



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,

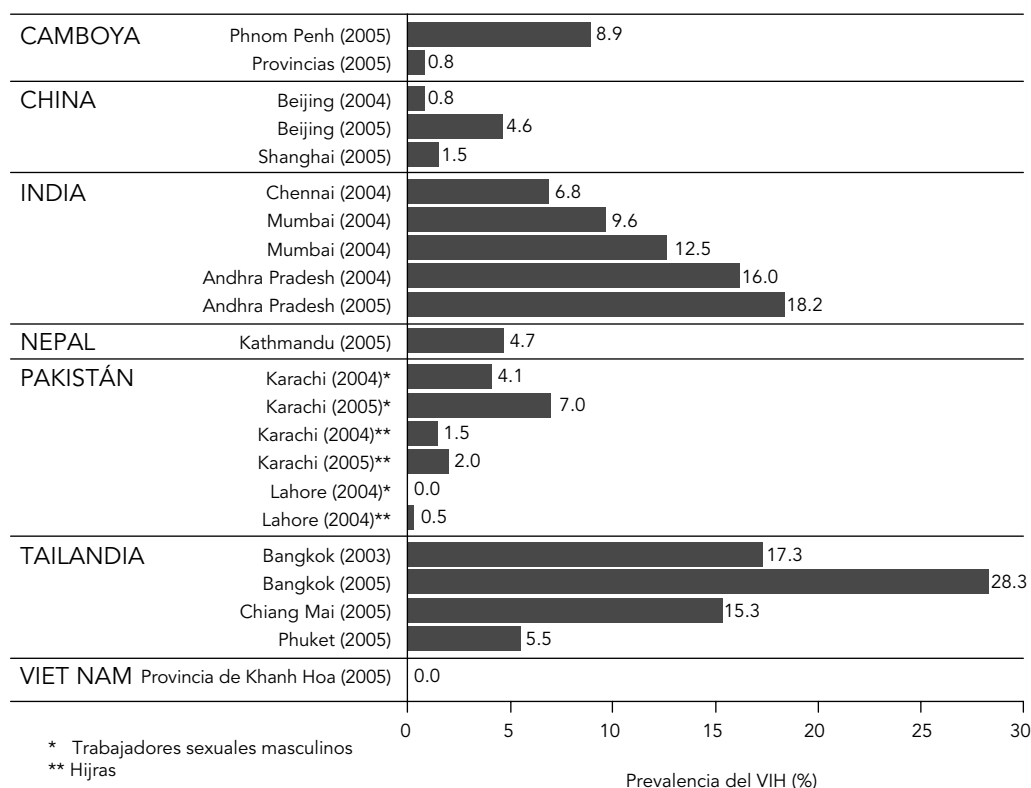
MIGRACIÓN Y RIESGO DE VIH EN CHINA

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).

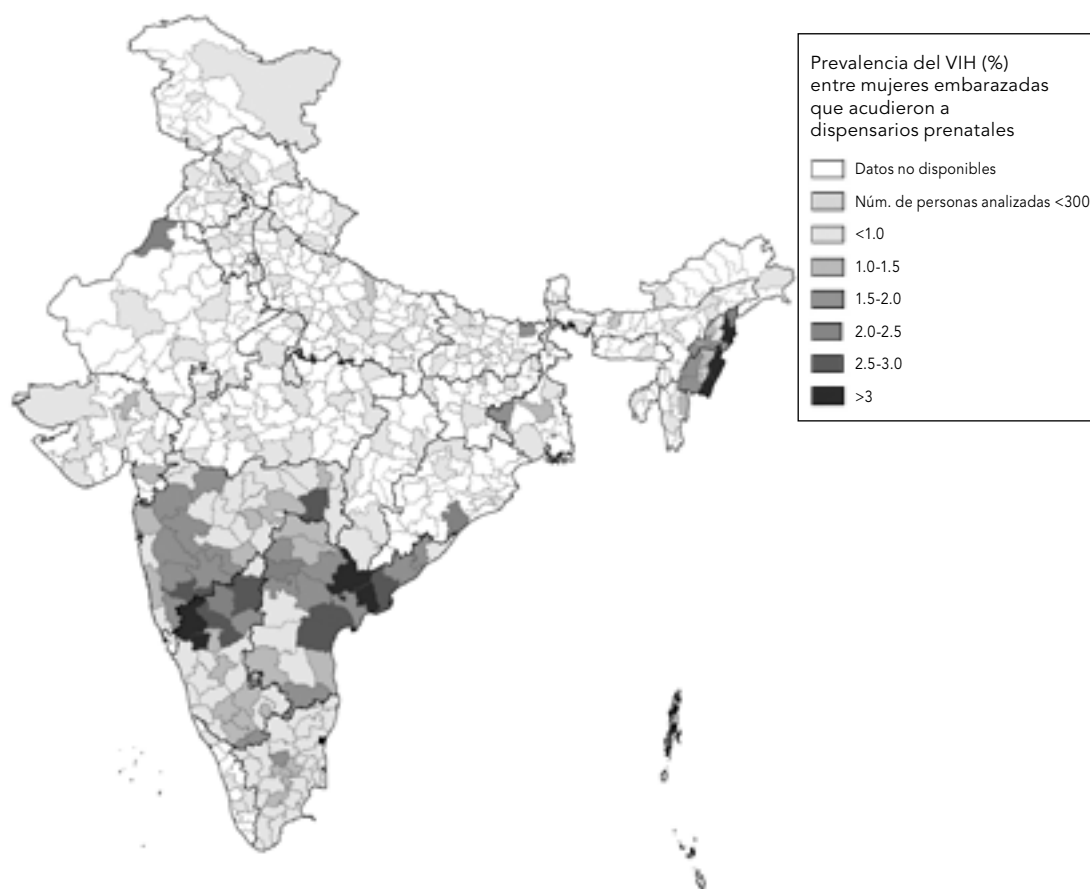
Aunque se han ampliado en los últimos años, todavía es necesario mejorar ciertos elementos básicos de la respuesta al VIH en China. La sensibilización sobre el VIH es muy baja (incluso entre líderes políticos a algunos niveles), y el estigma sigue siendo un problema en muchos lugares (Ministerio de Salud 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).

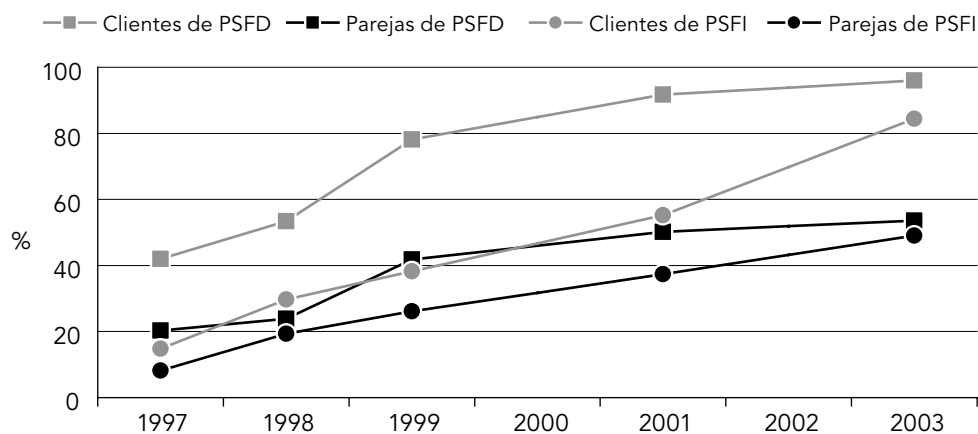
La rápida evolución de la epidemia de Viet Nam resulta especialmente evidente en la provincia de Lang Son, a lo largo de la frontera con China. Como resultado de un proyecto de prevención dirigido a los consumidores de drogas intravenosas, la incidencia del VIH en este grupo disminuyó en un tercio, mientras 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).

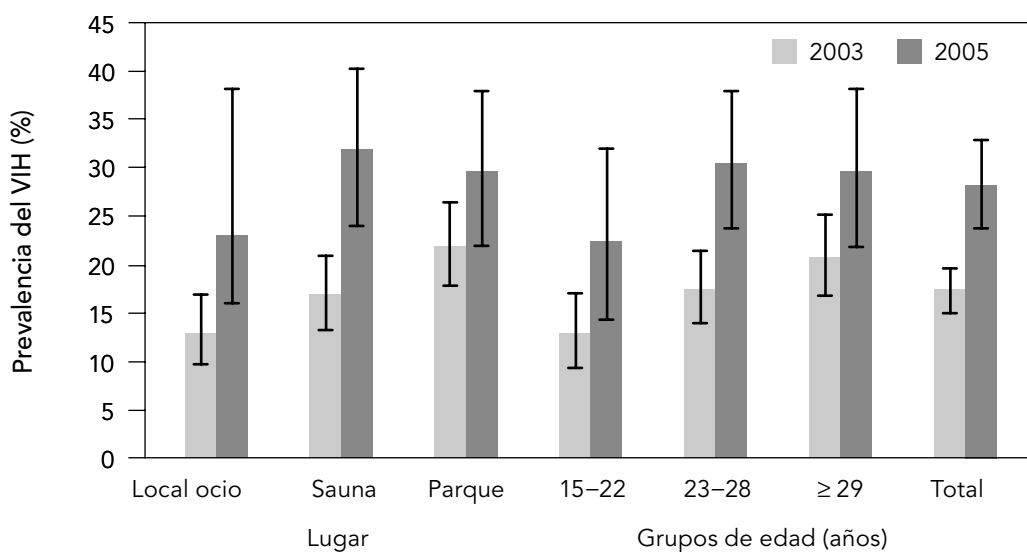
Mantener estos logros requerirá un esfuerzo continuado. La industria del sexo es próspera en Camboya, con un mayor número de mujeres que se prostituyen fuera de locales establecidos (donde las iniciativas en pro de unas relaciones sexuales seguras tienden a ser más eficaces) (Gorbach et al., 2006) y 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).