

07

Europa Oriental y Asia Central

Situación de la epidemia de sida Resumen regional



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/08.11S / JC1529S (versión española, abril de 2008)

Versión original inglesa, UNAIDS/08.11E JC1529E, marzo de 2008:

Eastern Europe and Central Asia: AIDS epidemic update: regional summary

Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2008.

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 4835) o por correo electrónico (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:

Situación de la epidemia de sida : Europa oriental y Asia central.

«ONUSIDA/08.11S».

1.Infecciones por VIH - prevención y control. 2.Infecciones por VIH - epidemiología. 3.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida - epidemiología. 4.Brotos de enfermedades. 5.Europa Oriental 6.Asia Central. I.ONUSIDA.

ISBN 978 92 9 173689 8

(Clasificación NLM: WC 503.4)

ONUSIDA
20 avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza

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

distribution@unids.org
www.unids.org

Europa Oriental y Asia Central

Situación de la epidemia de sida

Resumen regional



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

ACNUR
UNICEF
PMA
PNLID
UNFPA
ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL



**Organización
Mundial de la Salud**



EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL¹

Casi el 90% de los nuevos diagnósticos de VIH notificados en la región correspondieron a dos países: la **Federación de Rusia** (66%) y **Ucrania** (21%). La prevalencia nacional del VIH en adultos en **Ucrania**, estimada en 1,4% [0,8-4,3%] en 2005, es mayor que en cualquier otro país de Europa o Asia central, y los diagnósticos anuales de VIH se han más que duplicado desde 2001. La epidemia de VIH en la **Federación de Rusia** también continúa creciendo, pero a un ritmo más lento que a finales de los años 1990. En otras partes, el número anual de nuevos diagnósticos de VIH notificados también está aumentando en **Azerbaiyán, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, República de Moldova, Tayikistán y Uzbekistán** (que tiene actualmente la epidemia más grande en Asia central).

Casi el 90% de los nuevos diagnósticos de VIH notificados en Europa oriental y Asia central en 2006 correspondieron a dos países: la Federación de Rusia y Ucrania.

Las epidemias de VIH en Europa oriental y Asia central se concentran principalmente en usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo, sus parejas sexuales respectivas y, en menor grado, hombres que tienen rela-

ciones sexuales con hombres. Entre los nuevos casos de VIH notificados en 2006 en los que se tenía información sobre el modo de transmisión, casi los dos tercios (62%) eran atribuibles al uso de drogas inyectables y más de un tercio (37%) al coito heterosexual no protegido.

El número de diagnósticos de VIH notificados en usuarios de drogas inyectables aumentó significativamente entre 2001 y 2006 en varios países, incluidos **Azerbaiyán, Georgia, Tayikistán, Ucrania y Uzbekistán** (EuroHIV, 2007). Se cree que cerca de las dos terceras partes del número creciente de casos de VIH entre mujeres en la **Federación de Rusia y Ucrania** pueden atribuirse directa o indirectamente al uso de drogas inyectables. En conjunto, en Europa oriental y Asia central, alrededor del 35% de las mujeres VIH-positivas contrajo el virus probablemente por uso de drogas inyectables, mientras que otro 50% se infectó probablemente a partir de parejas que se inyectaban drogas (EuroHIV, 2006a). Cerca del 40% de los nuevos casos de VIH registrados en Europa oriental y Asia central en 2006 correspondieron a mujeres (EuroHIV, 2007). Menos del 1% de los nuevos diagnósticos de VIH en toda la región se establecieron en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (EuroHIV, 2007), aunque no se sabe realmente hasta qué punto las relaciones sexuales entre hombres son un factor importante en algunas de las epidemias de la región (véase más abajo).

¹ El análisis de esta región se basa principalmente en diagnósticos de VIH notificados. El uso de los diagnósticos anuales de VIH para vigilar la epidemia adolece de limitaciones significativas. Por ejemplo, este parámetro no representa la incidencia total, ya que puede incluir infecciones que se hayan producido varios años antes; además, sólo incluye a las personas que han sido evaluadas. Así pues, las tendencias del VIH basadas en los casos notificados pueden estar sesgadas por la aceptación de las pruebas del VIH o los patrones de notificación. En la medida de lo posible, este análisis avisa a los lectores de los casos en que han ocurrido tales cambios.

Federación de Rusia

La epidemia de VIH en la **Federación de Rusia** continúa creciendo, aunque no con tanta rapidez como a finales de los años 1990. El número anual de nuevos casos de VIH registrados disminuyó entre 2001 y 2003 (desde un máximo de 87 000 hasta 34 000), pero ha vuelto a aumentar con posterioridad. En 2006 se comunicaron oficialmente 39 000 nuevos diagnósticos de VIH, lo que eleva a unos 370 000 el número total de casos de VIH registrados en la **Federación de Rusia** (Fundación Este-Oeste para el Sida, 2007a; EuroHIV, 2007). Los casos de VIH documentados oficialmente representan tan sólo a las personas que han estado en contacto directo con el sistema de notificación del VIH de la **Federación de Rusia**. El número real de personas que se calcula que viven con el VIH es considerablemente mayor, y se estimó en 940 000 [560 000-1,6 millones] a final de 2005 (ONUSIDA, 2006a).

Aunque la epidemia está afectando a todas las regiones de la **Federación de Rusia**, se localiza principalmente en centros urbanos e industriales. Una gran proporción (59%) de los casos de VIH comunicados hasta ahora ha correspondido a 10 ciudades y regiones importantes: las ciudades de San Petersburgo y Moscú; las regiones de Chelyabinsk, Irkutsk, Leningrado, Moscú, Orenburg, Samara y Sverdlovsk, y la república autónoma de Khanty Mansiisk (Fundación Este-Oeste para el Sida, 2007).

El uso de drogas inyectables sigue siendo el principal modo de transmisión del VIH en la **Federación de Rusia**. Entre los nuevos casos de VIH registrados en 2006 en los que se conocía el modo de transmisión, los dos tercios (66%) fueron debidos al uso de drogas inyectables y aproximadamente un tercio (32%) al coito heterosexual no protegido (Ladnaya, 2007). Esta segunda proporción, sin embargo, ha ido aumentando progresivamente desde finales de los años 1990, sobre todo en áreas con epidemias comparativamente maduras. En Orenburg, por ejemplo, el 64% de los nuevos casos de VIH registrados en 2006 se atribuyó al coito heterosexual (Zebzeeva, 2007).

En conjunto, las mujeres constituyeron alrededor del 44% de los nuevos casos de VIH notificados en 2006 (Centro Federal Ruso sobre el Sida, 2007). La prevalencia nacional del VIH entre mujeres embarazadas todavía es baja, con una estimación del 0,4% en 2005 y 2006 (Ladnaya, 2007), aunque se han registrado prevalencias del 1% o superiores en ciertas áreas, como San Petersburgo y Orenburg (Lazutkina, 2007; Volkova, 2007). Proporciones sustanciales de mujeres VIH-positivas —que van desde una de cada siete hasta una de cada dos en un estudio reciente en cinco regiones— han indicado que se inyectan drogas (OMS, 2007). Se

crea que la mayoría de las demás mujeres VIH-positivas ha contraído el virus a través de relaciones sexuales no protegidas con usuarios de drogas inyectables.

Se estima que en la **Federación de Rusia** hay entre 1,5 y 3 millones de usuarios de drogas inyectables (o sea, el 1-2% de la población total de 141,4 millones) (Rhodes et al, 2006), y que la mayoría de ellos (cerca de los dos tercios o más, dependiendo del lugar) son hombres (DfID, 2006). Aun así, hay un porcentaje significativo de mujeres: alrededor de un tercio (34%) en Moscú y una cuarta parte (24%) en Volgogrado, según diversos estudios (DfID, 2006).

La prevalencia nacional del VIH en adultos en Ucrania es mayor que en cualquier otro país de Europa o Asia central.

Una gran proporción de los usuarios de drogas inyectables emplea equipos de inyección no estériles, lo que comporta un alto riesgo de transmisión del VIH. En San Petersburgo, el 79% de los 900 usuarios de drogas inyectables incluidos en un estudio dijeron que habían utilizado agujas no estériles (Kozlov et al, 2006). Cerca del 60% de los usuarios de drogas inyectables encuestados en Barnaul (Siberia), Moscú y Volgogrado indicaron que se habían inyectado drogas con jeringas o agujas utilizadas anteriormente, y uno de cada siete (14%) lo había hecho durante las últimas cuatro semanas. La mayoría (84%) había empleado otros instrumentos de inyección no estériles durante el mes precedente (DfID, 2006). En los oblasts (provincias autónomas) de Samara y Saratov, el uso de equipos de inyección no estériles era menos frecuente (alrededor del 15% de los usuarios de drogas inyectables había utilizado el equipo de otros durante los últimos 12 meses), pero más de los dos tercios habían empleado otros instrumentos de inyección no estériles (como filtros y envases) (Internacional de Servicios para la Población, 2007a). Entre 520 usuarios de drogas inyectables seguidos durante 12 meses en un estudio en San Petersburgo, la incidencia del VIH fue del 4,5% (Kozlov et al, 2006). La prevalencia estimada del VIH variaba del 3% en Volgogrado al 9% en Barnaul y el 14% en Moscú (DfID, 2006). Otros estudios han observado una prevalencia del VIH del 30% entre usuarios de drogas inyectables en San Petersburgo (Shabolts et al, 2006) y de más del 70% en Biysk (Pasteur Scientific/Research Institute of Epidemiology, 2005). Hasta las dos terceras partes de los usuarios de drogas inyectables que resultaron VIH-positivos en estos estudios no sabían que estaban infectados (Rhodes et al, 2006).

Las nuevas investigaciones también subrayan la importancia de las relaciones sociales dentro de las redes de usuarios de drogas inyectables. Por ejemplo, todos los nuevos usuarios de drogas inyectables que participaron en otro estudio en San Petersburgo habían sido iniciados por toxicómanos crónicos de mayor edad, muchos de los cuales ya eran probablemente VIH-positivos. Los «novatos» que utilizaban equipos de inyección no estériles o tenían relaciones sexuales con sus «protectores» se enfrentaban a un riesgo muy elevado de exposición al VIH (Stormer et al, 2006).

La alta prevalencia de sífilis y otras infecciones de transmisión sexual constatada entre usuarios de drogas inyectables sugiere que las relaciones sexuales no protegidas son habituales. En Barnaul, Moscú y Volgogrado, entre la mitad y las dos terceras partes de los usuarios de drogas inyectables que participaron en distintos estudios habían tenido más de dos parejas sexuales durante los 12 meses precedentes. Entre la mitad y las tres cuartas partes de ellos no habían utilizado preservativos sistemáticamente con parejas sexuales no remuneradas durante el último mes. Son frecuentes las relaciones sexuales entre usuarios de drogas inyectables y personas que no se inyectan, lo que refuerza la posibilidad de transmisión del VIH de tales usuarios a la población general (DfID, 2006).

La transmisión sexual del VIH de usuarios masculinos de drogas inyectables a sus parejas femeninas resulta especialmente evidente en Moscú, San Petersburgo, la región de Sverdlovsk en los Urales y la zona central de la **Federación de Rusia**. De hecho, existe una superposición considerable entre comercio sexual y uso de drogas inyectables en la epidemia de VIH de este país. Cuatro de cada 10 (39%) profesionales femeninas del sexo en el *oblast* de Samara dijeron que se habían inyectado drogas (Internacional de Servicios para la Población, 2007b), al igual que el 37% en un estudio en San Petersburgo (Benotsch et al, 2004) y hasta el 30% entre las participantes en otros estudios (Rhodes et al, 2004). Eran frecuentes las relaciones sexuales con una pareja ocasional. Casi la mitad de las profesionales del sexo que se inyectaban drogas en el estudio de San Petersburgo dijeron que habían compartido equipos de inyección con otros (Benotsch et al, 2004); asimismo, entre las profesionales del sexo de Samara, sólo dos tercios (67%) indicaron que utilizaban sistemáticamente preservativos durante las relaciones sexuales remuneradas, y únicamente una cuarta parte (24%) lo hacía con parejas no comerciales (Internacional de Servicios para la Población, 2007b).

Se han emprendido algunas iniciativas para desarrollar programas de prevención y tratamiento dentro del sistema penitenciario del país, donde una gran proporción de

la población reclusa está consumiendo o ha consumido drogas inyectables (DfID, 2006). Un estudio efectuado en Moscú identificó una alta prevalencia del VIH entre reclusos, y comprobó que una historia de encarcelación se asociaba de forma significativa a un mayor riesgo de infección por el VIH (DfID, 2006). A nivel nacional, se estima que la prevalencia del VIH entre reclusos llegó al 4,3% en 2006 (Ladnaya, 2007).

En 2006 se atribuyeron a las relaciones sexuales peligrosas entre hombres menos del 1% de los nuevos casos de VIH registrados en los que se conocía el modo de transmisión (EuroHIV, 2007), pero esta cifra subestima posiblemente la magnitud de la transmisión del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en el contexto de la epidemia de la **Federación de Rusia**.

La epidemia de VIH en la Federación de Rusia continúa creciendo, pero a un ritmo más lento que a finales de los años 1990.

Las investigaciones entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres han revelado comportamientos significativos de adopción de riesgos que pueden incrementar las probabilidades de contraer el VIH. En una encuesta efectuada en nueve regiones del país entre hombres que tenían relaciones sexuales con hombres, el 22% había pagado por tales relaciones, el 10% las había cambiado por alguna forma de compensación y el 2% se inyectaba drogas. El uso de preservativos era relativamente infrecuente: más de uno de cada tres (38%) hombres no utilizaban preservativos con sus parejas habituales, mientras que cuatro de cada diez (42%) no los empleaban con parejas comerciales (Internacional de Servicios para la Población, 2007c). Una encuesta anterior realizada en San Petersburgo entre hombres que visitaban clubes nocturnos para homosexuales comprobó que más de uno de cada cinco habían pagado o cobrado por tener relaciones sexuales, y aun así, menos de la mitad (46%) utilizaban preservativos con regularidad (Amirkhanian, 2001, 2004). La prevalencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres varía de un lugar a otro. En Nizhni Novgorod, en 2006, se comprobó que eran VIH-positivos casi uno de cada 10 (9%) hombres que tenían relaciones sexuales con hombres (Ladnaya, 2007), pero se han registrado tasas más bajas en Yekaterinburg (4,6%), San Petersburgo (3,8%) y Moscú (0,9%) (Smolskaya, 2004, 2006).

La falta de información sobre comportamientos sexuales en la población general de la **Federación de Rusia** hace difícil calibrar hasta qué punto podría progresar la trans-

misión sexual del VIH, sin contar la propagación entre usuarios de drogas inyectables y sus parejas. Así pues, es difícil predecir la evolución probable de la epidemia.

La Encuesta de Vigilancia Longitudinal Rusa, llevada a cabo entre más de 6000 individuos entre 1992 y 2003, documentó tasas bajas de comportamientos sexuales peligrosos relacionados con el VIH en la población general. Sólo el 5% de los participantes indicó que había tenido relaciones sexuales no protegidas con dos o más parejas durante los últimos 12 meses, y aunque el 2% dijo que se había inyectado drogas en algún momento de su vida, sólo el 0,2% lo había hecho durante el mes precedente. El estudio también sugiere que los grupos de población más jóvenes podrían estar adoptando comportamientos sexuales más seguros, en comparación con las personas en las décadas de los treinta y cuarenta años de la vida (DfID, 2006). Sin embargo, otros datos indican que los jóvenes se están volviendo sexualmente activos a edades más tempranas y que raramente utilizan preservativos. En promedio, los varones de 14-20 años empiezan a tener relaciones sexuales antes del decimosexto aniversario, mientras que, también en

promedio, los adultos de 30-40 años no comenzaron la actividad sexual hasta los 18 años. Además, casi las dos terceras partes (63%) de los adolescentes de 14-20 años sexualmente activos dijeron que no habían utilizado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales (Vannappagari y Ryder, 2004).

Ucrania

Con una cifra estimada del 1,46% [0,8-4,3%] en 2005, **Ucrania** tiene una prevalencia del VIH en adultos más alta que cualquier otro país de Europa y Asia central (ONUSIDA, 2006a). Los diagnósticos anuales de VIH se han más que duplicado desde 2001, hasta alcanzar los 16 094 en 2006 y superar los 8700 durante el primer semestre de 2007 (Ministerio de Salud de Ucrania, 2007). A mediados de 2007 se había comunicado un total de 113 000 casos de infección por el VIH desde el comienzo de la epidemia en 1987. Como en el resto de la región, las cifras oficiales subestiman la magnitud real de la epidemia, ya que sólo reflejan las infecciones entre las personas que han estado en contacto directo con los centros oficiales de evaluación. Hay acuerdo

Figura 1

Infección por el VIH en regiones ucranianas*, 2007



* Datos sobre el número de casos registrados oficialmente de infección por el VIH que actualmente reciben atención médica a nivel regional en Ucrania al 1 de julio de 2007.

Fuente: Centro de Ucrania del Sida, 2007.

en que el número real de personas que viven con el VIH es sustancialmente mayor, y se estimó en 377 600 [250 000-680 000] a final de 2005 (Ministerio de Salud de Ucrania).

El sudeste de **Ucrania** sigue siendo la zona más afectada, especialmente las regiones de Dnipropetrovsk, Donetsk, Mikolaiv y Odessa, además de la república autónoma de Crimea. Estas regiones, junto con la capital Kiev, representan más del 70% de todos los casos de VIH notificados hasta ahora en **Ucrania** (Ministerio de Salud de Ucrania, 2007). Sin embargo, la infección por el VIH también se está propagando con rapidez en varias regiones centrales y occidentales. En 2006, Kherson, Sumy, Temopil, el *oblast* de Kiev y Sevastopol, la principal ciudad portuaria de Crimea, comunicaron incrementos de más del 50% en el número de nuevos casos de VIH registrados (Ministerio de Salud de Ucrania, 2007).

El uso de drogas inyectables sigue siendo el principal modo de transmisión del VIH, y el número de tales usuarios en los que se ha diagnosticado una nueva infección aumentó de 3964 en 2001 a 7127 en 2006 (EuroHIV, 2006b, 2007). En la primera mitad de 2007 se notificaron 3639 nuevos casos de infección por el VIH entre usuarios de drogas inyectables —el mayor incremento en cualquier grupo de población de **Ucrania**—, lo que indica que el uso de drogas inyectables sigue siendo la principal fuerza impulsora que subyace a la propagación del VIH en el país (Ministerio de Salud de Ucrania, 2007). Se ha registrado una prevalencia excepcionalmente alta entre usuarios de drogas inyectables y profesionales femeninas del sexo. En encuestas centinela efectuadas en 2007 en seis ciudades, la prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables osciló del 10% en Lugansk al 13% en Kiev y al 89% en Krivoi Rog (Instituto Ucrainiano de Investigación Social et al, 2007a). La prevalencia del VIH en profesionales del sexo varió del 4% en Kiev al 24% en Donetsk y al 27% en Mikolayev (Booth et al, 2006; Ministerio de Salud de Ucrania, 2007).

La mayoría de los usuarios de drogas inyectables son sexualmente activos, y los comportamientos sexuales de riesgo abundan entre ellos, lo que acrecienta las oportunidades de transmisión del VIH. En dos encuestas recientes, el 73% y el 81% de los usuarios de drogas inyectables ucranianos indicaron que habían tenido relaciones sexuales durante el mes anterior, pero poco más de un tercio (37% y 38%) de los individuos encuestados habían utilizado un preservativo durante dicho periodo (Booth et al, 2006; Alianza Internacional sobre el VIH/Sida, 2007).

Al igual que en la **Federación de Rusia**, existe un solapamiento considerable entre uso de drogas inyecta-

bles y comercio sexual (OMS, 2006a). En consecuencia, un porcentaje creciente de los nuevos diagnósticos de VIH puede atribuirse al coito heterosexual no protegido: el 35% en 2006 frente al 28% en 2001 (Ministerio de Salud de Ucrania, 2007). La mayor proporción de estas nuevas infecciones por el VIH es atribuible directamente a las relaciones sexuales peligrosas con un usuario de drogas inyectables. Un estudio aún en curso sobre el comportamiento de personas que han contraído el VIH en 16 regiones de **Ucrania** observó que las mujeres embarazadas que comunicaban contactos sexuales con un usuario de drogas inyectables tenían una probabilidad siete veces mayor de transmitir el virus (Bolshov et al, 2007). Entre las encuestadas, sólo el 6% de las mujeres infectadas indicó que siempre utilizaba preservativos con su pareja sexual habitual. En cambio, el contacto sexual con una usuaria de drogas inyectables no era un factor significativo para los hombres que se habían infectado recientemente por transmisión sexual, ya que sólo el 6% comunicó relaciones sexuales con una mujer que se había inyectado drogas durante el último año. Los programas de prevención en **Ucrania** tienden a ofrecer una cobertura más amplia que los de otros países de la región. Por ejemplo, el 46% de los usuarios de drogas inyectables y el 69% de las profesionales femeninas del sexo indicaron que habían estado cubiertos como mínimo por un servicio de prevención del VIH durante los últimos 12 meses (Instituto Ucrainiano de Investigación Social, 2007b).

En toda la región, las epidemias de VIH se concentran principalmente en usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo y sus respectivas parejas sexuales.

El número de mujeres embarazadas a las que se ha diagnosticado la infección por el VIH se ha duplicado desde 2002, hasta llegar a 3207 en 2006 (Ministerio de Salud de Ucrania, 2007). A nivel nacional, la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas figura entre las más altas de Europa, y se estima que era del 0,33% en 2006, un incremento muy considerable respecto al 0,002% en 1995 (EuroHIV, 2006b). Sin embargo, **Ucrania** ha adoptado medidas significativas para limitar la transmisión maternoinfantil del VIH. En 2006, por ejemplo, se realizó la prueba del VIH al 95% de todas las mujeres embarazadas, y el 93% de las parturientas VIH-positivas recibió profilaxis antirretrovírica para prevenir la transmisión del virus durante el embarazo y el parto (Zhilka, 2007). En consecuencia, la tasa nacional de transmisión maternoinfantil ha disminuido hasta el 7%, con cifras de

tan sólo el 4% en algunos lugares (Estudio Cooperativo Europeo, 2006; Zhilka, 2007).

En 2006 sólo se notificaron oficialmente 35 casos de infección por el VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, lo que representa más de un tercio de los 110 casos registrados de forma oficial desde 1987. Algunas investigaciones recientes han revelado la magnitud de la epidemia anteriormente oculta entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en **Ucrania**. Un estudio realizado en cuatro ciudades constató una prevalencia que iba desde el 4% en la capital Kiev hasta el 23% en la ciudad de Odessa. Entre los hombres VIH-positivos de ese estudio, sólo el 34% comunicó el uso de preservativos la última vez que había tenido relaciones sexuales con una pareja masculina (Instituto Ucraniano de Investigación Social et al, 2007a).

Asia central

Los nuevos casos de VIH notificados han aumentado en varias de las repúblicas de Asia central. En **Uzbekistán**, que tiene actualmente la epidemia más grave en esta subregión, el número de nuevos diagnósticos de VIH comunicados aumentó de forma exponencial entre 1999 y 2003, de 28 a 1836. Desde entonces, el número de nuevas infecciones documentadas ha crecido a un ritmo más lento, hasta llegar a 2205 en 2006 (EuroHIV, 2007). El número de infecciones por el VIH registradas entre usuarios de drogas inyectables se multiplicó por un factor superior a dos entre 2002 y 2006, pasando de 631 a 1454 (EuroHIV, 2007), y en un estudio efectuado en Tashkent entre 2003 y 2004 resultaron VIH-positivos casi uno de cada tres (30%) usuarios de drogas inyectables (Sánchez et al, 2006).

En **Uzbekistán** es probable que la epidemia continúe creciendo, dado el alto nivel de uso de drogas inyectables y de relaciones sexuales con parejas ocasionales. Por ejemplo, un estudio de gran alcance llevado a cabo en 14 territorios administrativos comprobó en 2005 que un tercio (33%) de los usuarios de drogas inyectables había utilizado un equipo no estéril la última vez que se había inyectado drogas, y casi los dos tercios (61%) no habían empleado preservativos la última vez que habían tenido relaciones sexuales con una pareja ocasional. Más de una tercera parte (35%) de los profesionales del sexo encuestados en todo el país no utilizaban preservativos de forma sistemática, y uno de cada 20 (5%) también se inyectaba drogas. En una encuesta, el 39% de los hombres que tenían relaciones sexuales con hombres dijeron que no siempre utilizaban preservativos con parejas masculinas ocasionales, y el 58% tampoco los empleaba con parejas femeninas. Casi el 40% de estos

hombres indicaron que habían experimentado síntomas de infecciones de transmisión sexual durante los seis meses precedentes (Ministerio de Salud de Uzbekistán, 2007). En Tashkent, en 2005, se detectó una prevalencia del VIH del 10% entre profesionales del sexo (Todd et al, 2006) y del 11% entre hombres que tenían relaciones sexuales con hombres (Ministerio de Salud de Uzbekistán, 2007).

En **Kazajstán**, los nuevos casos de VIH registrados aumentaron de 699 en 2004 a 1745 en 2006 (EuroHIV, 2007). El incremento puede atribuirse en parte a la expansión de las pruebas del VIH (por ej., en los centros penitenciarios, en grupos de máximo riesgo y entre mujeres embarazadas), aunque en 2006 se comunicó un brote nosocomial de VIH que afectó a más de 130 niños en el sur del país (Centro del Sida del *Oblast* de Sur-Kazajstán, 2007). La mayoría de los nuevos casos se ha notificado en cinco territorios: la ciudad de Almaty y el *oblast* de Sur-Kazajstán (en el sur), el *oblast* de Karaganda (en el centro) y los *oblasts* de Pavlodar y Este-Kazajstán (en el noreste). Los usuarios de drogas inyectables representaron dos de cada tres (66%) de las nuevas infecciones por el VIH comunicadas en 2006. Se ha demostrado una alta prevalencia del VIH en esta población; por ejemplo, eran VIH-positivos el 17% de los usuarios de drogas inyectables que participaron en un estudio de 2005 en Temirtau (Ministerio de Salud de Kazajstán et al, 2005). También en 2005, la vigilancia centinela en 23 ciudades de todo el país indicó que estaban infectados por el VIH poco más del 3% de los usuarios de drogas inyectables a nivel nacional (Centro de la República para la Prevención y Control del Sida, 2005).

El número anual de nuevos diagnósticos de VIH notificados está aumentando en Azerbaiyán, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, República de Moldova, Federación de Rusia, Tayikistán, Ucrania y Uzbekistán.

Concentradas también en gran medida en usuarios de drogas inyectables, las epidemias de VIH en **Kirguistán** y **Tayikistán** son sustancialmente menores que en los demás países de la región, aunque el número anual de nuevos casos de VIH registrados está aumentando gradualmente. En **Tayikistán**, las nuevas infecciones por el VIH diagnosticadas anualmente aumentaron de siete en 2000 a 41 en 2003 y 204 en 2006; en **Kirguistán**, el incremento fue de 16 en 2000 a 132 en 2003 y 244 en 2006 (EuroHIV, 2007). En **Tayikistán** se estima que 4900 personas estaban viviendo con el VIH en

2005 (ONUSIDA, 2006b), la mayoría de ellas usuarios de drogas inyectables (EuroHIV, 2007). La prevalencia del VIH en este grupo de población aumentó del 16% en 2005 al 24% en 2006 en las ciudades de Dushanbe y Khujand. También preocupa el incremento súbito de la prevalencia entre profesionales del sexo de estas ciudades (del 0,7% al 3,7% durante el mismo periodo). De hecho, alrededor del 18% de los nuevos casos de VIH comunicados en 2006 se atribuyó a relaciones sexuales peligrosas, un incremento sustancial respecto al 9% en 2004. Muchos de estos casos correspondían probablemente a parejas de usuarios de drogas inyectables (Ministerio de Salud de Tayikistán, 2007).

Uzbekistán tiene actualmente la mayor epidemia en Asia central, y es probable que ésta siga creciendo, dado el alto nivel de uso de drogas inyectables y de relaciones sexuales con parejas ocasionales.

En **Kirguistán**, que se sitúa en una de las principales rutas de tráfico de drogas de **Afganistán** a Europa y la **Federación de Rusia**, la epidemia de VIH también se concentra mayoritariamente en usuarios de drogas inyectables. Desde el comienzo de la epidemia se ha notificado en **Kirguistán** un total de 1315 casos de VIH. En 2006, las encuestas centinela en Bishkek y Osh registraron una prevalencia del VIH del 0,8% entre usuarios de drogas inyectables, 3,5% entre reclusos, 1,3% entre profesionales femeninas del sexo y 1% entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (Ministerio de Salud de Kirguistán, 2007). Los altos niveles de sífilis encontrados entre profesionales del sexo (40%), hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (23%), reclusos (16%) y usuarios de drogas inyectables (12%) sugieren que son

poco habituales las prácticas sexuales seguras. Es probable, pues, que las relaciones sexuales constituyan la principal vía de transmisión del VIH, especialmente de usuarios de drogas inyectables a sus parejas sexuales (Centro del Sida de la República de Kirguistán, 2005). En **Turkmenistán** sólo se han notificado oficialmente dos casos de VIH, y se sabe muy poco acerca de las perspectivas de transmisión del virus en ese país (EuroHIV, 2007).

La epidemia de VIH en **Belarús** puede haberse estabilizado, ya que el número anual de nuevos diagnósticos de VIH comunicados sólo ha variado ligeramente desde 2003 (entre 713 y 778) (EuroHIV, 2007). La mayoría de las nuevas infecciones por el VIH se está notificando en la capital, Minsk, y sus alrededores, así como en las provincias de Brest y Vitebsk (Ministerio de Salud de Belarús, 2007). Aquí también, la epidemia se concentra principalmente en usuarios de drogas inyectables, con una alta prevalencia del VIH en esta población: 34% en Zhlobine, 31% en Minsk, 23% en Soligorsk, 20% en Rechitza y 17% en Gomel (OMS, 2006c). Sin embargo, un número creciente de nuevos casos de VIH se atribuye a las relaciones sexuales no protegidas (157 en 2001 frente a 464 en 2006), y más mujeres se están viendo afectadas por el VIH. En un programa de pruebas del VIH a gran escala llevado a cabo en 2006, el 80% de los nuevos casos de VIH en mujeres se atribuyó a las relaciones sexuales peligrosas (un incremento respecto al 56% en 2003) (Ministerio de Salud de Belarús, 2007). La mayoría de las personas infectadas por el VIH en el curso de relaciones sexuales contrajo el virus probablemente a partir de parejas que se habían infectado por consumo de drogas inyectables (OMS, 2006c). Con una prevalencia del VIH en torno al 1% entre profesionales femeninas del sexo, las relaciones sexuales peligrosas remuneradas parecen ser un factor secundario en la epidemia. Aproximadamente el 10% de los profesionales del sexo también se inyectaba drogas en

IMPULSAR LA REDUCCIÓN DE DAÑOS

La disponibilidad a gran escala de programas de reducción de daños ha lentificado o hecho retroceder las tendencias de la infección por el VIH entre usuarios de drogas inyectables en Europa occidental. Por desgracia, la introducción tardía de tales programas en Europa oriental y Asia central permitió el crecimiento de sus epidemias de VIH (Sarang et al, 2007). Sin embargo, esta situación está cambiando. En la **Federación de Rusia** operaban en 2007 más de 50 proyectos de intercambio de agujas y jeringas, y en **Kazajstán** se estableció en 2005 un programa de ámbito nacional que engloba más de 120 centros de reducción de daños (Aceijas et al, 2007). Algunos países han introducido proyectos piloto para el tratamiento con sustitutos de opiáceos; entre estos países figuran **Azerbaiyán, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, República de Moldova y Uzbekistán** (Centro Europeo de Vigilancia de Drogas y Toxicomanías, 2007). Estas actividades deben ampliarse progresivamente e integrarse en programas globales de reducción de daños (Open Health Institute, 2006; Sarang et al, 2007).

2006, aunque los niveles de uso de preservativos eran relativamente altos (en 2006, el 70% de los profesionales del sexo dijo que había utilizado un preservativo durante la última relación sexual remunerada) (Centro Republicano de Higiene, Epidemiología y Salud Pública de Belarús, 2007).

En todas las repúblicas del Cáucaso se están comunicando cifras crecientes de nuevos casos de VIH. En **Georgia**, más de la mitad (60%) de los 1156 casos de VIH registrados hasta ahora se notificaron durante los últimos tres años (2004–2006), y el número anual de nuevas infecciones documentadas por el VIH ha ido aumentando cada año (EuroHIV, 2007). La mayor parte de las personas que viven con el VIH reside en la capital, Tbilisi, y en el oeste del país (especialmente en Batumi y Zugdidi). La prevalencia del VIH observada en las poblaciones con máximo riesgo sigue siendo baja (1,3% en profesionales femeninas del sexo y 1,1% en usuarios de drogas inyectables). Pero el número creciente de nuevas infecciones por el VIH comunicadas, el uso generalizado de drogas inyectables y el frecuente movimiento transfronterizo de personas que van y vienen de países con una prevalencia más alta, como la **Federación de Rusia** y **Ucrania**, sugieren que la epidemia de **Georgia** seguirá creciendo a no ser que se introduzcan programas más eficaces de prevención (OMS, 2006d).

Se aprecian patrones similares en la epidemia más pequeña de **Armenia** (EuroHIV, 2007), donde la mayoría de las infecciones por el VIH notificadas corresponde a usuarios de drogas inyectables (casi todos

ellos hombres). En este grupo de población se observó una prevalencia del VIH próxima al 9%, mientras que la prevalencia en profesionales femeninas del sexo era inferior al 2% (Fundación Nacional Armenia para el Sida, 2006). Más de la mitad (56%) de las infecciones por el VIH identificadas hasta ahora se han localizado en la capital, Yereván (OMS, 2006e).

Casi la mitad (47%) de todas las infecciones por el VIH documentadas en la epidemia relativamente reciente de **Azerbaiyán** se notificaron en 2005–2006 (EuroHIV, 2007). Cerca de la mitad de los casos de VIH registrados hasta 2006 correspondían a la capital, Bakú, donde el 13% de los usuarios de drogas inyectables resultaron VIH-positivos en una encuesta de 2003. El uso de drogas inyectables es generalizado, y la mayoría de las infecciones por el VIH descritas hasta la fecha se ha atribuido a la exposición a equipos de inyección no estériles. Alrededor del 0,1% de la población adulta se inyecta heroína, según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) (OMS, 2006). Además, se ha detectado una alta prevalencia del VIH (9%) y otras infecciones de transmisión sexual (9% de sífilis y 63% de infección por clamidias) entre profesionales femeninas del sexo, que parecen hacer un uso poco frecuente de preservativos (OMS, 2006f).

Los nuevos casos de VIH comunicados en la **República de Moldova** se han más que duplicado desde 2003, hasta totalizar 621 en 2006 (EuroHIV, 2007). La mayoría de los casos de VIH se concentra en los distritos de Balti y Chisinau, y también en Transnistria (sobre todo en Tiraspol) (OMS, 2006g).

PROTEGER LOS SUMINISTROS SANGUÍNEOS

También debe mejorarse el análisis sistemático del VIH en las donaciones sanguíneas. En **Tayikistán**, por ejemplo, se cree que el 1,8% de los casos de VIH registrados han sido debido a transfusiones sanguíneas (Ministerio de Salud de Tayikistán, 2007), y en **Ucrania**, el 0,13% de los casos de VIH han sido consecuencia de donaciones sanguíneas contaminadas (Equipo Editorial de Eurovigilancia, 2007). Aunque la prevalencia del VIH en donaciones sanguíneas es baja en Europa occidental y central, ha aumentado en Europa oriental y Asia central, desde menos de una donación contaminada por 100 000 en 1995 hasta 40,3 por 100 000 en 2004. Esta tendencia refleja el crecimiento de las epidemias de VIH en la región y subraya la necesidad de asegurar que se analice adecuadamente la presencia del virus en todas las donaciones sanguíneas (EuroHIV, 2006b).



BIBLIOGRAFÍA

EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL

Más de la mitad (59%) de las infecciones por el VIH notificadas en 2006 se atribuyeron a transmisión sexual no protegida (EuroHIV, 2007).

Aceijas C et al. (2007). Access and coverage of needle and syringe programmes in Central and Eastern Europe and Central Asia. *Addiction*, 102 (8):1244–1250.

Centro del SIDA del Oblast de Sur-Kazajstán (2007). Presentation to the national meeting on universal access to ART treatment and testing services. 3–4 de septiembre. Astana.

Fundación Este-Oeste para el Sida (2007). *Officially registered HIV cases by region of the Russian Federation—1 January 1987 through 30 June 2007*. Moscú. Disponible en <http://www.afew.org/english/statistics/HIVinRRegions.htm>

Amirkhanian YA et al. (2001). Predictors of HIV risk behaviour among Russian men who have sex with men: an emerging epidemic. *AIDS*, 15:407–412.

Amirkhanian YA et al. (2004). HIV behavior risk levels and STD prevalence in a sample of young MSM social networks in Saint Petersburg, Russia. Resumen WePeC6081. Decimoquinta Conferencia Internacional sobre el Sida. 11–16 de julio. Bangkok.

Fundación Nacional Armenia sobre el Sida (2006). *Results of biological and behavioural HIV surveillance in the Republic of Armenia, 2002 and 2005*. Yerevan.

Benotsch EG et al. (2004). Drug use and sexual risk behaviors among female Russian IDUs who exchange sex for money or drugs. *International Journal of STD & AIDS*, 15(5):343–347.

Bolshov E et al. (2007). Preliminary results of study on recent HIV-infection and earlier seroconversion among IDUs and general population in Ukraine. Tercera Conferencia Nacional sobre Vigilancia y Evaluación en Ucrania. Septiembre.

Booth RE, Kwiatkowski CF, Brewster JT (2006). Predictors of HIV sero-status among drug injectors at three Ukraine sites. *AIDS*, 20(17):2217–2223.

DfID (2006). *Knowledge for action in HIV/AIDS in the Russian Federation: report of findings*. Documento de trabajo. Octubre. Londres.

EuroHIV (2006a). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2005, No. 73*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.

EuroHIV (2006b). *HIV/AIDS surveillance in Europe: mid-year report 2005, No. 72*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.

EuroHIV (2007). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006, No. 75*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.

Estudio Colaborativo Europeo (2006). The mother-to-child HIV transmission in Europe: evolving in the East and established in the West. *AIDS*, 20(10):1419–1427.

Centro Europeo de Vigilancia de Drogas y Toxicomanías (2007). Country situation summary: Kazakhstan. Disponible en <http://profiles.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.Content&nnodeid=19786&sLanguageiso=EN>

Equipo Editorial de Eurovigilancia (2007). Monitoring HIV prevalence in blood donations in Europe. *Eurosurveillance Weekly Release*, 12(5). 24 de mayo.

Instituto de Epidemiología, Unidad Central de Epidemiología Sanitaria del Ministerio de Salud de Ucrania. Kiev.

- Alianza Internacional sobre el VIH/Sida en Ucrania (2007). Report on results of survey among injecting drug users, female sex workers and men who have sex with men. Kiev.
- Kozlov AP et al. (2006). HIV incidence and factors associated with HIV acquisition among injection drug users in Saint Petersburg, Russia. *AIDS*, 20:901–906.
- Ladnaya NN (2007). The national HIV and AIDS epidemic and HIV surveillance in the Russian Federation. Presentación para la reunión “Elaboración de mapas de la pandemia de sida”. 30 de junio. Moscú.
- Lazutkina I (2007). *Vertical transmission and medical-social support to women and children born to HIV-positive mothers in Orenburg oblast. Presentation to regional monitoring and evaluation workshop*. 5–7 de junio. Centro Regional de Prevención y Lucha contra el Sida y Enfermedades Infecciosas. Orenburg.
- Ministerio de Salud de Belarús (2007). HIV epidemic situation in the Republic of Belarus in 2006. *Information Bulletin*, 24. Minsk.
- Ministerio de Salud de Kazajstán et al. (2005). Results of investigation of the real situation with drug abuse in Kazakhstan. Almaty (en ruso).
- Ministerio de Salud de Kirguistán (2007). *Report of the Republican AIDS Centre for 2006*. Bishkek.
- Ministerio de Salud de Tayikistán (2007). Situation on HIV epidemic in the Republic of Tajikistan, according to the results of sentinel survey for 2006. Presentación para la Conferencia Nacional. 21–22 de mayo. Dushanbe. Disponible en <http://www.caftar.com/clientzone/aids/> (en ruso).
- Ministerio de Salud de Ucrania (2006). *Report on the national consensus estimates on HIV and AIDS in Ukraine as of end of 2005*. Junio. Kiev, Ministerio de Salud de Ucrania, Centro Ucrainiano del SIDA, OMS, Alianza Internacional del VIH/Sida en Ucrania, ONUSIDA.
- Ministerio de Salud de Ucrania (2007). *HIV-infection in Ukraine: information bulletin no. 27*. Kiev. Ministerio de Salud de Ucrania, Centro Ucrainiano del SIDA, L.V. Gromashevskogo.
- Ministerio de Salud de Uzbekistán (2007). Strategic Programme of Response to HIV in the Republic of Uzbekistan for 2007–2011. Tashkent.
- Open Health Institute (2006). *Harm reduction programs in the civilian and prison sectors of the Russian Federation: assessment of best practices*. Open Health Institute y Banco Mundial. Washington. Disponible en http://siteresources.worldbank.org/INTECAREGTOPHIVAIDS/Resources/HRBP_final.pdf
- Instituto Pasteur de Investigación y Ciencia, Instituto de Epidemiología (2005). Epidemiological surveillance and monitoring of HIV in risk behaviour groups in Volgogradskaya Oblast. San Petersburgo.
- Internacional de Servicios de Población (2007a). *Prevalence of sharing injecting equipment and overdose among injecting drug users in Samara and Saratov*. Moscú.
- Internacional de Servicios de Población (2007b). *Assessment of key health behaviors, their determinants and exposure to preventive interventions among street-based sex workers in Samara and Saratov, Russian Federation*. Moscú.
- Internacional de Servicios de Población (2007c). *HIV/AIDS TRaC study of risk, health-seeking behaviors and their determinants among men who have sex with men in nine regions of the Russian Federation: first round*. Enero. Washington.
- Centro del Sida de la República de Kirguistán (2005). *Report on the results of sentinel surveillance studies among pregnant women, sex workers, prisoners and IDUs*. Bishkek.
- Centro Republicano de Kazajstán para la Prevención y Control del Sida (2005). *Sentinel surveillance for HIV in Kazakhstan*. Almaty.
- Centro Republicano de Belarús de Higiene, Epidemiología y Salud Pública (2007). *Results of the Sentinel Epidemiological Surveillance in the Republic of Belarus*. Minsk.
- Rhodes T et al. (2004). HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation. *International Journal of Drug Policy*, 15(1):1–16.
- 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):252–266.
- Centro Federal Ruso del Sida (2007). *Officially registered HIV cases in Russian Federation: 1 January 1987—31 December 2006*. 14 de febrero. Moscú. Fundación Este–Oeste para el Sida.
- Sanchez 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.
- Sarang A, Stuijkyte R, Bykov R (2007). Implementation of harm reduction in Central and Eastern Europe and Central Asia, *International Journal of Drug Policy*, 18(2):129–135.

- Shaboltas AV et al. (2006). HIV prevalence, sociodemographic, and behavioral correlates and recruitment methods among injection drug users in Saint Petersburg, Russia. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(5):657–663.
- Smolskaya et al. (2004). Sentinel HIV surveillance among risk groups in Azerbaijan, Moldova and Russian Federation. OMS Euro.
- Smolskaya TT (2006). *Studying HIV prevalence and risks among men having sex with men in Moscow and Saint Petersburg*. San Petersburgo. Instituto Científico y de Investigación San Petersburgo de Epidemiología y Microbiología, Organización Mundial de la Salud.
- Stormer A et al. (2006). An analysis of respondent driven sampling with injection drug users (IDU) in Albania and the Russian Federation. *Journal of Urban Health*, 83(Suppl. 7):73–82.
- Todd CS, Alibayeva G, Sanchez JL (2006). Utilization of contraception and abortion and its relationship to HIV infection among female sex workers in Tashkent, Uzbekistan. *Contraception*, 74(4):318–323.
- Instituto Ucrainiano de Investigación Social (2007a). Linked surveillance Among IDU and MSM, 3rd National Conference on Monitoring and Evaluation in Ukraine, Septiembre. Instituto Ucrainiano de Investigación Social, O Yaremenko, Centro Ucrainiano del Sida, Alianza Internacional sobre el VIH/Sida en Ucrania.
- Instituto Ucrainiano de Investigación Social (2007b). Modes of transmission among vulnerable populations, 3rd National Conference on Monitoring and Evaluation in Ukraine, Septiembre. Instituto Ucrainiano de Investigación Social, O. Yaremenko, Centro Ucrainiano del Sida, Alianza Internacional sobre el VIH/Sida en Ucrania.
- ONUSIDA (2006a). *Informe sobre la epidemia mundial de sida*. Ginebra.
- ONUSIDA (2006b). *Country report: Kyrgyzstan. Follow-up to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Ginebra.
- Vannappagari V, Ryder R (2004). *Monitoring sexual behaviour in the Russian Federation: the Russian longitudinal monitoring survey, 1992–2003*. Abril. Chapel Hill, Universidad de Carolina del Norte.
- Volkova GV (2007). *Trends of the HIV epidemic in St. Petersburg*. Presentation to Regional Monitoring and Evaluation Workshop. 18-20 de abril. Centro Municipal del Sida. San Petersburgo.
- OMS (2006a). *Ukraine—HIV/AIDS country profile*. Disponible en http://www.euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/20060118_48
- OMS (2006b). *Belarus—HIV/AIDS country profile*. Disponible en http://www.euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/20060118_5
- OMS (2006c). *Georgia—HIV/AIDS country profile*. Disponible en http://www.euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/20060118_16
- OMS (2006d). *Armenia—HIV/AIDS country profile*. Disponible en http://www.euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/20060118_2
- OMS (2006e). *Azerbaijan—HIV/AIDS country profile*. Disponible en http://www.euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/20060118_4
- OMS (2006f). *Republic of Moldova—HIV/AIDS country profile*. Disponible en http://www.euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/20060118_34
- OMS (2007). *Risk factors impacting on the spread of HIV among pregnant women in the Russian Federation*. Copenhagen.
- Zebzeeva G (2007). *HIV epidemiological situation in the Orenburg region as of 1 January 2007*. Presentación para el Taller Regional de Vigilancia y Evaluación, 5–7 de junio de 2007. Centro Regional de Prevención y Lucha contra el Sida y Enfermedades Infecciosas. Orenburg.
- Zhilka N (2007). *Analysis of national system for monitoring and evaluation in the sphere of prevention of mother to child transmission*, Tercera Conferencia Nacional de Vigilancia y Evaluación en Ucrania, Septiembre. Ministerio de Salud de Ucrania.

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 dar una 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 80 países de todo el mundo.

El papel utilizado en este informe es 100% reciclado aprobado por FSC. El papel utilizado para este documento está aprobado por FSC es decir que está manufacturado con pasta de papel de árbol blando cultivado en plantaciones gestionadas profesionalmente donde se planta por lo menos un árbol por cada árbol utilizado.

*La Situación de la epidemia de sida informa
anualmente de la evolución de la epidemia.
Este Resumen regional 2007 ofrece las
estimaciones más recientes del alcance
de la epidemia y de su costo humano, y
explora nuevas tendencias en su evolución
en Europa Oriental y Asia Central.*



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

ACNUR
UNICEF
FMA
PNUD
UNFPA
ONUDD
GIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENEVRA 27
SUIZA

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

www.unaids.org