiento ha contribuido a mantener estable su epidemia durante los últimos años (Okie, 2006). Gracias a una promoción concertada de educación sexual y prevención del SIDA en las escuelas, uso de preservativos, reducción de daños y pruebas del VIH, la prevalencia nacional en adultos se ha mantenido constante en torno al 0,5% desde 2000. Aunque el porcentaje de jóvenes sexualmente activos apenas ha variado entre 1998 y 2005, las tasas de uso de preservativos han aumentado espectacularmente (en más de un tercio entre varones y mujeres de 15–24 años) (Berquo, 2005). Entre los brasileños de todas las edades, la

utilización de preservativos se incrementó casi un 50% durante el mismo periodo (Berquo, 2005).

Las infecciones por el VIH contraídas como consecuencia de la inyección de drogas han disminuido en varias ciudades, sobre todo aquellas que tienen epidemias más antiguas, y también se ha observado un rechazo progresivo de los equipos de inyección no estériles. Un estudio a gran escala en 2004 comprobó que más de las tres cuartas partes de los consumidores de drogas intravenosas no usaban jeringas o equipos de inyección no estériles (Okie, 2006). El descenso en las infecciones por el VIH entre los consumidores de drogas parece asociarse a la introducción de programas de reducción de daños, a un cambio en los hábitos de consumo (un mayor número de usuarios inhala o fuma cocaína *crack*) y a la mortalidad registrada en este grupo de población (Fonseca et al., 2006).

Pese a estos logros, los niveles de infección por el VIH entre los consumidores de drogas intravenosas siguen siendo altos. En el sur del país, la epidemia en este grupo no da indicios de retroceder (Hacker et al., 2006). Entretanto, un estudio transversal ha constatado que eran VIH-positivos el 37% de los consumidores de drogas intravenosas en los estados de Bahía, Rio Grande do Sul y Sao Paulo, y estos niveles de infección se asociaban significativamente con el hecho de haber estado encarcelado o tener relaciones sexuales sin protección con otros varones (Caiaffa et al., 2006). En este último estudio, más de una cuarta parte (26%) de los consumidores de drogas indicaron que habían tenido relaciones sexuales con otros varones, al parecer como forma de pagarse su propio consumo. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de abordar las prácticas peligrosas, tanto sexuales como de inyección de drogas, entre los consumidores de sustancias (Ferreira et al., 2006). Además, se ha detectado una estrecha asociación entre consumo de *crack* e infección por el VIH en varias otras ciudades, como Porto Alegre, donde se comprobó que estaban infectados el 27% de los consumidores de *crack* (Pechansky et al., 2006).

Las relaciones sexuales sin protección entre varones siguen siendo un factor significativo en la propagación del VIH y representan casi la mitad de las infecciones transmitidas sexualmente en el Brasil. A medida que el virus se propaga de las poblaciones de máximo riesgo a otras poblaciones de menor riesgo, la infección afecta cada vez más a las mujeres. En 2003, un estudio entre mujeres embarazadas en 27 municipios del sur del Brasil halló una preva-

lencia del VIH del 0,5% (Cardoso et al., 2005), y las mujeres han constituido un número creciente de los casos de SIDA durante los últimos años. Los sectores más pobres de la población parecen ser los más vulnerables; así, se están detectando niveles crecientes de infección por el VIH entre las personas con poca formación en los estratos socioeconómicos más bajos (Cardoso et al., 2005; Fonseca et al., 2003).

Se estima que un tercio de los adultos del Brasil se ha sometido a la prueba del VIH (la mayoría, mujeres de 25-39 años) (Paiva, Pupo y Barboza, 2006) y que aproximadamente uno de cada tres brasileños infectados conoce su estado serológico (Okie, 2006). El suministro de antirretrovíricos es uno de los más altos del mundo, y está dando resultados positivos. A nivel nacional, la transmisión maternoinfantil del VIH disminuyó sustancialmente, del 16% en 1997 a menos del 4% en 2002 (Dourado et al., 2006). Las tasas de mortalidad por SIDA descendieron un 50% entre 1996 y 2002, mientras que las hospitalizaciones relacionadas con el SIDA se redujeron en un 80% durante el mismo periodo (Okie, 2006).

En la **Argentina** se estima que la prevalencia nacional del VIH en adultos era del 0,6% [0,3-1,9%] en 2005. La mayoría de las 130 000 [80 000-220 000] personas que se estima que están infectadas por el VIH vive en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe. En varios estudios se ha comprobado que son VIH-positivos hasta el 44% de los consumidores de drogas intravenosas (Vignoles et al., 2006), el 7-15% de los varones que tienen relaciones sexuales con varones (Montano et al., 2005) y el 6% de las profesionales femeninas del sexo (Montano et al., 2005; Bautista et al., 2006). Hasta una cuarta parte (28%) de los reclusos en algunas prisiones urbanas han resultado seropositivos (Ministerio de Salud de la Argentina, 2004).

Debido a una combinación de factores (como la maduración de la epidemia y los efectos de la crisis económica de 2001), en los últimos años las relaciones sexuales sin protección se han convertido en el principal modo de transmisión del VIH (Cohen, 2006). Se estima que el coito sin protección (principalmente heterosexual) fue responsable aproximadamente de cuatro de cada cinco nuevos diagnósticos de VIH en 2005. Los varones todavía superan a las mujeres en el total de casos de VIH notificados, pero la razón varón/mujer para los nuevos diagnósticos se ha estrechado hasta 1,3:1

(respecto a 15:1 en 1988) (Programa Nacional del SIDA de la Argentina, 2005; Ministerio de Salud de la Argentina, 2004).

El consumo de drogas intravenosas parece haber disminuido en conjunto, sobre todo desde 2001, cuando muchos usuarios dejaron de inyectarse y pasaron a fumar pasta de cocaína de grado bajo, más barata. En Buenos Aires, por ejemplo, los consumidores de drogas intravenosas sólo representaron el 5% de las nuevas infecciones entre 2003 y 2005 (Cohen, 2006b). Pero hay indicios de que los consumidores de drogas se han visto abocados a una mayor clandestinidad por el estigma que asocia la inyección de drogas con el SIDA y la muerte. Muchos de los consumidores de drogas que todavía se inyectan tienden a hacerlo solos, y parece que se han desintegrado las redes en las que se movían anteriormente. Además, mientras que las tasas globales de mortalidad por SIDA empezaron a disminuir en la Argentina después de 1996, no se ha observado la misma tendencia entre los consumidores de drogas intravenosas, que han experimentado un gran número de fallecimientos en los últimos años. Esto sugiere que los consumidores de drogas no se han beneficiado lo suficiente del programa de tratamiento antirretrovírico del país (Rossi et al., 2006).

---

*El énfasis doble que ha puesto el Brasil en medidas de prevención y tratamiento ha contribuido a mantener estable su epidemia.*

---

A final de 2005, aproximadamente 9600 [4600-30 000] personas estaban viviendo con el VIH en el **Uruguay** (ONUSIDA, 2006), donde las relaciones sexuales sin protección (mayoritariamente heterosexuales) constituyen la principal vía de transmisión del VIH (Programa Nacional del SIDA del Uruguay, 2006). De todos modos, los niveles de infección son altos entre ciertos grupos de la capital, Montevideo, donde se concentra la epidemia: 22% en varones que tienen relaciones sexuales con varones (Montano et al., 2005), 19% en consumidores de drogas intravenosas y 10% en consumidores de drogas que no se inyectan (Vignoles et al., 2006). Las profesionales femeninas del sexo parecen tener niveles de prevalencia más bajos, y varios estudios indican que han contraído el VIH entre el 0,3% y el 1,3% de ellas (Montano et al., 2005; Bautista et al., 2006). A mediados de 2006 estaban recibiendo tratamiento antirretrovírico al menos la mitad de

las personas que lo necesitaban (OMS/ONUSIDA, 2006). La epidemia del **Paraguay** es de escala similar, con unas 13 000 [6200-41 000] personas que vivían con el VIH a final de 2005 (ONUSIDA, 2006). Los varones constituyen la mayoría de los casos de SIDA, y la exposición a equipos de inyección no estériles y las relaciones sexuales sin protección entre varones son los principales modos de transmisión del virus (Programa Nacional del SIDA del Paraguay, 2006).

Las relaciones sexuales sin protección, especialmente entre varones, constituyen el principal factor de riesgo de infección por el VIH en la epidemia más reducida de **Chile**, donde unas 28 000 [17 000-56 000] personas vivían con el VIH a final de 2005 (ONUSIDA, 2006). Un número creciente de mujeres está contrayendo el virus, muchas de ellas a partir de parejas masculinas que se infectaron durante relaciones sexuales sin protección con otros varones.

En el **Perú**, el VIH parece afectar principalmente a varones que tienen relaciones sexuales con varones. La prevalencia del VIH en este grupo de población es alta: 10% en Iquitos y sus alrededores (Cohen, 2006c) y un promedio del 14% en otras seis ciudades (Lama et al., 2006), incluida la capital, Lima, donde han resultado VIH-positivos hasta el 23% de los varones que tienen relaciones sexuales con varones (Montano et al., 2005; Ministerio de Salud del Perú, 2005). En este grupo es frecuente la adopción de riesgos sexuales. En algunas ciudades de la costa, más de las dos terceras partes de los varones indicaron que habían tenido recientemente relaciones sexuales sin protección (Konda et al., 2006). En una encuesta, casi la mitad (47%) de los varones que tenían relaciones sexuales con varones también las tenían con mujeres, y aun así, la prevalencia del VIH entre las mujeres ha permanecido muy baja, alrededor del 0,2% (Cohen, 2006).

---

*Las epidemias en América central son complejas y están creciendo, con prevalencias en algunos países que son las más altas de toda América Latina. Las relaciones sexuales entre varones y el comercio sexual parecen ser los principales factores de riesgo de infección por el VIH.*

---

Las relaciones sexuales entre varones también representan el principal factor de riesgo de infección por el VIH en las epidemias de los demás países andinos, incluidos **Bolivia** (donde se ha registrado una prevalencia del VIH del 24% entre varones que



tienen relaciones sexuales con varones en Santa Cruz), el **Ecuador** (prevalencia del VIH del 28% en Guayaquil y 15% en Quito) y **Colombia** (prevalencia del VIH del 20% en Bogotá) (Montano et al., 2005). En ninguno de estos tres países la prevalencia del VIH supera el 4% entre las profesionales femeninas del sexo, y se sitúa muy por debajo del 1% en varias ciudades (Montano et al., 2005; Khalsa et al., 2003; Mejía et al., 2002). Sin embargo, en un estudio de 2005 entre 120 profesionales del sexo de Barranquilla (Colombia) se observó una prevalencia del VIH del 3,3%, la más alta encontrada hasta ahora en el país. Un estudio de 2002 en Bogotá había registrado una prevalencia del 0,7% entre profesionales del sexo. La prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas fue del 1% en un estudio efectuado en Bogotá en 2003. En Colombia, en conjunto, la prevalencia del VIH según vigilancia centinela en mujeres embarazadas fue del 0,65% en 2005, un incremento respecto al 0,24% en 1999. Aunque la mayoría de los nuevos casos de VIH comunicados sigue correspondiendo a los varones, la razón varón/mujer se ha estrechado de cerca de 10:1 a comienzos de los años 1990 a 2-3:1 en 2003-2005 (ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006). Los varones también constituyen la mayoría de las 110 000 [54 000-350 000] personas que viven con el VIH en **Venezuela**, donde la mayor parte de las infecciones por el VIH comunicadas se ha producido durante relaciones sexuales sin protección entre varones (Ministerio de Salud de Venezuela, 2005).

Aunque incompletos, los datos de vigilancia del VIH disponibles indican que las epidemias en **América central** son complejas y están creciendo, con prevalencias en algunos países que son las más altas de toda América Latina. Las relaciones sexuales entre varones y el comercio sexual parecen ser los principales factores de riesgo de infección por el VIH. Al mismo tiempo, hay indicios de una transmisión más generalizada del virus, sobre todo a lo largo de las grandes rutas de transporte y en ciertas zonas de la costa caribeña de la región. Muchos de los países de América central están experimentando epidemias ocultas de VIH entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones, incluidos **Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Panamá**. En **Nicaragua**, por ejemplo, se ha comprobado que estaban infectados por el VIH el 7,6% de los varones que tienen relaciones sexuales con varones (y el 11% tenía sífilis), mientras que el 15% resultaron VIH-positivos en **El Salvador**. En ambos países, uno de cada cinco varones indicó que

también había tenido relaciones sexuales con una pareja femenina durante los seis meses anteriores (Soto et al., 2006). Y en **Guatemala** se registró una prevalencia del VIH del 12% entre varones que tenían relaciones sexuales con varones, la mitad de los cuales se consideraban heterosexuales o bisexuales (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2003; Proyecto Acción SIDA de Centroamérica, 2003). Así pues, las parejas femeninas de muchos de estos varones corren riesgo de contraer el VIH a partir de ellos.

Al igual que en varios otros países centroamericanos, se sabe poco acerca de la epidemia de VIH fuera de la capital de **Guatemala** o entre sus pueblos indígenas (principalmente mayas), que representan casi la mitad de la población total. Los datos disponibles indican la presencia generalizada del VIH entre la población indígena, pero no necesariamente a niveles más altos que entre la población ladina (una mezcla de amerindio y español). En 2003, la vigilancia centinela en mujeres embarazadas halló tasas de VIH ligeramente menores entre las mujeres mayas que entre las ladinas (Hernández y Aguilar, 2004). Entre los casos de VIH y SIDA notificados al Ministerio de Salud en 2004, los ladinos representaron el 74% y los mayas el 22%, mientras que, en 2005, los ladinos constituyeron el 69% del total y los mayas el 28% (García, 2005). Aun así, las poblaciones mayas representan la mayoría de los casos de VIH y SIDA en ocho de los 22 departamentos de Guatemala, y se ha detectado el VIH en estas poblaciones en todos los departamentos del país, una preocupación sería dado que estos grupos ya soportan altos niveles de pobreza y mortalidad materna, así como un acceso muy limitado a los servicios de salud (Secretaría Presidencial de Planificación y Programación de Guatemala, 2006). Para agravar aún más estas preocupaciones, un estudio entre pacientes tuberculosos (las tres cuartas partes de ellos mayas) en Quetzaltenango comprobó que los niveles de infección por el VIH se habían triplicado (del 4,2% al 12%) entre 1995 y 2002 (Cohen, 2006d).

En **Honduras**, la epidemia parece especialmente grave entre las minorías étnicas; en este caso, los garifunas, los descendientes afrohondureños de esclavos de África occidental. Los estudios efectuados entre comunidades garifunas han encontrado prevalencias del VIH del 8-14% (Secretaría de Salud de Honduras, 1998). Sin embargo, la infección por el VIH se ha propagado ampliamente por todo el país. Los niveles de infección son máximos entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones

(el 13% de los cuales resultaron VIH-positivos en un estudio de 2005), las profesionales femeninas del sexo (hasta el 11% de las cuales se ha comprobado que están infectadas por el VIH) (Secretaría de Salud de Honduras, 2003a; Secretaría de Salud de Honduras, 2003b; Ghee et al., 2006) y los reclusos (prevalencia del VIH del 8%) (Cohen, 2006e). Pero la epidemia está afectando cada vez más a las mujeres, que representaron poco menos de la mitad (47%) de los casos de VIH registrados en 2004. A nivel nacional, la prevalencia del VIH entre mujeres atendidas en dispensarios prenatales fue del 1,4% en 2004, pero llegó hasta el 3-4% en el valle del Sula (Ministerio de Salud de Honduras, 2006). Se estima que 63 000 [35 000-99 000] hondureños estaban viviendo con el VIH a final de 2005 (ONUSIDA, 2006).

---

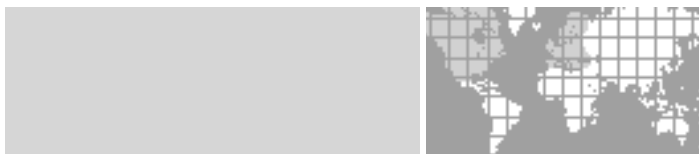
*Las relaciones sexuales sin protección entre varones desempeñan un papel fundamental en las epidemias de la mayoría de los países latinoamericanos.*

---

La gran población de **México** implica que, a pesar de la baja prevalencia nacional del VIH estimada en adultos -0,3% [0,2-0,7%]-, 180 000 [99 000-440 000] personas estaban viviendo con el VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006; Bravo-García, Magis-Rodríguez y Saavedra, 2006). La epidemia de México se concentra principalmente entre varones que tienen relaciones sexuales con varones, profesionales del sexo y sus clientes y consumidores de drogas intravenosas. Se cree que las relaciones sexuales entre varones representan más de la mitad (57%) de las infecciones por el VIH registradas hasta la fecha (Bravo-García, Magis-Rodríguez y Saavedra, 2006), aunque hay indicios de un riesgo creciente de infección por el VIH entre las mujeres (Magis-Rodríguez et al., 2004).

Se ha observado una prevalencia del VIH del 4% entre consumidores de drogas intravenosas en Tijuana, por ejemplo (Magis-Rodríguez et al., 2005), y hay ciertos indicios de que los niveles de infección pueden estar aumentando en algunas ciudades a lo largo de la frontera con los Estados Unidos de América, donde el comercio sexual y el consumo de drogas intravenosas son prácticas generalizadas. En Tijuana y Veracruz, un estudio de 2003 demostró que el 6% de las profesionales femeninas del sexo estaban infectadas por el VIH (Magis et al., 2006a), mientras que un estudio de

2004-2006 detectó este mismo nivel de prevalencia entre profesionales femeninas del sexo en Tijuana y Ciudad Juárez. La prevalencia llegaba al 16% entre las que se inyectaban drogas (Patterson et al., 2006). También se han registrado altos niveles de prevalencia entre los profesionales masculinos del sexo: 25% en Monterrey, por ejemplo, en un estudio de 2005 (Gayet et al., 2006a) y 20% en Guadalajara y la ciudad de México (Magis et al., 2006b). Un estudio entre camioneros masculinos de largo recorrido en Monterrey comprobó que el 0,7% estaban infectados por el VIH (el doble que la prevalencia nacional del VIH estimada en adultos). Más de una cuarta parte de ellos habían pagado para tener relaciones sexuales durante el año anterior, y uno de cada seis nunca había utilizado un preservativo (Gayet et al., 2006b). También hay constancia de una propagación significativa del VIH en zonas rurales del país, y la migración (incluida la que se produce entre México y los Estados Unidos) parece ser un factor contribuyente (Cohen, 2006f).



## AMÉRICA DEL NORTE, EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL

En estas dos regiones, el número total de personas que viven con el VIH continúa aumentando –debido en gran parte a los efectos de la terapia antirretrovírica sobre la supervivencia–, con un número relativamente estable de nuevas infecciones anuales en América del Norte y un incremento en el número de nuevos diagnósticos de VIH en Europa occidental desde 2002.<sup>6</sup> En conjunto, aproximadamente 2,1 millones [1,5–3,0 millones] de personas están viviendo con el VIH en 2006, incluidas las 65 000 [52 000–98 000] que contrajeron el VIH durante el pasado año. En el contexto de un acceso generalizado a tratamiento antirretrovírico eficaz, en 2006 falleció por SIDA un número comparativamente bajo de personas: 30 000, en un intervalo de valores de 24 000 a 45 000.

Se estima que, en todo el mundo, sólo siete países tienen más personas infectadas por el VIH que los **Estados Unidos de América** (EE UU): 1,2 millones [720 000–2,0 millones] en 2005 (ONUSIDA, 2006a). De acuerdo con datos a largo plazo de los 35 estados y territorios<sup>7</sup> con notificación nominal confidencial del VIH, las prácticas sexuales peligrosas entre varones (que representaron alrededor del 44% de los casos de VIH o SIDA comunicados en 2001–2004) siguen siendo

el factor de riesgo más común de infección por el VIH, seguidas del coito heterosexual sin protección (34% de los casos) y el uso de equipos no estériles de inyección de drogas (17%) (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2006). (Nótese, sin embargo, que estos 35 estados y territorios no incluyen algunos de los estados que han notificado el mayor número de casos de SIDA, como California, Illinois, Maryland y Pensilvania.)

La proporción de mujeres entre los nuevos diagnósticos de VIH o SIDA ha aumentado espectacularmente: del 15% antes de 1997 al 27% en 2004. Alrededor de las tres cuartas partes de las mujeres con un nuevo diagnóstico de VIH se infectaron en el curso de relaciones sexuales sin protección (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2006b), a menudo con parejas masculinas que contrajeron el virus al inyectarse drogas o durante relaciones sexuales comerciales o con otros varones (McMahon et al., 2004; Valleroy et al., 2004; Montgomery et al., 2003). Sin embargo, una proporción significativa (20%) de las mujeres diagnosticadas de VIH en 2004 contrajo el virus como consecuencia de prácticas peligrosas de inyección de drogas.

<sup>6</sup> Este análisis se basa principalmente en los diagnósticos de VIH comunicados. Una limitación significativa de utilizar los diagnósticos anuales de VIH para supervisar la epidemia es que este indicador no refleja la incidencia total, ya que puede incluir infecciones que se produjeron varios años antes, y sólo tiene en cuenta a las personas que se han sometido a la prueba. Por consiguiente, las tendencias del VIH basadas en los casos notificados pueden estar sesgadas por cambios en la aceptación de las pruebas o en el patrón de notificación. En la medida de lo posible, el presente análisis alerta a los lectores de los casos en que se han producido tales cambios.

<sup>7</sup> Desde 2000, los 35 territorios siguientes tienen leyes o normativas que exigen la notificación nominal confidencial de las infecciones por el VIH en los EE UU: Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Colorado, Dakota del Norte, Dakota del Sur, Florida, Idaho, Indiana, Iowa, Kansas, Louisiana, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Nebraska, Nueva Jersey, Nueva York, Nuevo México, Ohio, Oklahoma, Tennessee, Texas, Utah, Virginia, Virginia Occidental, Wisconsin, Wyoming, Guam y las Islas Vírgenes estadounidenses. Desde julio de 1997, Florida ha tenido un sistema de notificación nominal confidencial de las infecciones por el VIH sólo para los nuevos diagnósticos.

*El número total de personas que viven con el VIH continúa aumentando --debido en gran parte a los efectos de la terapia antirretrovírica sobre la supervivencia--, con un número relativamente estable de nuevas infecciones anuales en América del Norte y un incremento en el número de nuevos diagnósticos de VIH en Europa occidental.*

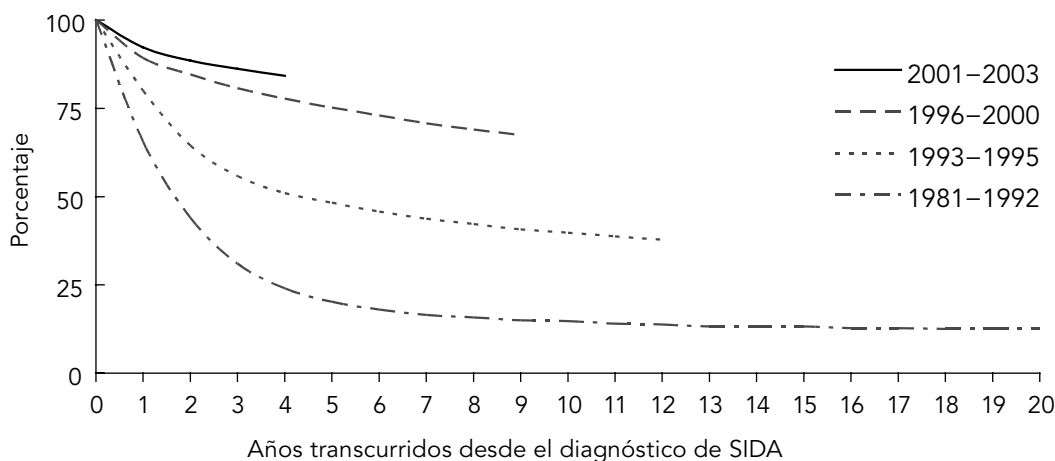
Los varones todavía representan la mayoría de los diagnósticos de VIH o SIDA en los Estados Unidos (alrededor del 73% en 2004). Casi las dos terceras partes (65%) de las infecciones por el VIH diagnosticadas en varones en 2004 podían atribuirse a relaciones sexuales peligrosas con otros varones (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2006b), y varios estudios han aportado pruebas de un incremento de los comportamientos sexuales de riesgo en ese grupo de población (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2006).

La epidemia de VIH sigue afectando de forma desproporcionada a las minorías étnicas y raciales. En 2001-2004, el 50% de los diagnósticos de SIDA correspondió a afroamericanos (que sólo constituyen el 12% de la población de los Estados Unidos) y el 20% a hispanos (14% de la población). En 2004, la tasa de nuevos diagnósticos de VIH o SIDA fue

siete veces mayor entre los varones afroamericanos que entre sus homólogos blancos (131,6 frente a 18,7 por 100 000 personas), y 21 veces mayor entre las mujeres afroamericanas que entre las blancas (67 frente a 3,2 por 100 000 personas) (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2006a). Un estudio reciente ha sugerido que los altos índices de encarcelación de los varones afroamericanos (aproximadamente uno de cada 12 ha estado en la cárcel o en prisión) podrían asociarse a las tasas desproporcionadas de infección por el VIH entre los afroamericanos, tanto varones como mujeres (Johnson y Raphael, 2006).

Cerca de la mitad (49%) de los varones afroamericanos diagnosticados de VIH o SIDA en 2005 contrajeron el virus durante relaciones sexuales sin protección con otro varón, mientras que la mayoría (78%) de las mujeres afroamericanas se infectó por coito heterosexual sin protección (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2006d). Varios estudios han demostrado que los varones afroamericanos que tienen relaciones sexuales con varones se enfrentan a un riesgo significativamente mayor de infección por el VIH, a pesar de comunicar los mismos comportamientos de riesgo sexual (o menos) que otros varones (Harawa et al., 2004; Koblin et al., 2006). Esto indica que factores adicionales (que incluyen posiblemente la prevalencia de otras infecciones de transmisión sexual) podrían estar

**Porcentaje de personas que seguían con vida en junio de 2005, por años transcurridos desde el diagnóstico de SIDA para distintas cohortes entre 1981 y 2003 y por año del diagnóstico — Estados Unidos**



Fuente: CDC. Twenty-Five Years of HIV/AIDS — United States, 1981-2006. MMWR 2006.

**Figura 12**

agravando el riesgo de infección por el VIH entre los varones afroamericanos que tienen relaciones sexuales con varones. Mientras tanto, el uso de equipos no estériles de inyección de drogas sigue siendo la segunda causa de infección por el VIH entre las mujeres afroamericanas, y la tercera entre sus homólogos masculinos (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2006c).

El suministro de terapia antirretrovírica se ha traducido en un descenso de las tasas de mortalidad por SIDA del 80% entre 1990 y 2003 (Crum et al., 2006). El tratamiento del VIH en los Estados Unidos está siendo cada vez más eficaz, de forma que la proporción de personas que sobreviven dos años o más después del diagnóstico de SIDA ha crecido del 64% en 1993-1995 al 85% en 1996-2005 (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., 2006). Se han salvado al menos tres millones de años de vida como resultado directo de la atención y tratamiento eficaces de pacientes con SIDA (Walensky, et al., 2006).

Se estima que una cuarta parte de las personas que viven con el VIH no saben que están infectadas (Glynn y Rhodes, 2005), lo que complica la respuesta al SIDA. Las personas que no son conscientes de su infección tienen pocas probabilidades de acceder a servicios apropiados de atención y tratamiento hasta etapas relativamente tardías en la progresión de la enfermedad, lo que limita la eficacia del tratamiento. También tienen menos probabilidades de adoptar precauciones para evitar la transmisión del VIH a otros. Potencialmente, las personas que no saben que son VIH-positivas pueden representar el 54-70% de todas las nuevas infecciones por el VIH transmitidas sexualmente en los Estados Unidos (Marks et al., 2006).

---

*La proporción de mujeres entre los nuevos diagnósticos de VIH o SIDA ha aumentado espectacularmente en los Estados Unidos de América: del 15% antes de 1997 al 27% en 2004.*

---

Los últimos datos sobre el VIH del **Canadá** subrayan la necesidad de asegurar la implantación de estrategias eficaces para prevenir nuevas infecciones por el virus y proporcionar servicios a las poblaciones vulnerables, como los consumidores de drogas intravenosas, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, y los aborígenes.

Se estima que, a finales de 2005, había unas 58 000 [48 000-68 000] personas que vivían con el VIH en el Canadá, lo que representa un incremento del 16% respecto a la estimación de 50 000 [41 000-59 000] en 2002 (Boulos et al., 2006). Además, se calcula que en 2005 se produjeron entre 2300 y 4500 nuevas infecciones. Los varones que tienen relaciones sexuales con varones constituyen casi la mitad (46%) de estas nuevas infecciones, lo que los convierte en el grupo más afectado. Aproximadamente el 14% de las nuevas infecciones eran atribuibles a prácticas peligrosas de inyección de drogas (menos que el 19% estimado en 2002), y el 37%, a coito heterosexual sin protección. Algo menos de la mitad de las infecciones contraídas por coito heterosexual correspondían a personas que habían nacido en países donde el VIH es endémico (Boulos et al., 2006). Se observaba una tendencia ligeramente al alza en las nuevas infecciones por el VIH entre las mujeres: 27% en 2005 frente al 24% estimado en 2002 (Boulos et al., 2006). Cabe destacar que una de cada cuatro personas con el VIH en el Canadá no sabe que está infectada (Boulos et al., 2006).

Las personas aborígenes en el Canadá están afectadas de forma desproporcionada por múltiples factores sociales, económicos y conductuales, como altas tasas de pobreza, abuso de sustancias e infecciones de transmisión sexual, además de tener un acceso o utilización limitados de los servicios de atención sanitaria, lo que, en conjunto, parece incrementar su vulnerabilidad a la infección por el VIH (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2006). La epidemia del Canadá sigue incidiendo de forma excesiva en las personas aborígenes: se estima que la tasa global de infección por el VIH entre los aborígenes es casi tres veces mayor que entre los no aborígenes. En 2005, los aborígenes representaron el 9% de las nuevas infecciones (Boulos et al., 2006), aunque sólo constituyen el 3,3% de la población del país (Estadística del Canadá, 2001).

Las características de la transmisión del VIH entre los aborígenes difieren de las que se observan en la población general. Según las estimaciones de 2005, el consumo de drogas intravenosas fue el modo más habitual de transmisión del VIH entre los aborígenes y representó el 53% de las nuevas infecciones, en comparación con el 14% en la población general. El resto de las nuevas infecciones entre los aborígenes puede atribuirse principalmente a exposición al VIH durante coito heterosexual (33%) y relaciones sexuales entre varones (10%) (Boulos et al., 2006).

Hay una necesidad evidente de intervenciones orientadas y diseñadas específicamente para los aborígenes jóvenes, sobre todo las mujeres. Entre las personas diagnosticadas de VIH menores de 30 años, hay una mayor proporción de aborígenes (33%) que en la población general (20%). Un estudio efectuado entre consumidores de drogas intravenosas de Vancouver comprobó que los jóvenes aborígenes que se inyectaban drogas tenían una probabilidad cuatro veces mayor de estar infectados por el VIH en el momento de inscribirse en un programa contra las drogas que sus homólogos no aborígenes (Miller et al., 2006). Sorprendentemente, entre los consumidores de drogas aborígenes de este estudio, casi las dos terceras partes eran mujeres, un patrón que ayuda a explicar por qué los dos tercios (65%) de los diagnósticos de VIH en mujeres aborígenes hasta diciembre de 2005 podían atribuirse a transmisión a través de la inyección de drogas (Organismo de Salud Pública del Canadá, 2006).

---

*La epidemia del Canadá sigue incidiendo de forma excesiva en las personas aborígenes: se estima que la tasa global de infección por el VIH entre los aborígenes es casi tres veces mayor que entre los no aborígenes.*

---

Como en muchos otros países, el consumo de drogas intravenosas durante periodos de encarcelación parece ser habitual en el Canadá. Según un estudio reciente entre reclusos en centros de prisión preventiva de la provincia de Ontario, el uso de equipos de inyección no estériles es una práctica común en las prisiones, especialmente entre los consumidores de drogas recluidos en centros penitenciarios federales. En este estudio, el 6% de ellos resultaron VIH-positivos; casi la mitad (47%) de los infectados por el virus dijeron que habían compartido equipos de inyección mientras estaban encarcelados. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de ampliar los programas de reducción de daños en las prisiones, incluidos los programas de intercambio de agujas y jeringas (Calzavara et al., 2006).

Al otro lado del Atlántico, unas 740 000 [580 000-970 000] personas están viviendo con el VIH en Europa occidental y central en 2006. La mayor parte de la información sobre las características y tendencias de las epidemias en Europa occidental deriva de informes de casos de VIH y SIDA. Sin embargo, el sistema de notificación de casos de VIH no abarca todos los países ni todas las zonas dentro de ellos.

En concreto, en 2005 no se comunicaron datos nacionales sobre el VIH en España, Italia y Noruega (EuroHIV, 2006a).

En Europa occidental, algo más de un tercio (35%) de las infecciones por el VIH se produjeron en el curso de relaciones sexuales entre varones, mientras que más de la mitad (56%) se contrajeron durante el coito heterosexual. Aproximadamente las tres cuartas partes de las infecciones contraídas por vía heterosexual se dieron entre inmigrantes y migrantes (EuroHIV, 2006a), lo que refuerza la necesidad de adaptar los servicios de prevención, tratamiento y atención de forma que lleguen a esas poblaciones.

La tasa de nuevos diagnósticos de VIH casi se duplicó en Europa occidental durante el periodo 1998-2005: de 42 casos por millón de habitantes en 1998 a 74 por millón en 2006. El incremento más significativo se ha registrado en el **Reino Unido**, donde el VIH sigue siendo una de las principales amenazas de enfermedad transmisible (Asociación Médica Británica, 2006). El número anual de nuevos diagnósticos de VIH en el Reino Unido se ha duplicado desde 2000, superando los 7200 en 2004 y llegando a 7700 casos en 2005 (Organismo de Protección de la Salud del Reino Unido, 2005). La epidemia se concentra principalmente en Londres, donde se produjeron casi la mitad (43%) de los nuevos diagnósticos en 2005. Sin embargo, los nuevos diagnósticos también han ido aumentando gradualmente en otras regiones desde 1999, incluidas las zonas donde las infecciones por el VIH habían sido excepcionales anteriormente (como el este y nordeste, Gales y Yorkshire) (Organismo de Protección de la Salud del Reino Unido, 2006).

En el Reino Unido, las tres cuartas partes de los nuevos diagnósticos de VIH en varones y mujeres heterosexuales correspondieron a personas originarias de países extranjeros, principalmente de África subsahariana (Organismo de Protección de la Salud del Reino Unido, 2006). De hecho, las personas infectadas en África subsahariana constituyen actualmente el grupo más afectado por el VIH en el país, ligeramente más que los varones que tienen relaciones sexuales con varones. Las investigaciones en la región central y sur de Inglaterra señalan que el estigma y el miedo a la discriminación disuaden a una gran proporción de africanos de someterse a la prueba del VIH (Elam et al., 2006).

Entretanto, los niveles del VIH y otras infecciones de transmisión sexual siguen siendo altos entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones, que representan aproximadamente un tercio de

todos los nuevos diagnósticos de VIH (2252 en 2005). El número de nuevos diagnósticos en ese grupo de población ha aumentado casi un 50% desde 2000 (Organismo de Protección de la Salud del Reino Unido, 2006), lo que subraya la necesidad de revisar los esfuerzos de prevención dirigidos a los varones que tienen relaciones sexuales con varones (Elford et al., 2005).

Cabe destacar otras dos tendencias. Alrededor de un tercio de las personas con el VIH no saben que están infectadas (Asociación Médica Británica, 2006). Por tanto, no están recibiendo el tratamiento y atención que tal vez necesiten, y corren riesgo de transmitir el virus a otros. Además, parece que el conocimiento del VIH se está deteriorando. En un estudio de 2005, el 79% de los encuestados a nivel nacional (y sólo el 70% en Londres, la zona con la prevalencia máxima del VIH en el país) sabía que el virus puede transmitirse a través de relaciones sexuales sin protección, en comparación con el 91% en 2000. El porcentaje de personas que no supieron citar ninguna forma en que puede transmitirse el VIH aumentó del 6% al 8% durante el periodo 2000-2005 (Fondo Nacional del SIDA, 2006).

Los estudios en poblaciones específicas de varones que tienen relaciones sexuales con varones revelan una prevalencia del VIH del 10-20% en Europa occidental, y varios estudios en España, Francia, Reino Unido y Suiza han comunicado un incremento en la proporción de tales varones que han tenido recientemente prácticas sexuales de alto riesgo (Balthasar, Jeannin y Dubois-Arber, 2005; Moreau-Gruet, Dubois-Arber y Jeannin, 2006; Dodds et al., 2004). Esto subraya la necesidad de reforzar los programas de prevención y tratamiento del VIH en ese grupo de población (EuroHIV, 2006b). Varios otros países están experimentando un incremento en los nuevos diagnósticos de VIH entre varones que tienen relaciones sexuales con varones. En comparación con 2001, en 2005 el número de diagnósticos de VIH en este grupo de población fue tres cuartas partes mayor (75%) en los Países Bajos, más de dos tercios mayor en **Portugal** (68%) y Suiza (71%) y un 40% mayor en **Bélgica** (EuroHIV, 2006a). En algunos países, esta tendencia se acompaña de brotes de otras infecciones de transmisión sexual, lo que señala la adopción de mayores riesgos sexuales por parte de los varones que tienen relaciones con otros varones. Por ejemplo, en los Países Bajos, los casos de sífilis en este grupo se multiplicaron por más de tres durante el periodo 2000-2004 (Van de Laar et al., 2005). En Alemania, los nuevos diagnósticos de VIH en varones que

tienen relaciones sexuales con varones se han multiplicado por más de dos en 2001-2005 (EuroHIV, 2006a), y se estima que este grupo representó el 70% de las nuevas infecciones por el VIH diagnosticadas en 2005 (Instituto Robert Koch, 2005). En conjunto, se calcula que 49 000 [29 000-81 000] personas estaban viviendo con el VIH en Alemania en 2005 (ONUSIDA, 2006a). Las epidemias en los países escandinavos siguen siendo pequeñas y estables en general, aunque, desde 2002, se ha registrado un incremento en los diagnósticos de VIH entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones en Suecia (de 68 a 97 en 2005) (EuroHIV, 2006a).

---

*Aproximadamente las tres cuartas partes de las infecciones por el VIH contraídas por vía heterosexual en Europa occidental y central se registran entre los inmigrantes y los migrantes. Es necesario adaptar los servicios de prevención, tratamiento y atención para que lleguen a dichas poblaciones.*

---

En varios países resulta evidente la eficacia de los programas de reducción del daño para controlar las infecciones por el VIH entre consumidores de drogas intravenosas. En **Portugal**, por ejemplo, los diagnósticos de VIH en este grupo fueron casi un tercio (31%) menores en 2005 que en 2001 (857 frente a 1247) (EuroHIV, 2006a). En **España**, los programas de reducción de daños se han asociado a un descenso en el consumo de drogas intravenosas, uso de agujas y jeringas no esterilizadas y número de infecciones por el VIH en este grupo. La prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas se redujo a la mitad en Barcelona (del 44% al 21% entre 1995 y 2001-2003) y Sevilla (del 44% al 22%), ciudades ambas con programas de reducción de daños bien establecidos. En cambio, en Madrid, donde tales programas sólo empezaron a introducirse a finales de los años 1990, la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas se mantuvo estable (37% en 1995 y 35% en 2001-2003) (de la Fuente et al., 2006). También en los **Países Bajos** se ha producido un descenso en las infecciones por el VIH entre los consumidores de drogas intravenosas: de 174 nuevos diagnósticos en 2002 a 29 en 2005. En Amsterdam, el epicentro de la epidemia holandesa de VIH relacionada con el consumo de drogas intravenosas, se ha observado una reducción sostenida tanto del uso de agujas no estériles como de la incidencia del VIH. La

mayoría de las nuevas infecciones por el VIH entre consumidores de drogas de Amsterdam se produce actualmente a través del coito heterosexual sin protección, un recordatorio de que los programas de reducción de daños también deben prestar atención específica a promover prácticas sexuales seguras (Lindenburg et al., 2006).

---

*Los estudios en poblaciones específicas de varones que tienen relaciones sexuales con varones revelan una prevalencia del VIH del 10-20% en Europa occidental, y en diversos países se observan indicios de un aumento en las prácticas sexuales de alto riesgo sin protección en este grupo de población.*

---

Las epidemias en Europa central siguen siendo pequeñas en comparación con las del resto de Europa. Sólo cuatro países comunicaron más de 100 nuevos diagnósticos de VIH en 2005: **Polonia** (donde se estableció tal diagnóstico en 652 personas), **Turquía** (332), **Rumania** (205), **Serbia y Montenegro**<sup>8</sup> (112) y **Hungría** (110) (EuroHIV, 2006a). Las características de las epidemias varían considerablemente. El coito heterosexual sin protección es el principal modo de transmisión en la mayoría de los países, incluidos **Albania, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Rumania y Turquía**, mientras que las prácticas sexuales peligrosas entre varones predominan en **Croacia, República Checa, Eslovenia y Hungría**, y el uso de equipos no estériles de inyección de drogas es el principal factor de riesgo de infección por el VIH en **Polonia** (EuroHIV, 2006a; Rosinska, 2006).

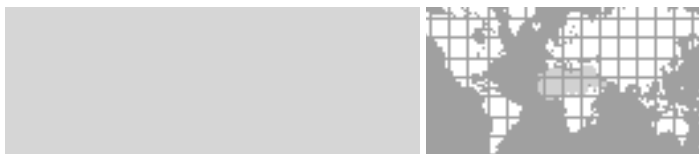
En el Báltico, parece que se ha contenido el incremento repentino en el número de infecciones por el VIH diagnosticadas alrededor del cambio de siglo, y las epidemias están creciendo ahora a un ritmo más lento. Se ha observado un descenso progresivo en el número de nuevos diagnósticos de VIH en **Letonia** (de 542 a 299 durante el mismo periodo) (Inspectoría de Protección de la Salud de Estonia, 2006; EuroHIV, 2006a). En **Lituania** se han diagnosticado anualmente 110-135 nuevos casos de VIH durante los últimos tres años (EuroHIV, 2006a). Aproximadamente 10 000 [6100-17 000] personas

vivían con el VIH en **Letonia** en 2005, al igual que una cifra estimada de 3300 [1600-10 000] en **Lituania** (ONUSIDA, 2006). Los nuevos casos de VIH comunicados en **Estonia** también han disminuido (de 899 en 2002 a 621 en 2005). De todas formas, la prevalencia nacional estimada del VIH en adultos en Estonia (1,3% [0,6-4,3%] en 2005) era la segunda más alta de toda Europa (después de Ucrania). En total, se han comunicado más de 5000 infecciones por el VIH desde que comenzó la epidemia en Estonia, y se estima que el número real de personas que vivían con el VIH en 2005 era dos veces mayor (10 000, en un intervalo de 4800-32 000) (Inspectoría de Protección de la Salud de Estonia, 2006; ONUSIDA, 2006).

---

<sup>8</sup> En el momento de la recopilación de datos, estas estadísticas se tomaron de la zona antiguamente conocida como Serbia y Montenegro, mientras que en el momento de la impresión, una parte de esta región corresponde ahora a la República de Serbia.





## 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-

citaban 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).

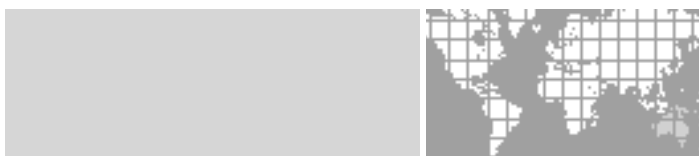
En el **Irán** –y en otras partes de esta región–, una proporción sustancial de los jóvenes, incluidos los consumidores de drogas intravenosas, son sexualmente activos. La mayoría de los que solicitan tratamiento en Teherán lo son, y a pesar de ello, sólo la mitad de los que participaron en un estudio 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).

## MAPAS

---

Estimaciones mundiales para adultos y niños, 2006

Número estimado de adultos y niños que viven con el VIH, 2006

Número estimado de nuevas infecciones por el VIH en adultos y niños, 2006

Número estimado de defunciones por SIDA en adultos y niños, 2006

## ESTIMACIONES MUNDIALES PARA ADULTOS Y NIÑOS, 2006



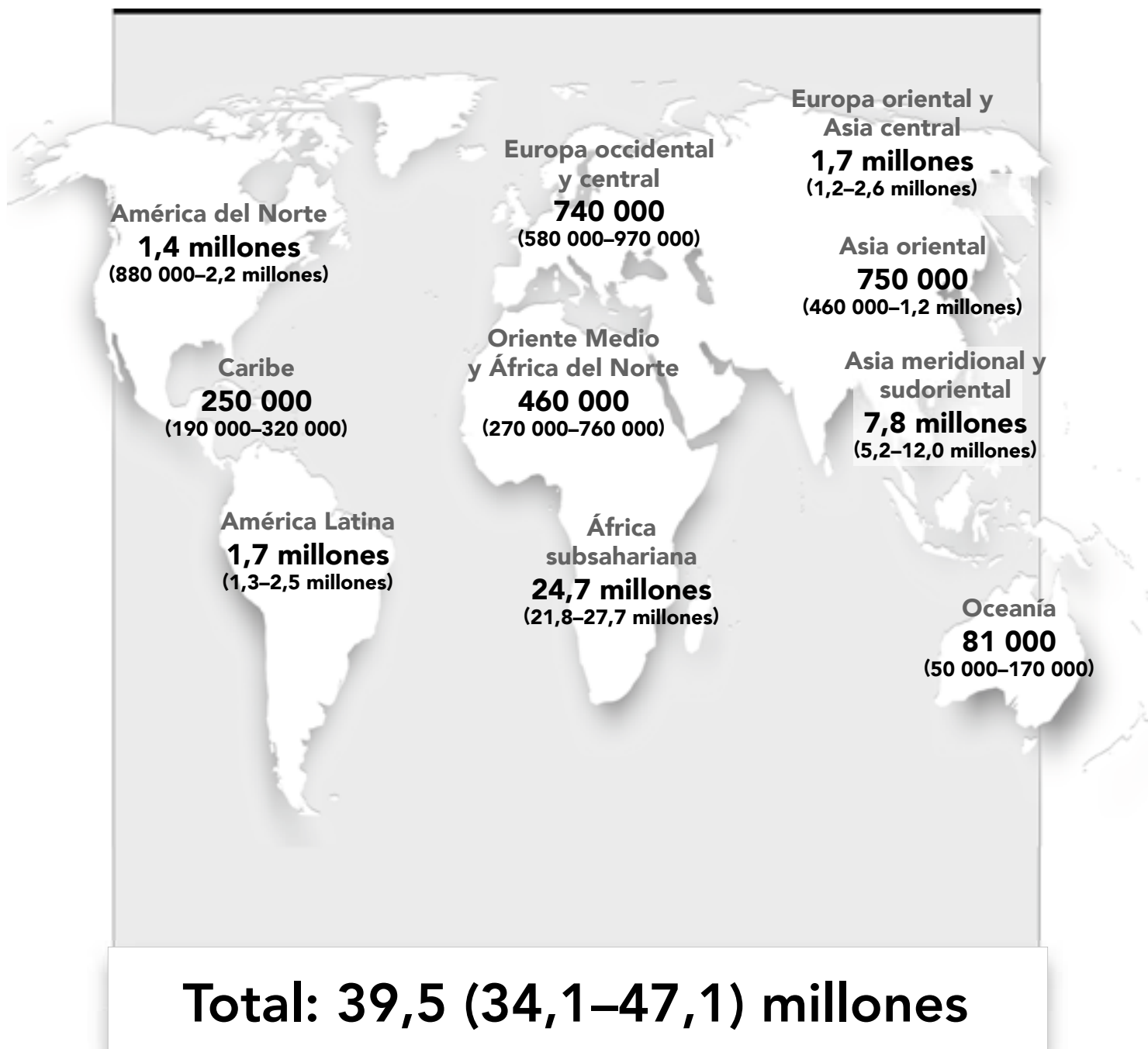
Personas que viven con el VIH .....39,5 millones (34,1–47,1 millones)

Nuevas infecciones por el VIH en 2006.....4,3 millones (3,6–6,6 millones)

Defunciones por SIDA en 2006 .....2,9 millones (2,5–3,5 millones)

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

## NÚMERO ESTIMADO DE ADULTOS Y NIÑOS QUE VIVÍAN CON EL VIH A FINAL DE 2006



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

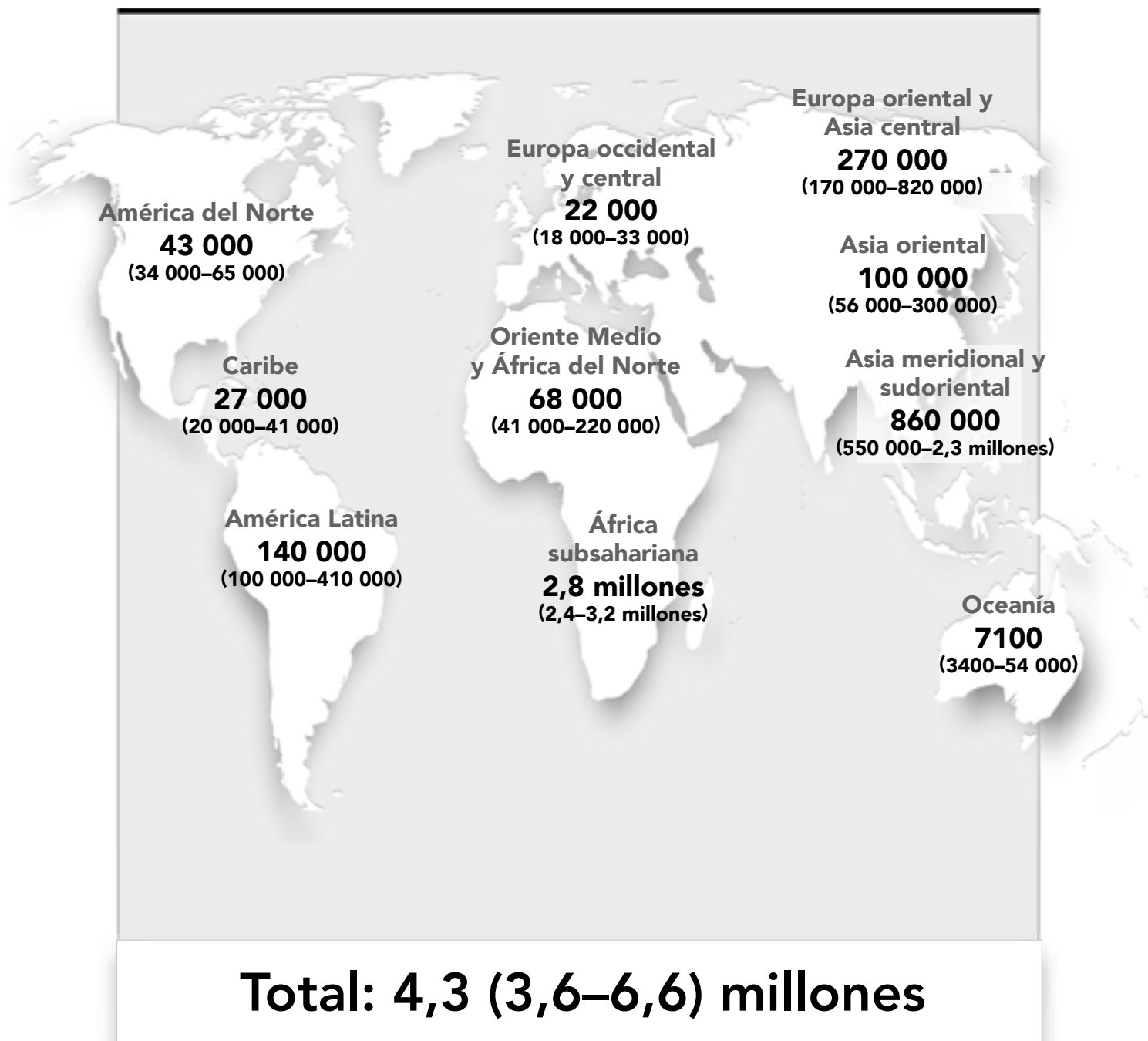
ACNUR  
UNICEF  
PMA  
PNUD  
UNFPA

ONUDD  
OIT  
UNESCO  
OMS  
BANCO MUNDIAL



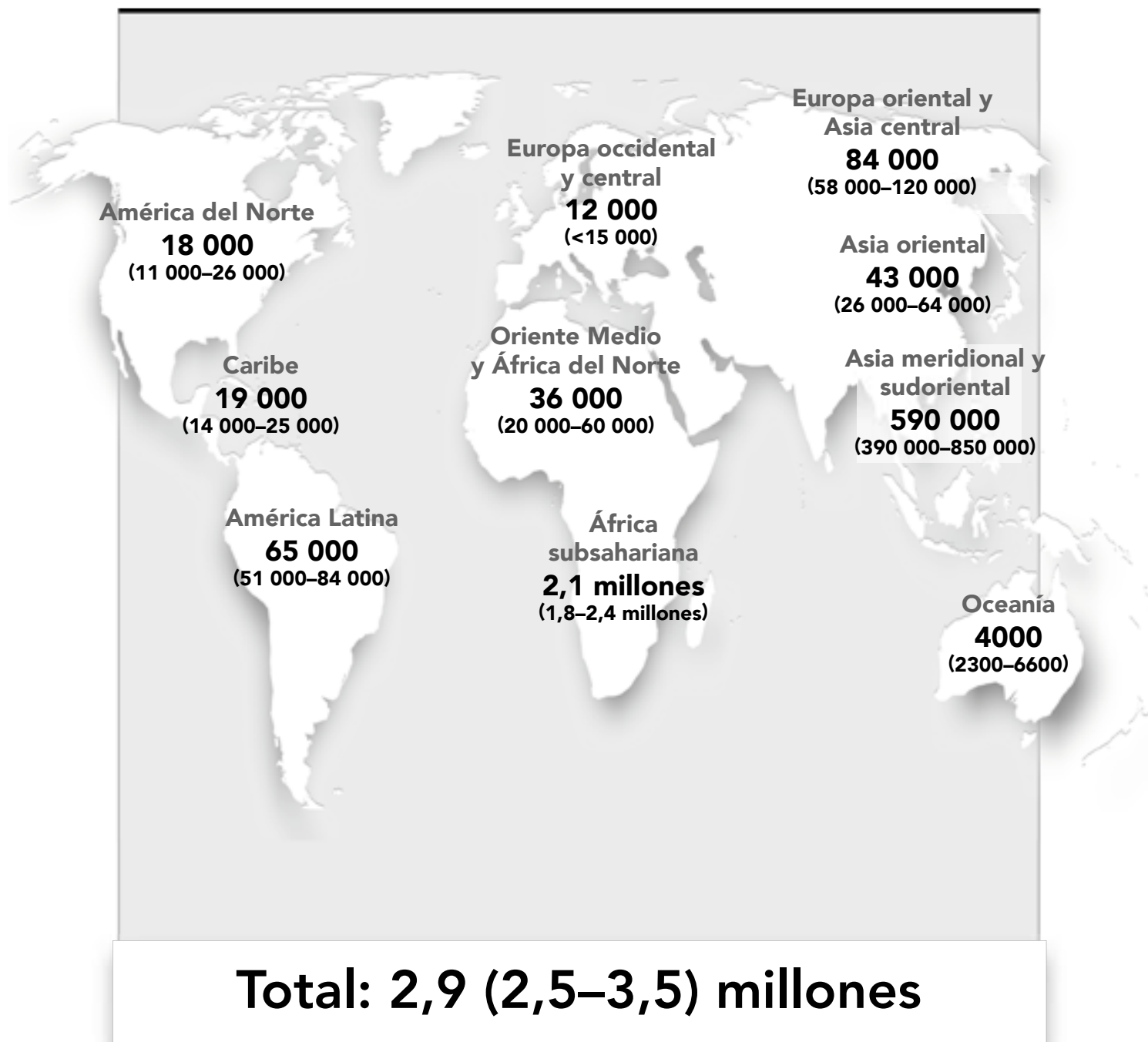
**Organización  
Mundial de la Salud**

## NÚMERO ESTIMADO DE NUEVOS CASOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN ADULTOS Y NIÑOS EN 2006





## NÚMERO ESTIMADO DE DEFUNCIONES CAUSADAS POR EL SIDA EN ADULTOS Y NIÑOS DURANTE 2006



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

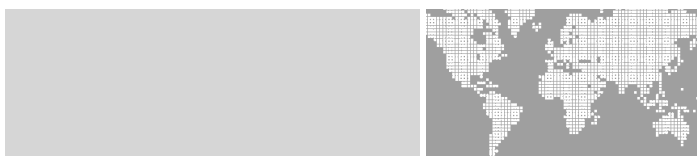
ACNUR  
UNICEF  
PMA  
PNUD  
UNFPA

ONUDD  
OIT  
UNESCO  
OMS  
BANCO MUNDIAL



**Organización  
Mundial de la Salud**





## BIBLIOGRAFÍA

### ÁFRICA SUBSAHARIANA

---

- Actuarial Society of South Africa (2005). *ASSA 2003 AIDS and demographic model*. ASSA, Ciudad del Cabo.
- Adjei AA et al. (2006). Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, hepatitis C virus and syphilis among prison inmates and officers at Nsawam and Accra, Ghana. *Journal of Medical Microbiology*, 55:593-597.
- Akwara PA et al. (2005). An in-depth analysis of HIV prevalence in Ghana: Further analysis of Demographic and Health Survey data. Abril. ORC Macro, Calverton.
- Alary M et al. (2002). Decline in the prevalence of HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Cotonou, Benin, 1993-1999. *AIDS*, 16(3):463-70.
- Anderson BA y Phillips HE (2006). *Adult mortality (age 15-64) based on death notification data in South Africa: 1997-2004*. Report No. 03-09-05. Statistics South Africa, Pretoria.
- Baltazar G (2005). *HIV sentinel surveillance 2004*. Presentación audiovisual. Junio. Ministerio de Salud de Kenya.
- Bello GA, Chipeta J, Aberle-Grasse J (2006). Assessment of trends in biological and behavioural surveillance data: is there any evidence of declining HIV prevalence or incidence in Malawi? *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl 1):i9-i13.
- Bradshaw D et al. (2004). Unabated rise in number of adult deaths in South Africa. *South African Medical Journal*; 94(4): 278-279.
- Bunnell R et al. (2006). Changes in sexual behavior and risk of HIV transmission after two years of antiretroviral therapy and prevention interventions in rural Uganda. Resumen MOAC0204. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Organismo Central de Estadística de Etiopía y ORC Macro (2006). *Ethiopia Demographic and Health Survey 2005: Final report*. Oficina Central de Estadística y ORC Macro, Addis Abeba y Calverton.
- Oficina Central de Estadística de Zambia et al. (2004). *Zambia Sexual Behaviour Survey 2003*. Oficina Central de Estadística y MEASURE Evaluation, Lusaka y Carolina del Norte.
- Oficina Central de Estadística de Zambia et al. (1999). *Zambia Sexual Behaviour Survey 1998*. Oficina Central de Estadística y MEASURE Evaluation, Lusaka y Carolina del Norte.
- Centro de Investigación para el Desarrollo Humano del Senegal y MEASURE DHS+ (2005). *Enquête démographique et de santé 2005: Rapport Préliminaire*. CRDH, MEASURE DHS+, Dakar y Calverton.
- Cheluget B, Marum L, Stover J (2006). Evidence for population-level declines in adult HIV prevalence in Kenya. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). Abril.
- Consejo Nacional de Combate contra elVIH/SIDA de Mozambique (2006). *Relatorio de actividades por 2005*. Ministerio de Salud de Mozambique, Maputo.
- Dahoma M et al. (2006). Prevalence of HIV, hepatitis B & C and syphilis infection in substance users in Zanibar. Resumen WEAX0104. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Departamento de Salud de Sudáfrica (2006). *National HIV and syphilis antenatal prevalence survey, South Africa 2005*. Departamento de Salud, Pretoria.
- Dewing S et al. (2006). Review of injection drug use in six African countries: Egypt, Kenya, Mauritius, Nigeria, South Africa and Tanzania. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 13(2)121-137.

- Dirección Nacional de Estadística de Guinea y ORC Macro (2006). *Enquête Démographique et de Santé, Guinée 2005*. DNS y ORC Macro, Calverton.
- Dorrington R et al. (2001). *The impact of HIV/AIDS on adult mortality in South Africa*. Septiembre. Medical Research Council. Disponible en <http://www.mrc.ac.za/bod/>.
- Fabiani M et al. (2006). HIV-1 prevalence in the conflict-affected region of northern Uganda. Resumen C15. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Ministerio Federal de Salud de Etiopía (2006). *AIDS in Ethiopia, 6<sup>th</sup> edition*. Septiembre. Ministerio Federal de Salud, Addis Abeba.
- Ministerio Federal de Salud de Nigeria (2006). 2005 National HIV/Syphilis seroprevalence sentinel survey among pregnant women attending antenatal clinics: Technical report. Abril. Ministerio Federal de Salud, Abuja.
- Servicio de Estadística de Ghana, Noguchi Memorial Institute for Medical Research y ORC Macro (2004). *Ghana Demographic and Health Survey 2003*. Servicio de Estadística, Noguchi Memorial Institute for Medical Research y ORC Macro, Calverton.
- Gomes do Espirito Santo ME y Etheredge GD (2005). Male clients of brothel prostitutes as a bridge for HIV infection between high risk and low risk groups of women in Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 81:342-344.
- Gouws et al. (2006). Short term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl iii):iii51-iii55.
- Gregson S et al. (2006). HIV decline associated with behaviour change in Eastern Zimbabwe. *Science*, 311(5761):664-666.
- Hargrove JW et al. (2005). Declining HIV prevalence and incidence in women attending maternity clinics in greater Harare, Zimbabwe. (Sometido a publicación.)
- Hladik W et al. (2006). HIV/AIDS in Ethiopia—where is the epidemic heading? *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). Abril.
- Instituto Nacional de Estadística de Rwanda et al. (2005). *Rwanda Demographic and Health Survey 2005, Preliminary Report*. Octubre. Ministerio de Finanzas y Planificación y MEASURE DHS, Kigali y Calverton.
- Instituto Nacional de Estadística de Madagascar y ORC Macro (2005a). *Enquête Démographique et de Santé, Madagascar 2003-2004: Rapport de synthèse*. INSTAT y ORC Macro, Calverton.
- Instituto Nacional de Estadística del Camerún y ORC Macro (2005b). *Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2004*. Junio. Instituto Nacional de Estadística y ORC Macro, Yaoundé y Calverton.
- Instituto Nacional de Estadística de Burkina Faso y ORC Macro (2004). *Enquête démographique et de santé Burkina Faso 2003*. Instituto Nacional de Estadística y ORC Macro, Calverton.
- Instituto Nacional de Lucha contra el SIDA de Angola (2005). *Relatorio de UNGASS 2006*. República de Angola, Luanda.
- Kanya MR et al. (2006). Effect of HIV-1 infection on antimalarial treatment outcomes in Uganda: A population-based study. *Journal of Infectious Diseases*, 193:9-15.
- Kayirangwa E et al. (2006). Current trends in Rwanda's HIV/AIDS epidemic. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl I):127-131.
- Kirungi WL et al. (2006). Trends in antenatal HIV prevalence in urban Uganda associated with uptake of preventive sexual behaviour. *Sexually Transmitted Infections*, 82(suppl I):136-141.
- Mahomva A et al. (2006). HIV prevalence and trends from data in Zimbabwe, 1997-2004. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). Abril.
- McCurdy SA et al. (2005a). The emerging heroin epidemic in Dar es Salaam, Tanzania: Youth hangouts, maghetto and injecting practices. *AIDS Care*, 17(suppl 1):S65-76.
- McCurdy SA et al. (2005b). New injecting practice increases HIV risk among drug users in Tanzania. *British Medical Journal*, 331:778.
- Consejo de Investigaciones Médicas de Sudáfrica, OMS y CDC (2006). *Report of an Expert Consultation on Drug-Resistant Tuberculosis, Johannesburg, 7-8 September*. Disponible en <http://www.OMS.int/tb/kg1/en/index.html>
- Consejo de Investigaciones Médicas de Sudáfrica (2005). *South African national burden of disease study 2000*. Consejo de Investigaciones Médicas, Ciudad del Cabo. Disponible en: <http://www.mrc.ac.za/bod/reports.htm>
- Ministerio de Salud y Prevención Médica del Senegal (2005). *Sénégal enquête démographique et de santé 2005 rapport préliminaire*. Julio. Ministerio de Salud y Prevención Médica y MEASURE DHS+ ORC Macro, Dakar et Calverton.
- Ministerio de Salud de Malí (2005). Rapport: Surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes. Noviembre. Ministerio de Salud, Bamako.

- Ministerio de Salud Pública de Burundi (2005). *Bulletin epidemiologique annuel de surveillance du VIH/SIDA/IST pour l'année 2004*. Agosto. Ministerio de Salud Pública, Bujumbura.
- Ministerio de Salud y Población de la República del Congo (2005). *Prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles au Congo: Une enquête anonyme non corrélée (2005)*. Ministerio de Salud y Población, Brazzaville.
- Ministerio de Salud de Togo (2004). *Rapport de surveillance de l'infection par le VIH dans le groupe des consultantes prénatales, Année 2003*. Febrero. Ministerio de Salud, Lomé.
- Ministerio de Salud de Botswana (2006). *2005 Botswana second generation HIV/AIDS surveillance: Technical report*. Ministerio de Salud, Gaborone.
- Ministerio de Salud de Eritrea (2006). *Results from the 2005 round of HIV sentinel surveillance in pregnant women*. Ministerio de Salud, Asmara.
- Ministerio de Salud de Kenya (2005). *AIDS in Kenya, 7th edition*. Programa Nacional de Control del SIDA e ITS (NAS COP), Ministerio de Salud, Nairobi.
- Ministerio de Salud de Uganda y ORC Macro (2006). *Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004/2005*. March. Ministerio de Salud y ORC Macro, Kampala y Calverton.
- Ministerio de Salud de Zambia (2005). *Zambia Antenatal Clinic Sentinel Surveillance Report, 1994-2004*. Noviembre. Ministerio de Salud, Lusaka.
- Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Namibia (2005). *Follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Namibia Country Report 2005*. Diciembre. Ministerio de Salud y Servicios Sociales, Windhoek.
- Ministerio de Salud y Población (2005). *HIV and syphilis sero survey and national HIV prevalence estimates report*. Ministerio de Salud y Población, Lilongwe.
- Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Namibia (2004). *Report of the 2004 national HIV sentinel survey*. Ministerio de Salud y Servicios Sociales, Windhoek.
- Ministerio de Salud y Bienestar Social de Lesotho y ORC Macro (2004). *2004 Lesotho Demographic and Health Survey*. Ministerio de Salud y Bienestar Social y ORC Macro, Maseru y Calverton.
- Ministerio de Salud y Bienestar Social de Swazilandia (2005). *9<sup>th</sup> round of national HIV serosurveillance in women attending antenatal care services at health facilities in Swaziland: survey report*. Marzo. Ministerio de Salud y Bienestar Social, Mbabane.
- Mugurungi O et al. (2005). HIV in Zimbabwe. In: Glynn JR, Carael M (eds.) *HIV, Resurgent Infections and Population Change in Africa*. Springer.
- Mundandi C et al. (2006). No difference in HIV incidence and sexual behaviour between out-migrants and residents in rural Manicaland, Zimbabwe. *Tropical Medicine and International Health*, 11(5):705-711.
- Comisión Nacional del SIDA de Lesotho y ONUSIDA(2006). *Lesotho 2005 UNGASS country report: Status of the national response to the 2001 Declaration of Commitment on HIV/AIDS, January 2003-December 2005*. Gobierno de Lesotho, Maseru.
- Comisión Nacional del SIDA de Malawi (2005). *HIV and Syphilis Sero-Survey and National HIV Prevalence Estimates Report 2005*.
- Organismo Nacional de Coordinación del SIDA de Botswana (2005). *Botswana AIDS Impact Survey II: Popular Report*. Marzo. República de Botswana, Gaborone.
- Programa Nacional de Control del SIDA e ITS de Ghana (2006). *HIV Sentinel Survey Report 2005*. Servicios de Salud, Accra.
- Oficina Nacional de Estadística de Malawi y ORC Macro (2005). *Malawi Demographic and Health Survey 2004*. Oficina Nacional de Estadística y ORC Macro, Calverton.
- Oficina Nacional de Estadística de Malawi y ORC Macro (2001). *Malawi Demographic and Health Survey 2000, Malawi final report*. Oficina Nacional de Estadística y ORC, Calverton.
- Oficina Nacional de Estadística y ORC Macro (1997). *Malawi Demographic and Health Survey 1996, Malawi final report*. Oficina Nacional de Estadística y ORC Macro, Calverton.
- Programa Nacional de Control del SIDA e ITS de Mozambique (2005). *Report on the update of the HIV epidemiological surveillance data – 2004 round*. Ministerio de Salud, Maputo.
- Ndeti D (2004). *Study on the assessment of the linkages between drug abuse, injecting drug abuse and HIV/AIDS in Kenya: A rapid situation assessment 2004*. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Nairobi.
- Njogu P et al. (2006). *HIV infection in Dadaab refugee camps. Resumen THPE0506*. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.

- Odek-Ogunde M (2004). World Health Organization Phase II Drug Injecting Study: behavioural and seroprevalence (HIV, HBV, HCV) survey among injecting drug users in Nairobi. OMS, Nairobi.
- Pettifor AE et al. (2004). HIV and sexual behaviour among young South Africans: a national survey of 15-24 year-olds. Abril. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit
- Presidencia de Burkina Faso (2005). Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDAA (UNGASS): Cadre pour la présentation des reports pays—période concernée Janvier-Décembre 2004. Ouagadougou.
- República del Chad (2005). *Enquête Démographique et de Santé au Tchad, 2004*. INSEED y Macro International, N'Djamena y Calverton.
- Sandoy IF et al. (2006). Antenatal clinic-based HIV prevalence in Zambia: Declining trends but sharp local contrasts in young women. *Tropical Medicine and International Health*, 11(6):917-28.
- Shafer LA et al. (2006). HIV prevalence and incidence are no longer falling in Uganda – a case for renewed prevention efforts: Evidence from a rural population cohort 1989-2005, and from ANC surveillance. Resumen C10. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Shisana O et al. (2005). *South African National HIV Prevalence, HIV Incidence, Behaviour and Communication Survey*. Consejo de Investigaciones sobre Ciencias Humanas, Pretoria.
- Disponible en [http://www.hsrc.ac.za/media/2005/11/20051130\\_1.html](http://www.hsrc.ac.za/media/2005/11/20051130_1.html)
- Somi GR et al. (2006). Estimating and projecting HIV prevalence and AIDS deaths in Tanzania using antenatal surveillance data. *BMC Public Health*, 3(6).
- Spiegel P y Harroff-Tavel H (2006). HIV and internally displaced persons: a review of the evidence. Resumen CDE0390. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Estadística de Sudáfrica (2006). Mortality and causes of death in South Africa, 2003 and 2004: Findings from death notification. Estadística de Sudáfrica, Pretoria.
- Sulliman F y Ameerberg SAG (2004). Mauritius epidemiology network on drug use report: January-June 2004. Port Louis.
- Sulliman F, Ameerberg SAG y Dhannoo MI (2004). *Rapid Situation Assessment*. Port Louis
- Swai R. et al. (2006). Surveillance of HIV and syphilis infections among antenatal clinic attendees in Tanzania-2003/2004. *BMC Public Health*, 6(91).
- ONUSIDA(2005). Evidence for HIV decline in Zimbabwe: a comprehensive review of the epidemiological data. November. ONUSIDA, Ginebra.
- Urassa W et al. (2006). Evidence of a substantial decline in prevalence of HIV-1 infection among pregnant women: data from 1995 to 2003 in Dar es Salaam, Tanzania. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(3):272-8.
- Wade AS et al. (2005). HIV infection and sexually transmitted infections among men OMS have sex with men in Senegal. *AIDS*, 19:2133-2140.
- Weiser SD et al. (2006). Routine HIV testing in Botswana: A population-based study on attitudes, practices and human rights concerns. *PLoS Medicine*, 3(7):e261.
- OMS /ONUSIDA(2006). *Progress in scaling up access to HIV treatment in low and middle-income countries, June 2006*. Fact Sheet. August. OMS /ONUSIDA, Ginebra.
- OMS (2006). *World Health Report 2006*. OMS , Ginebra.
- OMS (2005a). *The 2004 First national second generation HIV/AIDS/STI sentinel surveillance survey among antenatal care women attending maternity and child health clinics, tuberculosis and STD patients in Central South, Puntland and Somaliland. A technical report*. Julio. OMS, Ginebra.
- OMS (2005b). *The 2004 First national second generation HIV/AIDS/STI sentinel surveillance survey among antenatal care women attending maternity and child health clinics, tuberculosis and STD patients*. Julio. OMS, Ginebra.

## ASIA

- Abbas SS (2006). Knowledge of HIV/AIDS and perception of self risk among high risk groups and its correlation with their risky behaviours: A study in two major cities of Pakistan. Resumen CDC1836. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA, 13-18 de agosto. Toronto.
- Abbasi B (2006). HIV outbreak among injecting drug users in Larkana, Pakistan: Serious threat of a generalized epidemic. Resumen CDC0274. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Altaf A et al. (2006). Behavioral characteristics of male and eunuch (hijra) sex workers in Karachi, Pakistan. Resumen CDC0439. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA, 13-18 de agosto. Toronto.
- Andhra Pradesh State AIDS Control Society (2004). 8<sup>th</sup> round of national annual sentinel surveillance for HIV, Andhra Pradesh. APSACS, Hyderabad.
- Anthony J et al. (2006). Men OMS have sex with men in southern India: typologies, behaviour and implications for preventive interventions. Resumen CDD0331. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Basu JK y Koliwad V (2006). High risk behaviour among injecting drug users in Mumba, India—time to scale up interventions. Resumen CDD0615. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Buckingham R et al. (2005). Factors associated with condom use among brothel-based female sex workers in Thailand. *AIDS Care*, 17(5):640-7.
- Chawarski MC et al. (2006). Heroin dependence and HIV infection in Malaysia. *Drug Alcohol Dependency*, 82 Suppl 1: S39-42.
- Chen Y, Chen X et al. (2006). Outreach-based needle & syringe exchange among injection drug users in China's Hunan province. Resumen TUPE0564. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Chen X, Yi Z et al. (2006). Effectiveness of a 100% condom use programme in China's Hunan province. Resumen MOPE0599. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Oficina del Comité de Trabajo sobre el SIDA del Consejo de Estado de China y Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en China (2004). A joint assessment of HIV/AIDS prevention, treatment and care in China. Diciembre.
- Choi SY (2006). Violence against sex workers in China and its association with STD infection. Resumen CDD0173. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Choi K et al. (2006). Social and sexual network characteristics are associated with HIV risk among men who have sex with men (MSM) in Shanghai, China. Resumen TUPE0470. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Choi KH et al. (2006). Lack of HIV testing and awareness of HIV infection among men who have sex with men, Beijing, China. *AIDS Education and Prevention*, 18(1): 33-43.
- Cohen J (2004). HIV/AIDS in China: an unsafe practice turned blood donors into victims. *Science*, 304:1438-1439.
- Christian J, Zhiyong Z et al. (2006). Risk behaviour among intravenous drug users and improved programming in Yunnan province, China. Resumen MOPE0479. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Dandona R et al. (2006a). How much attention is needed towards men who sell sex to men for HIV prevention in India? *BMC Public Health*, 6:31.
- Dandona R et al. (2006b). Demography and sex work characteristics of female sex workers in India. *BMC International Health and Human Rights*, 6(1):5.
- Dandona R et al. (2005). High risk of HIV in non-brothel based female sex workers in India. *BMC Public Health*, 5:87.
- Deb A y Detels R (2006). Prevalence of HIV/STIs and related risk behaviours among migrant and local male factory workers in Kolkata, India. Resumen CDC0121. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Departamento de Salud de Myanmar (2004). Sentinel surveillance data for March-Abril 2004. Departamento de Salud, Yangon.
- Departamento de Salud de Filipinas (2005). *Consensus report on HIV and AIDS Epidemiology 2005*. Departamento de Salud, Manila.

- Departamento de Salud de Filipinas (2003). Status and trends of HIV/AIDS in the Philippines: The 2002 technical report of the National HIV/AIDS Sentinel Surveillance System. Departamento de Salud, Manila.
- Emmanuel F, Archibald C y Altaf A (2006). What drives the HIV epidemic among injecting drug users in Pakistan: A risk factor analysis. Resumen MOPE0524. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Giang LM et al. (2006). HIV risks among young male migrants using heroin in Hanoi, Vietnam. Resumen WEAD0204. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Gorbach PM et al. (2006). Changing behaviors and patterns among Cambodian sex workers: 1997-2003. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*.
- Gorbach PM et al. (2000) Sexual bridging by Cambodian men. *Sexually transmitted Diseases*, 27:320-326.
- Gouws E et al. (2006). Short term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. *Sexually Transmitted Infections*, 82 Suppl 3:iii51-55.
- Hallett TB y Garnett GP (2006). Has global HIV peaked? (correspondencia). *The Lancet*, 368-116-117. Disponible en <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673606689976/fulltext>
- Hammett TM, Des Jarlais DC et al. (2006). Addressing a generalized HIV epidemic on the Vietnam-China border. Resumen CDC0819. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Huang M y Hussein H (2004). The HIV/AIDS epidemic country paper: Malaysia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):1001-09.
- Hesketh T, Duo L et al. (2005). Attitudes to HIV and HIV testing in high prevalence areas of China: informing the introduction of voluntary counselling and testing programmes. *Sexually Transmitted Infections*, 81:108-112.
- Hesketh T et al. (2006). HIV and syphilis in migrant workers in eastern China. *Sexually Transmitted Infections*, 82(1):11-4.
- Hesketh T et al. (2005). HIV knowledge and risk behaviour of female sex workers in Yunnan Province, China: potential as bridging groups to the general population. *AIDS Care*, 17(8): 958-66.
- Hien NT et al. (2004). *Risk factors for HIV seropositivity among young heroin injecting drug users in Quang Ninh province, Viet Nam*. Submitted for publication, cited in Hien NT et al. (2004a). HIV/AIDS epidemics in Vietnam: Evolution and responses. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):137-154.
- Iamsirithaworn S y Detels R (2006). Evaluation of HIV sentinel sero-surveillance system in Thailand, 2005. Resumen TUPE0326. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Jana S et al. (1998). STD/HIV intervention with sex workers in West Bengal, India. *AIDS*, 12(suppl B):S101-S108.
- Ji G et al. (2006). Correlates of HIV infection among former blood/plasma donors in rural China. *AIDS*, 20(4): 585-91.
- Jiang J et al. (2006). High prevalence of sexually transmitted diseases among men OMS have sex with men in Jiangsu Province, China. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(2): 118-23.
- John TJ (2006). HIV prevalence in young adults in south India (correspondence). *The Lancet*, 366:113-114. Disponible en <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673606689927/fulltext>
- Kang H et al. (2005). *HIV/AIDS in south Asia: Understanding and responding to a heterogeneous epidemic*. Banco Mundial y Universidad de Manitoba, Washington y Winnipeg.
- Kawichai S et al. (2006). HIV voluntary counseling and testing and HIV incidence in male injecting drug users in northern Thailand: evidence of an urgent need for HIV prevention. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 41(2): 186-93.
- Kumar R et al. (2006). Trends in HIV-1 in young adults in south India from 2000 to 2004: a prevalence study. *Lancet*, 367(9517): 1164-72.
- Kumar et al. (2005). *HIV-1 trends, risk factors and growth in India*. National Commission on Macroeconomics and Health (NCMH) Background Papers—Burden of Disease in India. Septiembre. Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia, Nueva Delhi.
- Kumar S (1998). Model for sexual health found in India's West Bengal. *Lancet*, 351:46.
- Kumta S et al. (2006). Sociodemographics, sexual risk behaviour and HIV among men OMS have sex with men attending voluntary counselling and testing services in Mumbai, India. Resumen WEPE0736. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Lancet (2006) India in the spotlight (editorial). *The Lancet*, 367:1876. 10 de junio.
- Lengh HB (2004). *Report on HIV sentinel surveillance in Cambodia: 2002*. Centro Nacional del VIH/SIDA, Dermatología e ITS, Phnom Penh.



- Li X, Li D et al. (2006). HIV and syphilis infection among men OMS have sex with men in Beijing, China: potential for rapid HIV transmission. Resumen CDC0093. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Liu H et al. (2006). Drug users: Potentially important bridge population in the transmission of sexually transmitted diseases, including AIDS, China. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(2):111-117. Febrero.
- Liu H, Wang N et al. (2006). HIV prevalence and the risk behaviours among MSM in Beijing, China. Resumen CDC1698. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Longfield K, Zhiyong Z et al. (2006). Trends in needle-sharing among intravenous drug users in China, Thailand and Vietnam. Resumen THPE0730. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Lu F, Wang N et al. (2006). HIV/AIDS epidemic in China: Increasing or decreasing? Resumen MOPE0462. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Lurie M et al. (1997). Migrancy and HIV/STDs in South Africa—a rural perspective. *South African Medical Journal*, 87(7): 908-9.
- Lurie M et al. (2003). The impact of migration on HIV-1 transmission in South Africa: a study of migrant and nonmigrant men and their partners. *Sexually Transmitted Diseases*, 30(2):149-56.
- Luu Thi Minh C, Tran Nhu N et al. (2006b). HIV prevalence and risk behaviours among female sex workers in Hai Phong and Ho Chi Minh City, Vietnam. Resumen CDC0320. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Luu Thi Minh C, Tran Nhu N et al. (2006a). HIV prevalence and risk behaviours among injecting drug users in Ho Chi Minh City, Hai Phong and Hanoi, Vietnam. Resumen TUPE0521. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Ma X et al. (2006). Possible rise in HIV prevalence among men OMS have sex with men (MSM) in Beijing. Resumen MOPE0526. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Mahendra VS et al. (2006). How prevalent is AIDS-related stigma among health care workers? Developing and testing a stigma index in Indian hospitals. Resumen TUPE0729. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Mastro TD y Yip R. (2006). The legacy of unhygienic plasma collection in China. *AIDS*, 20:1451-1452.
- Mateo RJ et al. (2003). HIV/AIDS in the Philippines. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):43-52.
- Mills E et al. (2005). The HIV/AIDS epidemic in Cambodia. *Lancet Infectious Diseases*, 5(10):596-7
- Mingjian N et al. (2006). HIV/AIDS prevalence and behaviour in drug users and pregnant women in Kashgar Prefecture: Case report. *Harm Reduction Journal*, 3:7.
- Ministerio de Salud de China, ONUSIDA y OMS (2006). *2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China*. Ministerio de Salud, ONUSIDA y OMS, Beijing.
- Ministerio de Salud de Indonesia (2006). *HIV/AIDS surveillance report*. Ministerio de Salud, Jakarta.
- Ministerio de Salud de Malasia y OMS (2004). *Consensus report on HIV and AIDS—Epidemiology in 2004: Malaysia*. Ministerio de Salud y OMS, Kuala Lumpur.
- Ministerio de Salud del Pakistán, DfID y Family Health International (2005). National study of reproductive tract and sexually transmitted infections: Survey of high-risk groups in Lahore and Karachi, 2005. Ministerio de Salud, Departamento para el Desarrollo Internacional y Family Health International, Karachi.
- Ministerio de Salud de Viet Nam (2005). *HIV/AIDS estimates and projections 2005-2010*. Departamento General de Medicina Preventiva y Control del VIH/SIDA, Ministerio de Salud, Hanoi.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005a). *Drug injection and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. Julio. MAP, Ginebra.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005b). *Sex work and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. Julio. MAP, Ginebra.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2004). *AIDS in Asia: Face the facts—A comprehensive analysis of the AIDS epidemics in Asia*. MAP, Ginebra.
- Moses S et al. (2006). Prevalence and determinants of HIV infection in rural India: an expanding, heterogeneous rural epidemic. Resumen MOPE0730. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Nai Zindagi (2006). *The lethal overdose: Injecting drug use and HIV/AIDS*. May. Islamabad, Nai Zindag. Disponible en [www.naizindagi.com](http://www.naizindagi.com)

- Comisión Nacional del SIDA de Indonesia (2006). Country Report on the follow up to the Declaration of commitment on HIV/AIDS (UNGASS), 2004-2005.
- Organización Nacional de la India de Lucha contra el SIDA (2005a). An Overview of the Spread and Prevalence of HIV/AIDS in India. NACO, Nueva Delhi. Disponible en [http://www.nacoonline.org/facts\\_overview.htm](http://www.nacoonline.org/facts_overview.htm)
- Organización Nacional de la India de Lucha contra el SIDA (2005b). *Facts and Figures: An Overview of the Spread and Prevalence of HIV/AIDS in India*. NACO, Nueva Delhi. Disponible en [http://www.nacoonline.org/facts\\_overview.htm](http://www.nacoonline.org/facts_overview.htm)
- Organización Nacional de la India de Lucha contra el SIDA (2005c). *Statewise HIV prevalence. Facts and figures (1998-2004)*. NACO, Nueva Delhi. Disponibles en [http://www.nacoonline.org/facts\\_statewise.htm](http://www.nacoonline.org/facts_statewise.htm)
- Organización Nacional de la India de Lucha contra el SIDA (2004a). Annual Report 2002-2003, 2003-2004. Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia, Nueva Delhi.
- Organización Nacional de la India de Lucha contra el SIDA (2004b). Observed HIV prevalence levels state-wise: 1998-2004. Disponible en [http://www.nacoonline.org/facts\\_statewise.htm](http://www.nacoonline.org/facts_statewise.htm)
- Programa Nacional del SIDA de Myanmar (2005). HIV Sentinel Surveillance 2005. Programa Nacional del SIDA, Yangon.
- Centro Nacional del VIH/SIDA, Dermatología e ITS de Camboya (2004). *HIV Sentinel Surveillance (HSS) 2003: Results, trends and estimates*. Diciembre. Centro Nacional del VIH/SIDA, Dermatología e ITS, Phnom Penh.
- Agencia Nacional de la Droga de Malasia (2005). Annual Report. Agencia Nacional de la Droga, Kuala Lumpur.
- Centro Nacional de Epidemiología de Filipinas (2006). *HIV and AIDS registry: Monthly update*. Junio. Departamento de Salud, Manila. Disponible en <http://www.doh.gov.ph/NEC/HIV.htm>
- Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología de Viet Nam y ORC Macro (2006). *Vietnam population and AIDS indicator survey 2005*. Oficina General de Estadística y ORC Macro, Ha Noi y Calverton.
- Nhurod P, Bollen L et al. (2006). High HIV prevalence among street-based sex workers in Bangkok, Thailand. Resumen MOPE0355. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Ono-Kihara M et al. (2001). Sexual practices and the risk for HIV/STDs infection of youth in Japan. *Journal of the Japan Medical Association*, 126(9):1157-1160, citado en Nemoto T (2004). HIV/AIDS surveillance and prevention studies in Japan: Summary and recommendations. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):27-42.
- Phal S et al. (2006). Low rate of known HIV status among pregnant women in Cambodia. Resumen CDD1376. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Phalkun M et al. (2006) HIV, sexually transmitted infections and related risk behaviour among Cambodian men who have sex with men. CDC0618. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Pham P, Pham H et al. (2006). Sexually transmitted infection surveillance linked with HIV sentinel surveillance in Hai Phong City, Vietnam. Resumen CDC0182. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Pisani E (2006). Estimating the number of drug injectors in Indonesia. *International Journal of Drug Policy*, 17:35-40.
- Pisani, E et al. (2003). Sexual behavior among injection drug users in 3 Indonesian cities carries a high potential for HIV spread to noninjectors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 34(4):403-6.
- Plipat T y Teeraratkul A (2006). National HIV incidence surveillance using BED capture immunoassay among pregnant women. Resumen CDC0356. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Punpanich W et al. (2004). Thailand's response to the HIV epidemic: Yesterday, today and tomorrow. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):119-136.
- Qian HZ et al. (2006). Injection drug use and HIV/AIDS in China: Review of current situation, prevention and policy implications. *Harm Reduction Journal*, 3:4.
- Ramesh B et al. (2006). Sex work typology and risk for HIV in female sex workers: findings from an integrated biological and behavioural assessment in the southern Indian state of Karnataka. Resumen WEAC0305. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Riono P y Jazant S (2004). The current situation of the HIV/AIDS epidemic in Indonesia. *AIDS Education and Prevention*, 16(SupplementA):78-90
- Roy G et al. (2006) The importance of sex worker's organization in increasing coverage in the state of West Bengal, India. Resumen CDC1065. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.

- Schumacher CM, Go VF et al. (2006). High-risk sexual behaviour among injection drug users in northern Vietnam. Resumen CDD0588. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Shimada K et al. (2006). How to respond to gay/MSM infection in Japan: local governments need help. Resumen CFF0715. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Sopheab H et al. (2006). HIV-related risk behaviours in Cambodia and effects of mobility. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 41(1):81-86.
- Sravankumar K, Prabhakar P, Mythri y STI/HIV Study Group (2006). High risk behaviour among HIV positive and negative men having sex with men (MSM) attending Myrthi clinics in Andhra Pradesh, India. Resumen MOPE0582. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Srikrishnan AK et al. (2006). Incidence and prevalence of HIV and co-infections among injecting drug users in Chennai, India—cause for concern. Resumen MOPE0441. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Estadística de Indonesia y Ministerio de Salud de Indonesia (2006). Situation of risk behaviour for HIV in Indonesia. Results of BSS 2004-2005. Estadística de Indonesia y Ministerio de Salud, Yakarta.
- Talikowski L and Gillieatt S (2005). Female sex work in Yangon, Myanmar. *Sex Health*, 2(3):193-202.
- Todd S et al. (2006a). Prevalence of HIV, viral hepatitis, syphilis and risk behaviours among injection drug users in Kabul, Afghanistan. Resumen TUAC0304. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Todd S et al. (2006b). HIV knowledge and risk-reduction behaviours among injection drug users in Kabul, Afghanistan. Resumen TUAC0304. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Tran TN et al. (2005a). Drug use among female sex workers in Hanoi, Vietnam. *Addiction*, 100(5):619-25.
- Tran TN et al. (2005b). HIV infection and risk characteristics among female sex workers in Hanoi, Vietnam. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 39(5):581-6.
- ONUSIDA(2006). Report of the global AIDS epidemic: A UNAIDS 10th anniversary special edition. ONUSIDA, Ginebra.
- Van Griensven F et al. (2006). HIV prevalence among populations of men OMS have sex with men—Thailand, 2003 and 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(31):844-848. 11 de agosto.
- Wan S y Zhang J (2006). Research on HIV/AIDS-related behaviours of 986 clients of sex workers in Sichuan province, China. Resumen WEAX0401. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Wang B et al. (2006). HIV-related risk and history of sexually transmitted disease among male migrants OMS patronize commercial sex in China. Resumen MOAC0305. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Wang, Li et al. (2006). HIV-related risk behaviors and history of sexually transmitted diseases among male migrants who patronize commercial sex in China. Resumen MOAC0305. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Wang N, Jia W et al. (2006). HIV infection was not evidently extended to the general population in communities with former plasma and blood donors in Shanxi province, China. Resumen CDC0011. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Wang N, Yang Z et al. (2006). HIV infection and other sexually transmitted infections among female sex workers in a mining township in Yunnan. Resumen TUPE0297. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- OMS/ONUSIDA(2006b). Progress in scaling up access to HIV treatment in low and middle-income countries, June 2005. Fact sheet. Agosto. OMS /ONUSIDA, Ginebra.
- Wi T et al. (2002). *RTI/STD Prevalence in Selected Sites in the Philippines*. Departamento de Salud y Family Health International, Manila.
- Wiwat P, Brown T y Calleja-García JM (2005). Report from the Technical Working Group on HIV/AIDS Projection and Demographic Impact Analysis in Myanmar. Septiembre. Yangon.
- Banco Mundial (2005). AIDS in South Asia: Understanding and responding to a heterogeneous epidemic. Agosto. Banco Mundial, Washington.
- Wu Z, Pang L et al. (2006). Needle-exchange programmes in China. Resumen CDC0905. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.

- Xu H, Zhang B et al. (2006). HIV epidemic status and behavioural surveillance among MSM in China. Resumen WEAC0304. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Yang H et al. (2005). Heterosexual transmission of HIV in China: A systematic review of behavioral studies in the past two decades. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(5):270-280. Mayo.
- Zhang, Hu y Hesketh T (2006). HIV prevalence in China not as high as predicted: Evidence from antenatal testing in Yunnan province. Resumen CDC0389. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Yu M et al. (2006). Sexual risk behaviour of injection drug users attending STI clinics in Mumbai, India. Resumen CDD0594. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Zhang L, Ruan Y et al. (2006). Continued spread of HIV among injecting drug users in southern Sichuan province, China. Resumen MOPE0304. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Zhao M et al. (2006). HIV sexual risk behaviors among injection drug users in Shanghai. *Drug and Alcohol Dependency*, 82 Suppl 1:S43-7.

## EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL

---

- AIDS Foundation East West (2006). Officially registered HIV cases in the Russian Federation: 1 January 1987 through 30 June 2006. AIDS Foundation East West.
- AIDS Infoshare (2005). HIV/STI/Hepatitis B risk among commercial sex workers—survey report. AIDS Infoshare, Moscú.
- de la Fuente L et al. (2006). Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(6):537-42.
- EuroHIV (2006a). *HIV/AIDS Surveillance in Europe: End-year report 2005*, No. 73. Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.
- EuroHIV (2006b). *HIV/AIDS Surveillance in Europe: Mid-year report 2005*, No. 72. Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.
- Centro Federal de la Federación de Rusia sobre el SIDA (2005). *HIV Infection: Information Bulletin No. 27*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Moscú.
- Centro Federal de la Federación de Rusia de Investigación y Metodología sobre Prevención y Control del SIDA (2005). Report to the consultation on universal access to HIV prevention, treatment, care and support for the population of the Russian Federation. 15-16 de diciembre. Moscú.
- Servicio Federal de la Federación de Rusia de Vigilancia para la Protección del Consumidor y el Bienestar Social (2006). Country report of the Russian Federation on the implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Reporting period January-December 2005. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Moscú.
- Godinho J et al. (2005). Reversing the tide: Priorities for HIV/AIDS prevention in Central Asia. Banco Mundial, Washington.
- Grund, J-P et al. (2005). QUOVADIS? Role of Injecting Drug Users in the Development of the Epidemic of HIV-Infection in Ukraine (Rus.). Centro de Ucrania del SIDA, Kiev.
- Harawa NT et al. (2004). Associations of race/ethnicity with HIV prevalence and HIV-related behaviors among young men who have sex with men in 7 urban centers in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 35(5):526-36.
- Khaldeeva N et al. (2002). HIV-1 seroprevalence rates in women and relinquishment of infants to the state of St Petersburg, Russian, 2002. *Lancet*, 362:1981-1982.
- Koblin BA et al. (2006). Risk factors for HIV infection among men OMS have sex with men. *AIDS*, 20(5):731-9.
- Koshkina et al. (2003). Population and crises. In *HIV Demographics*, Vol 1. Max-press, Moscú.
- Kozlov AP et al. (2006). HIV incidence and factors associated with HIV acquisition among injection drug users in St Petersburg, Russia. *AIDS*, 20:901-906.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Federación de Rusia (2004). *Socially-related diseases in 2003: Statistical report*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Moscú.
- Ministerio de Salud del Kazajstán et al. (2004). Results of investigation of the real situation with drug abuse in Kazakhstan. Almaty (en ruso).

Ministerio de Salud de Tayikistán (2006). Conference launch of sentinel surveillance data in two pilot cities (Dushanbe, Khodjent). Junio. Ministerio de Salud, Dushanbe.

Ministerio de Salud de Ucrania (2006a). Ukraine: National report on the follow-up to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS—Reporting period January 2003–December 2005. Ministerio de Salud, Kiev.

Ministerio de Salud de Ucrania (2006b). Datos inéditos. Octubre, Kiev.

Ministerio de Salud de Ucrania et al. (2006a). *HIV-infection In Ukraine: Information Bulletin No. 26*. Agosto. Ministerio de Salud, Centro de Ucrania sobre el SIDA, Instituto L.V. Gromashevskogo de Epidemiología y Unidad Central de Epidemiología Sanitaria del Ministerio de Salud de Ucrania, Kiev.

Ministerio de Salud de Ucrania et al. (2006b). *Report on the National Consensus Estimates on HIV and AIDS in Ukraine as of end of 2005*. Junio. Ministerio de Salud, Centro de Ucrania sobre el SIDA, Organización Mundial de la Salud, Alianza Internacional sobre el VIH/SIDA en Ucrania y ONUSIDA, Kiev.

Instituto Científico y de Investigación Epidemiológica Pasteur (2005a). Epidemiological Surveillance and monitoring of HIV in risk behaviour groups in the north-west of the Russian Federation. San Petersburgo.

Instituto Científico y de Investigación Epidemiológica Pasteur (2005b). Epidemiological Surveillance and monitoring of HIV in risk behaviour groups in Volgogradskaya Oblast. San Petersburgo.

Pokrovskiy V (2006). *The HIV/AIDS epidemic in Russia: Trends, lessons and key challenges and opportunities for scaling up the response*. Presentación audiovisual en la Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.

Servicios Internacionales de Población (2006). Understanding Risk Profiles: Results of an Internet-based Survey on Sexual Health Among Men who Have Sex With Men in the Russian Federation. Marzo. División de Investigación de los Servicios Internacionales de Población, Ginebra.

Rhodes T et al. (2006). Prevalence of HIV, hepatitis C and syphilis among injecting drug users in Russia: a multi-city study. *Addiction*, 101(2):252-66.

Sánchez JL et al. (2006). High HIV prevalence and risk factors among injection drug users in Tashkent, Uzbekistan, 2003-2004. *Drug and Alcohol Dependency*, 82 Suppl 1:S15-22.

Scherbinska A et al. (2006). HIV infection in Ukraine: a review of epidemiological data. Resumen CDC0398. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.

Shaboltas AV et al. (2006). HIV prevalence, sociodemographic, and behavioral correlates and recruitment methods among injection drug users in St. Petersburg, Russia. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 41(5):657-63.

Smolskaya TT et al. (2004). HIV sentinel surveillance in high-risk groups in Azerbaijan, Republic of Moldova and the Russian Federation. WHO EUR:03/5057956, cited in EuroHIV (2005). HIV/AIDS Surveillance in Europe: End-year report 2004, No. 71. Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.

Departamento de Estado de Ucrania para la Aplicación de Condenas (2006). Datos inéditos. Octubre. Kiev.

Todd CS et al. (2005). Human immunodeficiency virus (HIV) infection in female sex workers in Tashkent, Uzbekistan. Resumen MP-025. Trabajo presentado en la decimosexta reunión bienal de la Sociedad Internacional de Investigación sobre Enfermedades de Transmisión Sexual. 10-13 de julio. Amsterdam.

*Centro de Ucrania sobre el SIDA (2006). Datos inéditos. Octubre. Kiev.*

Walensky RP et al. (2006). The survival benefits of AIDS treatment in the United States. *Journal of Infectious Diseases*, 194(1):11-9.

OMS (2005). HIV/AIDS country profiles for the WHO European region. Disponible en [http://www.euro.OMS.int/aids/surveillance/20051114\\_1](http://www.euro.OMS.int/aids/surveillance/20051114_1).

OMS (2005). HIV/AIDS country profiles for the WHO European region. Disponible en [http://www.euro.OMS.int/aids/surveillance/20051114\\_1](http://www.euro.OMS.int/aids/surveillance/20051114_1)

OMS /ONUSIDA(2006). Progresos realizados en la ampliación del acceso al tratamiento contra el VIH en países de ingresos bajos y medianos. Junio de 2006. Hoja informativa. Agosto. OMS /ONUSIDA, Ginebra.

## CARIBE

Allen CF et al. (2006). STI service use and risk factors for HIV infection among female sex workers in Georgetown, Guyana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 43(1):1-6.

Comisión Caribeña de Salud y Desarrollo (2005). *Report of the Caribbean Commission on Health and Development for the 26<sup>th</sup> Meeting of the CARICOM Heads of Government: Overview. July 3-6. Saint Lucia*. Disponible en <http://www.cpc->

paho.org/publications/publication.aspx?id=59

Cohen J (2006a). The overlooked epidemic. *Science*, 313:468-469.

Cohen, J (2006b). A sour taste on the sugar plantations. *Science*, 313: 473-475.

Pérez J et al. (2006). HIV infection and access to antiretrovirals in Cuba. Resumen CDB1132. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.

Gebre Y et al. (2006). Tracking the course of HIV epidemic through second generation surveillance in Jamaica: survey of female sex workers. Resumen CDC0313. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.

Comisión Presidencial de Guyana sobre elVIH/SIDA (2006). Status of the national response to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS: For the reporting period of January 2003 to December 2005. Comisión Presidencial de Guyana sobre elVIH/SIDA, Georgetown.

Inciardi JA, Syvertsen JL y Surratt HL (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17 Suppl 1:S9-S25.

Instituto Haitiano de la Infancia y ORC Macro (2006). *Enquete mortalite, morbidite et utilisation des services EMMUS-IV: Haiti 2005-2006*. Julio. Instituto Haitiano de la Infancia y ORC Macro, Petion Ville y Calverton.

Kang SY et al. (2005). HIV transmission behaviours in jail/prison among Puerto Rican drug injectors in New York and Puerto Rico. *AIDS Behaviour*, 9(3):377-386.

Kerrigan D et al. (2006). Environmental-structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic. *American Journal of Public Health*, 96(1):120-125.

Kilaru K et al. (2006). Changing HIV mortality rate and causes of death among persons with HIV infection before and after the introduction of HAART in Barbados. Resumen TUPE0170. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.

Kumar A et al. (2006). Uptake of the health care services and the health status of the HIV-infected women diagnosed from the antenatal HIV screening in Barbados, 1994-2004. Resumen WEPE0245. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.

Kumar A y Singh AB (2004). Impact of the AIDS prevention program on trends in prevalence and incidence of HIV infection among pregnant women in Barbados. Resumen ThPeC7282. Decimoquinta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 1-16 de julio. Bangkok.

Louis C et al. (2006). Poverty and risk of HIV infection in central Haiti. Resumen CDD0011. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.

Ministerio de Salud de Cuba 92006). *Informe de Cuba en virtud e lo establecido en la resolución 60/224 titulada 'preparativos y organización de la reunión de 2006 dedicada al seguimiento de los resultados del vigésimo sexto periodo extraordinario de sesiones: aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA'*. Marzo. Ministerio de Salud de Cuba, La Habana.

Ministerio de Salud Pública y Población de Haití (2006). *UNGASS report: Haiti 2005*. Enero.

Ministerio de Salud de Jamaica (2006). *Facts & figures: HIV/AIDS Epidemic Update 2005*. Ministerio de Salud, Kingston.

Pérez J et al. (2006). HIV infection and access to antiretrovirals in Cuba. Resumen CDB1132. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.

Reid SD (2006). Poor educational attainment and sexually transmitted infections associated with positive HIV serostatus among female in-patient substance abusers in Trinidad and Tobago. *Drug and Alcohol Dependency*, 82(Suppl 1): S81-84.

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana (2005<sup>a</sup>). *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/ SIDA/ ITS en RSX y HSH del Área V de Salud*. Enero. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Santo Domingo.

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana (2005b). *De Segunda Generación Encuestas De Seroprevalencia de la Infección VIH Basadas en Puestos Centinelas 2004*. Marzo. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, USAID-FHI/CONECTA, Santo Domingo.

Severe P et al. (2005). Antiretroviral therapy in a thousand patients with AIDS in Haiti. *The New England Journal of Medicine*, 353(22):2325-2334.

Westerbs MJ et al. (2006). Barriers to the systematic use of condoms by sexually active youth in Central Haiti. Resumen CDC0692. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.

## AMÉRICA LATINA

- Bautista CT et al. (2006). Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in South America. *Sexually Transmitted Infections*, 82(4): 311-6.
- Berquo E (2005). *Comportamento sexual e percepções da população Brasileira sobre o HIV/AIDS* [presentación]. Programa Nacional de ETS y SIDA, Brasília.
- Bravo-García E, Magis-Rodriguez C y Saavedra J (2006). New estimates in Mexico: more than 180,000 people living with HIV. Resumen CDC0411. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Caiiffa WT et al. (2006). The contribution of two Brazilian multi-center studies to the assessment of HIV and HCV infection and prevention strategies among injecting drug users: the AjUDE-Brasil I and II Projects. *Cadernos de Saude Publica*, 22(4): 771-82.
- Cardoso AJC et al. (2005). Sexual behaviour and HIV infection among pregnant women receiving prenatal care: an information system for HIV epidemiological surveillance in Brazil in 2005. (En prensa).
- Cohen J (2006a). The overlooked epidemic. *Science*, 313:468-469.
- Cohen J (2006b). Up in smoke: Epidemic changes course. *Science*, 313:487-488..
- Cohen J (2006c). A new nexus for HIV/AIDS research. *Science*, 313: 488-490.
- Cohen J (2006d). Struggling to deliver on promises and assess HIV's spread. *Science*, 313: 480-481.
- Cohen J (2006e). *Why so high? A knotty story*. *Science*, 313:481-482.
- Cohen J (2006f). Land of extremes: Prevention and care range from bold to bleak. *Science*, 313:477-478.
- Dourado I et al. (2006). AIDS epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in Brazil. *Revista de Saude Publica*, 40(Suppl).
- Ferreira AD et al. (2006). Profile of male Brazilian injecting drug users OMS have sex with men. *Caderna de Saude Publica*, 22(4): 849-60.
- Fonseca ME et al. (2006). Os programas de reducao de danos ao uso de drogas no Brasil: caacterizacao preliminar de 45 programas. *Caderna de Saude Publica*, 22(4):761-770.
- Fonseca MGP et al. (2003). Distribucao social da AIDS no Brasil, Segundo participacao no mercado de trabalho, ocupacao e status socio-economico dos casos de 1987-1998. *Cadernos de Saude Publica*, 19(5): 1351-1363.
- García J (2005). Casos notificados de SIDA y VIH según etnia y departamento de residencia. Años 2004 – 2005. Ministerio de Salud Pública, Ciudad de Guatemala.
- Gayet C et al. (2006a). Men who sell sex – a bridge population between men and women in Mexico: HIV prevalence, sexual practices and condom use; results from a biological and behavioral surveillance. Resumen CDC0324. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Gayet C et al. (2006b). HIV prevalence and sexual behaviour among male long distance truck drivers: results from a biological and behavioural surveillance in Monterrey, Nuevo Leon, Mexico. Resumen CDC0321. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Ghee AE et al. (2006). Socio-behavioural patterns among Central American female sex workers and relationships to HIV and other sexually transmitted infections. Resumen MOPE0362. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Hacker MA et al. (2006). Reconstructing the AIDS epidemic among injection drug users in Brazil. *Caderna de Saude Publica*, 22(4): 751-60.
- Hernández B y Aguilar S (2004). Informe Final: Proyecto para el Fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA En Guatemala. Ministerio de Salud Pública, Ciudad de Guatemala.
- Khalsa JH, Francis H y Mazin R. (2003). Bloodborne and Sexually Transmitted Infections in Drug Abusers in the United States, Latin America, the Caribbean and Spain. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl 5):S331-7.
- Konda KA et al. (2006). Condom use by partner type among men OMS have sex with men in low-income, urban, coastal Peru. Resumen CDD0355. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Lama JR et al. (2006). Sexual behaviour and sexually transmitted infections among HIV-1 infected MSM in Peru. Resumen WEPE0298. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Leukefeld CG et al. (2005). Tailoring an HIV-prevention intervention for cocaine injectors and crack users in Porto Alegre, Brazil. *AIDS Care*, 17 (Suppl 1):S77-87.

- Magis C et al. (2006a). HIV prevalence and factors associated with the possession of condoms among female sex workers in two cities: Veracruz and Tijuana, Mexico. Resumen CDC0412. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Magis C et al. (2006b). HIV prevalence and factors associated with the possession of condoms among male sex workers in two cities: Guadalajara and Mexico city, Mexico. Resumen CDC0336. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Magis-Rodríguez C et al. (2004). Migration and AIDS in Mexico: An overview based on recent evidence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37(Suppl 4):S215-S226.
- Mejía A et al. (2002). HIV-1, syphilis and hepatitis B virus prevalence and risk factors among commercial sex workers, Bogotá, Colombia, 2002. Decimoquinta Conferencia Internacional sobre el SIDA. Bangkok 2004. Resumen: WePeC6251.
- Ministerio de Salud de Argentina (2004). *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*. Octubre. Ministerio de Salud, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud del Perú (2005). *Sentinel surveillance report*. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud, Lima.
- Ministerio de Salud de Venezuela (2005). Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. UNGASS 2001: Informe del gobierno de la República Bolivariana de Venezuela, Período 2003-2005. Ministerio de Salud, Caracas.
- Ministerio de Salud de Honduras (2006). *Honduras: Follow-up report to the Commitment on HIV/AIDS*. Ministerio de Salud, Tegucigalpa.
- Montano SM et al. (2005). Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in South America. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40(1):57-64.
- Programa Nacional del SIDA del Paraguay (2006). *Epidemiological Surveillance Report*. Marzo. Asunción.
- Programa Nacional del SIDA del Uruguay (2006). *Epidemiological Surveillance Report*. Junio. Montevideo.
- Programa Nacional del SIDA de la Argentina (2005). *Epidemiological Surveillance Report*. Diciembre. Buenos Aires.
- Okie S (2006). Fighting HIV—lessons from Brazil. *New England Journal of Medicine*, 354(19):1977-1981.
- ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social de Colombia (2006). *Infección por VIH y SIDA en Colombia. Estado del arte. 2000-2005*. Mayo. ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social, Bogotá.
- Paiva V, Pupo LR y Barboza R (2006). The right to prevention and challenges of reducing vulnerability to HIV in Brazil. *Revista de Saude Publica*, 40(Suppl).
- Pando MA et al. (2006). Prevalence of Hiv and Other Sexually Transmitted Infections among Female Commercial Sex Workers in Argentina. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 74(2): 233-238.
- Patterson TL et al. (2006). High prevalence of HIV and sexually transmitted infections among female sex workers associated with injection drug use in two Mexico-U.S. border cities. Resumen TUPE0283. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Pechansky F et al. (2006). HIV seroprevalence among drug users: an analysis of selected variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brazil. *Drug and Alcohol Dependency*, 82 U(Suppl 1): S109-13.
- Secretaría Presidencial de Guatemala para la Planificación y Programación (2006). *Hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Guatemala II Informe de Avances*. Secretaría Presidencial de Guatemala para la Planificación y Programación, Ciudad de Guatemala. Disponible en <http://www.segeplan.gob.gt/docs/MetasMilenio/index.htm>
- Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA) (2003). *Central American multi-site HIV/STI prevalence and behaviour study*. Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA), Ciudad de Guatemala. Disponible en [http://www.pasca.org/english/estudio\\_eng.htm](http://www.pasca.org/english/estudio_eng.htm)
- Rossi D et al. (2006). The HIV/AIDS epidemic and changes in injecting drug use in Buenos Aires, Argentina. *Caderna de Saude Publica*, 22(4):741-750.
- Secretaría de Salud de Honduras et al (2003a). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y comportamiento en hombres que tienen sexo con hombres en Honduras*. Secretaría de Salud, Tegucigalpa.
- Secretaría de Salud de Honduras et al (2003b). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y comportamiento en trabajadoras comerciales del sexo en Honduras*. Secretaría de Salud, Tegucigalpa.
- Secretaría de Salud de Honduras, Departamento de ITS/VIH/SIDA, USAID, PASCA, CDC y OPS. (1998) Estudio Seroepidemiológico de Sífilis, Hepatitis B y VIH en Población Garífuna. Secretaría de Salud, Tegucigalpa.



Soto RJ et al. (2006). Sentinel surveillance of STI/HIV and risk behaviour in vulnerable populations in five Central American countries: Final results from the Estudio Multicéntrico (EMC). Resumen MOPE0334. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.

Trevisol FS y da Silva MV (2005). HIV frequency among female sex workers in Imbituba, Santa Catarina, Brazil. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 9(6):500-505.

OMS /ONUSIDA(2006). Progresos realizados en la ampliación del tratamiento contra elVIH en países de ingresos bajos y medianos. Junio de 2006. Hoja informativa. Agosto. OMS /ONUSIDA, Ginebra.

Vignoles M et al. (2006). HIV seroincidence estimates among at-risk populations in Buenos Aires and Montevideo: Use of the serologic testing algorithm for recent HIV seroconversion. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 42(4). Agosto.

## AMÉRICA DEL NORTE, EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL

---

Balthasar H, Jeannin A y Dubois-Arber F. (2005). VIH/SIDA: augmentation des expositions au risque d'infection par le VIH chez les homes ayant des rapports sexuels avec des hommes: premiers résultats de Gay Survey 04. *Bull BAG*, Nr.48: 891-895.

Boulos D et al. (2006). Estimates of HIV prevalence and incidence in Canada, 2005. *Canada Communicable Disease Report* 2006, 32(15). Disponible en <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/dr3215e.html>. Puede accederse a un resumen en [http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2006/20060731-hiv-vih\\_e.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2006/20060731-hiv-vih_e.html)

Asociación Médica Británica (2006). Sexually transmitted infections (STI) update. Marzo. Asociación Médica Británica. Disponible en <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/stiup06>

Calzavara L et al. (2006). Prison needle exchange programs needed in Canada: Results of the OntarioHIV and hepatitis C (HCV) remand study. Resumen MOPE0969. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.

Crum NF et al. (2006). Comparisons of causes of death and mortality rates among HIV-infected patients. Analysis of the pre-, early, and late HAART (highly active antiretroviral therapy) eras. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 41:194-200.

de la Fuente L et al. (2006). Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(6): 537-42.

Dodds JP et al. (2004). Increasing risk behaviour and high levels of undiagnosed HIV infection in a community sample of homosexual men. *Sexually Transmitted Infections*, 80:236-240.

Elam G et al. (2006). Barriers to voluntary confidential HIV testing among African men and women in England: results from the Mayisha II community-based survey of sexual attitudes and lifestyles among Africans in England. *HIV Medicines*, 7(Suppl 1):7 (Resumen O28). Decimosegunda Conferencia Anual de la Asociación Médica Británica. 29 de marzo – 1 de abril. Brighton.

Elford J et al. (2005). *Unsafe sex among MSM living in London: still increasing?* Resumen MP-096. Trabajo presentado en la decimosexta reunión bienal de la Sociedad Internacional para la Investigación sobre Enfermedades de Transmisión Sexual. 10-13 Julio. Amsterdam.

EuroHIV (2006a). HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2005, No 73. Insitut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice. Disponible en <http://www.eurohiv.org/>

EuroHIV (2006b). HIV/AIDS surveillance in Europe: Mid-year report 2005, No 72. Insitut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice. Disponible en <http://www.eurohiv.org/>

Glynn M y Rhodes P (2005). Estimated HIV prevalence in the United States at the end of 2003. En: Programs and Resumens of the 2005 National HIV Prevention Conference (Atlanta). Resumen 545. Centros de Control y Prevención de Enfermedades, Atlanta, 2005:85.

Harawa NT et al. (2004). Associations of race/ethnicity with HIV prevalence and HIV-related behaviors among young men who have sex with men in 7 urban centers in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 35(5):526-36.

Agencia Británica de Protección de la Salud (2005). *Mapping the issues: HIV and other sexually transmitted infections in the UK—2005*. Grupo de Colaboración del Reino Unido de Vigilancia del VIH y las ITS, Londres. Disponible en [http://www.hpa.org.uk/hpa/publications/hiv\\_sti\\_2005/contents.htm](http://www.hpa.org.uk/hpa/publications/hiv_sti_2005/contents.htm)

Inspección de Protección de la Salud de Estonia (2006). HIV infections in Estonia. 1988-2005. Disponible en <http://www.tervisekaitse.ee/tkuus.php?msgid=3466>

- Holtgrave DR (2006). Causes of the decline in AIDS deaths, United States, 1995–2002: prevention, treatment or both? *International Journal of STD & AIDS*, 16(12):777–781.
- Johnson RC y Raphael S (2006). *The effects of male incarceration dynamics on AIDS infection rates among African-American women and men*. National Poverty Center Working Paper Series 06–22. Junio. Centro Nacional sobre la Pobreza. Disponible en [http://www.npc.umich.edu/publications/working\\_papers](http://www.npc.umich.edu/publications/working_papers)
- Koblin BA et al. (2006). Risk factors for HIV infection among men OMS have sex with men. *AIDS*, 20(5):731–9.
- Lindenburg CEA et al. (2006). Decline in HIV incidence and injecting, but not in sexual risk behaviour, seen in drug users in Amsterdam: a 19-year prospective cohort study. *AIDS*, 20:1771–1775.
- Marks G et al. (2006). Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS*, 20(10):1447–1450.
- McMahon et al. (2004). Increased sexual risk behaviour and high HIV sero-incidence among drug-using low-income women with primary heterosexual partners. Resumen TuOrD1220. Decimoquinta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 11–16 de julio. Bangkok.
- Miller CL et al. (2006). Elevated rates of HIV infection among young Aboriginal injection drug users in a Canadian setting. *Harm Reduction Journal*, 3(9).
- Montgomery JP et al. (2003). The extent of bisexual behaviour in HIV-infected men and implications for transmission to their female sex partners. *AIDS Care*, 15:829–837.
- Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F y Jeannin A (2006). Long-term HIV/AIDS-related prevention behaviours among men having sex with men: Switzerland 1992–2000. *AIDS Care*, 18:35–43.
- Fondo Nacional Británico del SIDA (2006). Public attitudes towards HIV: Research study conducted for the National AIDS Trust. Marzo. Fondo Nacional del SIDA, Londres. Disponible en <http://www.nat.org.uk/document/119>
- Organismo Canadiense de Salud Pública (2006). *HIV/AIDS among Aboriginal peoples in Canada: A continuing concern—HIV/AIDS Epi Update August 2006*. Organismo Canadiense de Salud Pública, Ottawa. Disponible en <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/epi-06/index.html>
- Instituto Robert Koch (2005). Stand und Entwicklung der HIV-epidemie in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*, 47. 25 de noviembre. Disponible en <http://www.rki.de/>
- Rosinska M (2006). Current trends in HIV/AIDS epidemiology in Poland, 1999–2004. *Eurosurveillance*, 11(4):94–97. Disponible en <http://www.eurosurveillance.org/em/v11n04/1104-226.asp>
- Estadística del Canadá (2001). Population by Aboriginal group, 2001 Census, Canada, provinces and territories. Estadística del Canadá, Ottawa.
- ONUSIDA(2006a). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006*. ONUSIDA, Ginebra.
- Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (2006a). Twenty-five years of HIV/AIDS—United States, 1981–2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(21):588–605. 2 de junio.
- Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (2006b). *A Glance at the HIV/AIDS epidemic*. Abril. Centros de Control y Prevención de Enfermedades, Atlanta. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/At-A-Glance.htm>
- Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (2006c). *A Glance at HIV/AIDS among Men who Have Sex with Men*. Enero. Centros de Control y Prevención de Enfermedades, Atlanta. Disponible en [http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/msm\\_glance.htm](http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/msm_glance.htm)
- Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (2006d). HIV/AIDS among African Americans. Fact Sheet. Febrero. Centros de Control y Prevención de Enfermedades, Atlanta.
- Valleroy LA et al. (2004). The bridge for HIV transmission to women from 15- to 29-year-old men who have sex with men in 7 US cities. Resumen ThOrC1367. Decimoquinta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 11–16 de julio. Bangkok.
- Van de Laar MJW et al. (2005). *HIV and sexually transmitted infections in the Netherlands in 2004*. Noviembre. Centros de Epidemiología de Enfermedades Infecciosas.
- Walensky RP et al. (2006). The survival benefits of AIDS treatment in the United States. *Journal of Infectious Diseases*, 194(1):11–9.

## ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE

- Abdelwahab O (2006). Prevalence, knowledge of AIDS and HIV risk-related sexual behaviour among police personnel in Khartoum State, Sudan 2005. Resumen CDC0792. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Afshar P (2005). From the Assessment to the Implementation of services available for drug abuse and HIV/AIDS prevention and care in the prison setting: the experience of Iran. Trabajo presentado en el Seminario Regional sobre el VIH en Entornos Penitenciarios en Oriente Medio y África del Norte. Noviembre. El Cairo.
- Al-Mazrou YY et al. (2005). HIV/AIDS epidemic features and trends in Saudi Arabia. *Annals of Saudi Medicine*, 25(2):100:104.
- Asouab F (2005). Evaluation Rapide de la Situation sur le Risque D'Infection a VIH en Relation avec L' Usage des Drogues Injecte et Injectable et a Probleme au Maroc. Trabajo presentado en la Tercera Conferencia Latina sobre Reducción de Riesgos relacionados con el Consumo de Drogas. Barcelona.
- Day C et al. (2006). Patterns of drug use among a sample of drug users and injecting drug users attending a General Practice in Iran. *Harm Reduction Journal*, 3:2.
- Elrashied S (2006). Prevalence, knowledge and related risky sexual behaviours of HIV/AIDS among receptive men who have sex with men (MSM) in Khartoum State, Sudan, 2005. Resumen TUPE0509. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.
- Fares G et al. (2004). *Rapport sur l'enquête nationale de sero-surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis en Algérie en 2004*. Diciembre. Ministerio de Salud de la Población y de la Reforma Hospitalaria, Argel.
- Gheiratmand R et al. (2006). Uncertainty on the number of HIV/AIDS patients: our experience in Iran. *Sexually Transmitted Infections*, 81:279-282. Disponible en <http://sextrans.bmjournals.com/cgi/content/full/81/3/279-a>
- Instituto de Formación Paramédica de Parnet (2004). Rapport de la réunion d'évaluation a mis-parcours de l'enquête de sero-surveillance du VIH. Junio.
- Kaiser R et al. (2006). HIV, syphilis, Herpes Simplex Virus 2, and behavioral surveillance among conflict-affected populations in Yei and Rumbeck, southern Sudan. *AIDS*, (20):937-947.
- Khoury J y Aaraj E (2005). VIH/SIDA - Usage de Drogues Injectables et Actions de Réduction de Risques Innovantes au Liban. Trabajo presentado en la Tercera Conferencia Latina sobre Reducción de Riesgos relacionados con el Consumo de Drogas. Barcelona.
- Mimouni B y Remaoun N (Ministerio de Educación Superior de Argelia). Etude du Lien Potentiel entre l'Usage Problématique de Drogues et le VIH/SIDA en Algérie 2004-2005. Trabajo presentado en la Tercera Conferencia Latina sobre Reducción de Riesgos relacionados con el Consumo de Drogas. Barcelona.
- Ministerio de Salud de Marruecos (2005). Bulletin epidemiologique de surveillance du VIH/SIDA et des Infections Sexuellement Transmissibles. Ministerio de Salud, Rabat.
- Ministerio de Salud del Sudán (2002). *Situation analysis: behavioral and epidemiological surveys and response analysis*. Noviembre. Programa Nacional de Lucha contra el SIDA, Jartum.
- Ministerio de Salud del Sudán (2006). *2005 ANC sentinel sites results*. Ministerio de Salud, Jartum.
- Ministerio de Salud del Sudán (2005). *Annual report*. Unidad de Vigilancia Nacional del VIH/SIDA, Jartum.
- Mohammadi MR et al. (2006). Reproductive Knowledge, Attitudes and Behavior Among Adolescent Males in Iran. *International Family Planning Perspectives*, 32(1):35-44.
- Razzaghi EM et al. (2006). Profiles of risk: a qualitative study of injecting drug users in Tehran, Iran. *Harm Reduction Journal*, 3:12.
- Sammud A (2005). *HIV in Libya*. Agosto. Ministerio de Salud de Libia, Trípoli.
- Tavoosi A et al. (2004). Knowledge and attitude towards HIV/AIDS among Iranian students. *BMC Public Health*, 4:17. 24 de mayo.
- ONUSIDA(2006b). *Notes on the HIV and AIDS epidemic in the Middle East and North Africa*. Documento de trabajo. Julio. Equipo de Apoyo Regional del ONUSIDA, El Cairo.
- OMS/ONUSIDA(2006). Progresos realizados en la ampliación del tratamiento contra el VIH en países de ingresos bajos y medianos. Junio de 2006. Hoja informativa. Agosto. OMS/ONUSIDA, Ginebra.
- Zamani S, Kihara M et al. (2006). High prevalence of HIV infection associated with incarceration among community-based injecting drug users in Tehran, Iran. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 42(3):342-346.
- Zamani S (2005). Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran. *AIDS*, 19:709-716.

## OCEANÍA

- Banco Asiático de Desarrollo (2006). Proposed Asian Development Fund Grant in Papua New Guinea: HIV/AIDS Prevention and Control in Rural Development Enclaves Project. Disponible en [www.adb.org/Documents/RRPs/PNG/39033-PNG-RRP.pdf](http://www.adb.org/Documents/RRPs/PNG/39033-PNG-RRP.pdf)
- Cliffe S, Wang YA y Sullivan E (2006). Second generation surveillance surveys of HIV, other STIs and risk behaviours in 6 Pacific island countries: Fiji, Kiribati, Samoa, Solomon Islands, Tonga, Vanuatu. Oficina Regional de la OMS para el Pacífico, Manila.
- Fairley CK, Hocking JS y Medland N (2005). Epidemic syphilis among homosexually active men in Sydney. *Medical Journal of Australia*, 183(4):179-183.
- Gare JT et al. (2005). High prevalence of sexually transmitted infections among female sex workers in the eastern highlands province of Papua New Guinea: correlates and recommendations. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(8):466-73.
- Ministerio de Salud de Nueva Zelandia (2006a). *Sexually transmitted infections in New Zealand: Annual Surveillance Report 2005*. Abril. Ministerio de Salud, Auckland.
- Ministerio de Salud de Nueva Zelandia (2006b). *AIDS-New Zealand*. Febrero (Núm. 57). Ministerio de Salud, Auckland.
- Consejo Nacional del SIDA de Papua New Guinea (2006). *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: January 2004-December 2005*. Secretaría de Papua del Consejo Nacional del SIDA, Port Moresby.
- Centro Nacional Australiano de Epidemiología e Investigación Clínica delVIH (2006). *Australian HIV Surveillance Report*. Vol 22 No 2. Abril. Centro Nacional Australiano de Epidemiología e Investigación Clínica delVIH, Sydney. Disponible en <http://web.med.unsw.edu.au/ncher/>
- Centro Nacional Australiano de Epidemiología e Investigación Clínica delVIH (2005). *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia: Annual Surveillance Report 2005*. Centro Nacional Australiano de Epidemiología e Investigación Clínica delVIH, Sydney.
- Prestage G et al. (2005). How has the sexual behaviour of gay men changed since the onset of AIDS: 1986-2003. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 29(6):530-535.
- Secretaría de la Comunidad del Pacífico, Sección del SIDA (2005). *Spread of HIV in the Pacific region—1984 to 2004*. Documento informativo. Junio.
- Volk JE et al. (2006). Risk factors for HIV seroconversion in homosexual men in Australia. *Sexual Health*, 3(1):45-51. Marzo.
- Wright M et al. (2005). Fulfilling prophecy? Sexually transmitted infections and HIV in Indigenous people in Western Australia. *Medical Journal of Australia*, 183(3):124-128.

---

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) mancomuna los esfuerzos y recursos de diez organizaciones de las Naciones Unidas para la respuesta mundial al SIDA. Estos diez organismos copatrocinadores son los siguientes: ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, ONUDD, OIT, UNESCO, OMS y Banco Mundial. La Secretaría del ONUSIDA, con sede en Ginebra, trabaja sobre el terreno en más de 75 países de todo el mundo.

---

*La Situación de la epidemia de SIDA* informa anualmente de la evolución de la epidemia. La edición correspondiente a 2006, acompañada de mapas y resúmenes regionales, proporciona las estimaciones más recientes del alcance de la epidemia y de la mortalidad que causa y examina las nuevas tendencias en su evolución.



ONUSIDA  
20 AVENUE APPIA  
CH-1211 GENÈVE 27  
SUIZA

T (+41) 22 791 36 66  
F (+41) 22 791 41 87

[www.unaids.org](http://www.unaids.org)