

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).⁵

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.

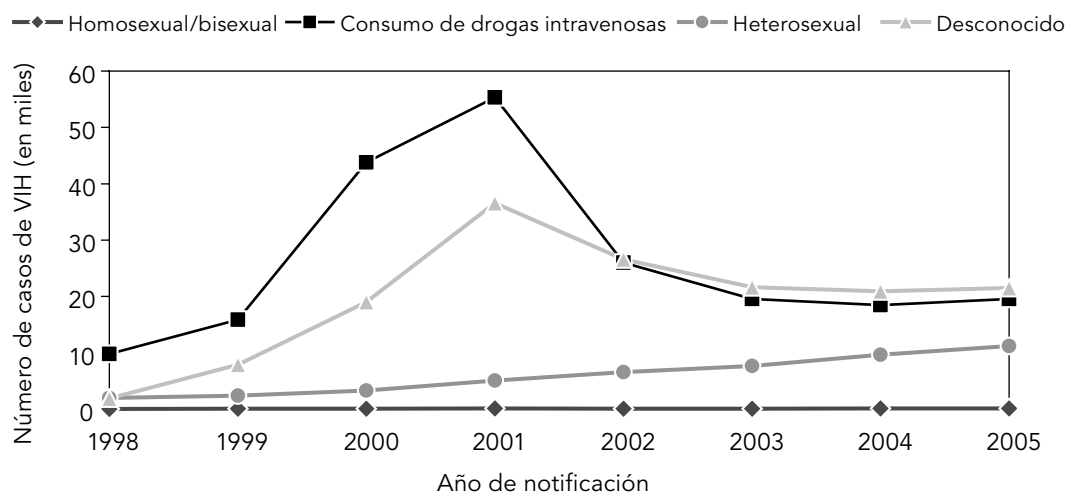
En Europa oriental en conjunto, el uso de equipos no estériles de inyección de drogas sigue siendo el modo predominante de transmisión del VIH. En 2005, la utilización de tales equipos fue responsable de casi dos tercios (63%) de los casos de VIH notificados en los que pudo disponerse de información 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

⁵ 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 desenfrenado 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.

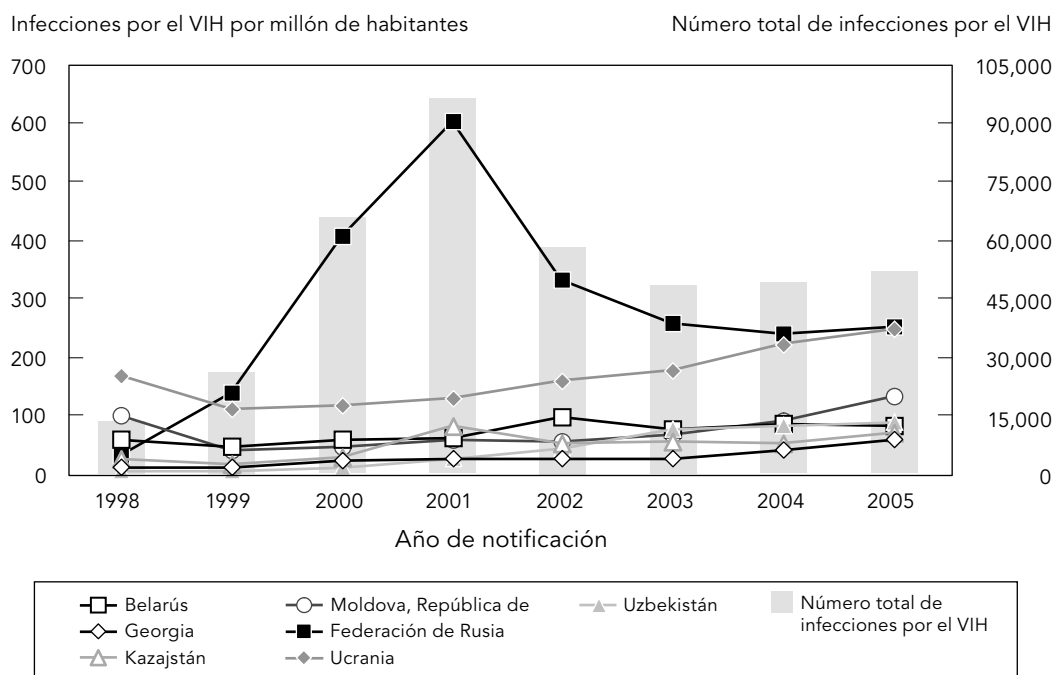
Al mismo tiempo, el hecho de que se haya comprobado que el 8% de los consumidores de drogas intravenosas en Moscú y el 20% en Volgogrado tienen sífilis indica que las relaciones sexuales sin protección son comunes entre muchos de tales

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.

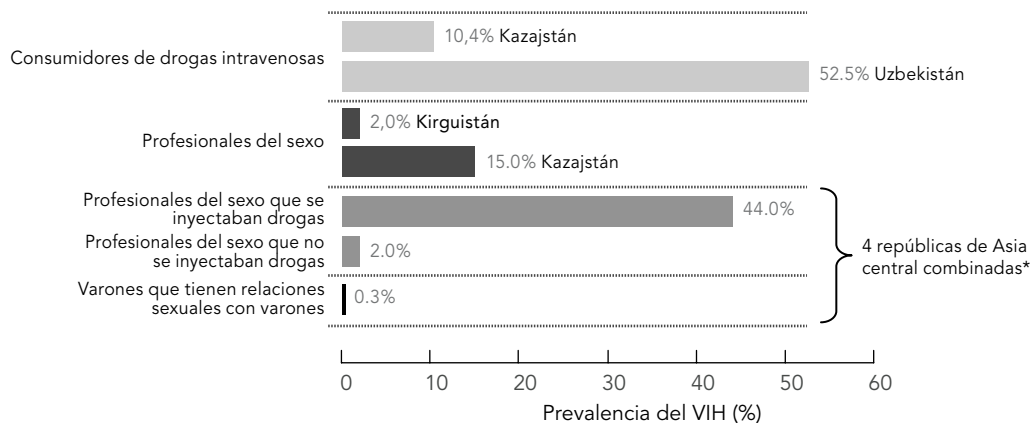
El comercio sexual es un factor que contribuye significativamente a la epidemia de VIH de Ucrania. En la vigilancia centinela anual del VIH efectuada en 2005 se comprobó que estaban infectadas por el virus el 8% de las profesionales femeninas del sexo de Kiev. En varias otras ciudades, la prevalencia 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).